



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

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 PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Cateter Venoso Central para Hemodiálise

Catarina Alexandra Neves Rebelo

Orientação: Hugo Franco

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa
em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Setúbal, Maio de 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

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 PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Cateter Venoso Central para Hemodiálise

Catarina Alexandra Neves Rebelo

Orientação: Hugo Franco

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica*

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Arguente: Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Orientador: Hugo Miguel Martins Alves Franco

Relatório de Estágio

Setúbal, Maio de 2023

Sempre parece impossível, até que seja feito.

Nelson Mandela

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família:

Ao Igor, pela dedicação, paciência, compreensão e apoio incondicional durante quase dois anos deste processo que permitiram o meu crescimento pessoal e profissional. Sem o seu incentivo nada disto teria sido possível.

Aos meus pais, ao meu irmão, porque sem eles nunca teria percorrido este caminho. Por eles sou quem sou, a enfermeira que me tornei.

Aos meus sogros por todo o carinho.

A toda a minha família. São o reflexo da minha forma de estar e ser.

Ao Leo, por ser a minha eterna companhia.

AGRADECIMENTOS

A realização de todo este processo contou com o apoio, compreensão e encorajamento de diversas pessoas, amigos e colegas que, de forma direta ou indireta estiveram ao meu lado nesta fase da minha vida pessoal e profissional.

Ao Professor Hugo Franco, por toda a disponibilidade, companheirismo, compreensão e ânimo prestado ao longo de quase dois anos.

Aos Enfermeiros RR e FP, por terem sido incansáveis durante os meus períodos de estágio nas unidades respetivas, pelas suas partilhas de conhecimento que permitiram o meu crescimento pessoal e profissional, tornando todo este percurso mais enriquecedor.

À Elza, o meu apoio incondicional durante todo este processo. Embora em áreas de especialização diferentes, foi a melhor pessoa que podia ter conhecido. Sem o seu companheirismo, sabedoria, capacidade de resiliência, nunca teria chegado até aqui.

À Enfermeira Ana Lourenço, Gestora do Serviço Ambulatório de Nefrologia, pelas suas sábias palavras, tendo sido um pilar fundamental para a conclusão deste processo e me ter encorajado para o início deste caminho.

À Lina, por ser a minha âncora, por todas as palavras e ensinamentos. Por ser o meu maior exemplo enquanto futura Enfermeira Especialista e nunca me fazer desistir dos meus sonhos.

A todos vós, o meu Muito Obrigado!

RESUMO

O presente Relatório de Estágio, visa explanar através do exercício crítico-reflexivo as atividades desenvolvidas e estratégias implementadas ao longo de Estágio I e Estágio Final. Pretende, também, ser um contributo para o desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem. As pessoas internadas em unidades de cuidados intensivos predispõem de risco elevado de infeção, sendo que o cateter venoso central, é um dispositivo clínico responsável, por alguma desta casuística. A lesão renal aguda, em contexto de disfunção multiorgânica, justifica a necessidade de recorrer-se à hemodiálise, através do cateter venoso central. No entanto este dispositivo apresenta riscos, nomeadamente, elevadas taxas de infeção. A intervenção especializada do Enfermeiro é fundamental para a qualidade e segurança das pessoas com este tipo de disposto, em situação de lesão renal aguda. Neste âmbito, foi desenvolvido um Projeto de Intervenção Major, sustentado pela metodologia de trabalho de projeto e assente no Modelo Teórico de June Larrabee, Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidência. O Projeto teve como intuito a implementação de intervenções de enfermagem num contexto de Medicina Intensiva, que objetivava contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Melhoria da Qualidade; Cateter Venoso Central, Hemodiálise, Intervenções de Enfermagem.

ABSTRACT

This Internship Report aims to explain, through a critical-reflective exercise, the activities developed and strategies implemented throughout Internship I and Final Internship. It also aims to contribute to the development and acquisition of the common and specific skills of the nurse specialist in Medical-Surgical Nursing: The Person in Critical Condition and Master in Nursing. People admitted to intensive care units are at high risk of infection, and the central venous catheter is a clinical device responsible for some of these cases. A lesão renal aguda, em contexto de disfunção multiorgânica, justifica a necessidade de recorrer-se à hemodiálise, através do cateter venoso central. However, this device presents risks, namely high rates of infection. The specialised intervention of the Nurse is essential for the quality and safety of people with this type of provision, in a situation of acute kidney injury. In this context, a Major Intervention Project was developed, supported by the project work methodology and based on June Larrabee's Theoretical Model for Change in Evidence-Based Practice. The project aimed at implementing nursing interventions in an Intensive Care Medicine setting, with the purpose of contributing to improving the quality of nursing care.

Keywords: Medical-Surgical Nursing, Quality Improvement; Central Venous Catheter, Hemodialysis, Nursing Interventions.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela1 -Avaliação da Sessão de Formação e do Formador.....	80
Tabela 2 - Cronograma de Atividades.....	145

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema para o Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências.....	24
Figura 2 - Esquema Fatores Desencadeantes IRA	28

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1 - INCS em SMI de janeiro de 2022 a 27 outubro	37
Imagem 2 - INCS referente a CVC em SMI de janeiro de 2022 a 27 outubro	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População Total e População Participante	56
Gráfico 2 - Caraterização da População por Faixa Etária	57
Gráfico 3 - Caraterização da População Participante - Género	57
Gráfico 4 - Caraterização da População por Habilitação Académica	58
Gráfico 5 - Caraterização da População por Área de Especialização	59
Gráfico 6 - Validação da necessidade de existência de um Procedimento de Enfermagem no SMI para Abordagem da Pessoa com CVC para HD	60
Gráfico 7 - Aplicação de Técnica Assética na Conexão e Desconexão da Pessoa com CVC para HD no SMI	60
Gráfico 8 - Equipamentos de Proteção Individual utilizados pelos enfermeiros na conexão e desconexão da pessoa com CVC para HD	61
Gráfico 9 - Validação da realização do penso ao orifício do CVC para HD no SMI	62

ÍNDICE DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 - Intervenções de Enfermagem na Comunicação Eficaz	100
---	-----

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ADR	Área do Doente Respiratório
ADQI	Acute Dialysis Quality Initiative
APA	American Psychological Association
BPS	Behavioural Pain Scale
CDE	Código Deontológico do Enfermeiro
CHKS	Caspe Healthcare Knowledge Systems
CNECV	Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
Covid-19	Doença do Coronavírus 19
CPOT	Critical Care Pain Observation Tool
CVC	Cateter Venoso Central
DGS	Direção Geral de Saúde
DP	Diálise Peritoneal
DR	Doença Renal
DRC	Doença Renal Crónica
DRCT	Doença Renal Crónica Terminal
ECPSC	European Centre for Disease Prevention and Control
EDTNA/ERCA	European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association
EF	Estágio Final
EMC-PSC	Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica
EEEMC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EEEMC-PSC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica
EEMI	Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar
EPE	Entidade Pública Empresarial
ESS/IPS	Escola Superior de Saúde/Instituto Politécnico de Setúbal
GID	Gestão Integrada da Doença
GCLCIPA	Grupo Coordenador Local de Controlo de Infecção e Prevenção de Resistência aos Antimicrobianos
HD	Hemodiálise
HPS	Hospital da Península de Setúbal
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
ICN	Internacional Council of Nurses
INCS	Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
ISN	International Society of Nephrology
IR	Insuficiência Renal
IRC	Insuficiência Renal Crónica
KDOQI	Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
LRA	Lesão Renal Aguda
MTP	Metodologia de Trabalho de Projeto
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBE	Prática Baseada na Evidência
PIM	Projeto de Intervenção Major
PPCIRA	Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos
PNSD	Plano Nacional para a Segurança do Doente
PSC	Pessoa em Situação Crítica
RAM	Resistência aos Antimicrobianos
RE	Relatório de Estágio
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RS	Revis
SARS-Cov2	Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2
SLED	Sustained Low Efficient Dialysis
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPN	Sociedade Portuguesa de Nefrologia
SUG	Serviço de Urgência Geral
TSR	Técnicas de Substituição Renal
UC	Unidade Curricular
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
VEMR	Viatura de Emergência Médica
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	16
1. ENQUADRAMENTO CONCEITUAL E TEÓRICO	20
1.1. Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências	21
1.2. Lesão Renal Aguda na Pessoa em Situação Crítica – Enquadramento Conceitual.....	26
1.3. O Cateter Venoso Central como Acesso Vascular na Pessoa em Situação Crítica	31
1.4. Infecções Associadas ao Cateter Venoso Central para Hemodiálise.....	33
1.5. Prática Especializada de Enfermagem na Abordagem à Pessoa com Cateter Venoso Central para Hemodiálise.....	38
2. ESTÁGIO I e ESTÁGIO FINAL	41
2.1 Centro Hospitalar.....	42
2.2 Serviço de Urgência Geral.....	44
2.3 Caracterização do SUG: Recursos Humanos, Materiais e Estrutura Física.....	45
2.4 Serviço de Medicina Intensiva	47
2.5 Caracterização do SMI: Recursos Humanos, Materiais e Estrutura Física	47
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO MAJOR.....	51
3.1 Diagnóstico de Situação	53
3.2 Definição de Objetivos.....	63
3.3 Planeamento e Execução	64
3.4 Avaliação e Divulgação de Resultados	73
4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	83
4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em Enfermagem	87
4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica	111

CONCLUSÃO	128
REFERÊNCIAS	130
APÊNDICES	143
ANEXOS.....	173

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma de Atividades.....	144
Apêndice II - Cartaz de divulgação da Sessão de Formação em Serviço	146
Apêndice III - Proposta de Procedimento Enfermagem para a Prevenção da Infecção do CVC para HD no SM	148
Apêndice IV - Resumo da Revisão Scoping.....	156
Apêndice V - Apresentação Sessão de Formação em Serviço	161
Apêndice VI - Poster de Participação no Congresso Investir em 'Enfermagem, dar Valor à Saúde'	171

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Certificado de Participação no Congresso 'Investir em Enfermagem, dar Valor à Saúde'	174
Anexo II - Certificado de Participação do Curso Suporte Básico de Vida	176
Anexo III - Certificado de Participação do Curso Suporte Avançado de Vida	178
Anexo IV - Certificado de Participação do Curso International Trauma Life Support	180

INTRODUÇÃO

A opção de frequentar o Mestrado em Enfermagem na área de especialização da Enfermagem Médico-Cirúrgica, área específica de intervenção Pessoa em Situação Crítica [EMC-PSC] deriva dos nove anos de profissão, que incentivaram a aquisição de novos saberes, construtos, conhecimentos e competências. O interesse pelo rigor profissional, na procura pela excelência do exercício e da melhoria contínua, bem como as exigências constantes da prática diária da profissão, inerentes à complexidade das tomadas de decisão com que nos confrontamos diariamente, justificam esta escolha.

O presente Relatório de Estágio [RE] tem como finalidade a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica [EEEMC-PSC]. Este é o reflexo do trabalho desenvolvido ao longo do 6º Mestrado em Associação, de Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Portalegre e Instituto Politécnico de Castelo Branco), decorrendo este ciclo em concreto na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal [ESS/IPS].

Este relatório enquadra-se na Unidade Curricular [UC] – Relatório, alusivo ao 2º Semestre do 2º ano do Mestrado. O Mestrado em Associação, desenvolveu-se ao longo do seu ciclo de 3 Semestres, conforme pode constatar-se no Plano de Estudos publicado em Diário da República, 2ª Série, N.º 195 de 10 de outubro de 2019 (Diário da República, 2019) e preconiza que através da articulação dos diversos conteúdos e conhecimentos prévios apreendidos nas variadas UC, a aquisição das Competências Comuns para o Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º140/2019 da Ordem dos Enfermeiros [OE] (OE, 2019a), bem como as específicas para o EEEMC-PSC, elucidadas no Regulamento n.º429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018a).

Inerentemente a este processo importa salientar a aquisição das competências de Grau de Mestre, consoante publicação introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 65/2018, publicado no Diário da República n.º 157/2018, Série I de 16 de agosto de 2018, com as alterações do Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de Agosto de 2013 (Diário da República, 2018).

As UC de Estágio I e Estágio Final [EF], apresentaram-se como indispensáveis e relevantes para o processo de aquisição e desenvolvimento de competências acima supracitadas, apresentando-se o Relatório como a etapa final deste percurso. O Estágio I decorreu no Serviço de Urgência Geral [SUG] e o Estágio Final decorreu no Serviço de Medicina Intensiva [SMI], num Hospital da Península de Setúbal [HPS]. O primeiro contabilizou com 144 horas de contato com a prática clínica, sendo que o último, abrangeu um total de 388 horas, onde 336 horas foram de contato com a prática. Por forma a nortear esta fase do percurso académico, foi desenvolvido o

Projeto de Intervenção Major [PIM], assente na Metodologia de Trabalho de Projeto [MTP], com o intuito de planear o desenvolvimento das competências e conhecimentos inerentes a este ciclo, intitulado de *Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Cateter Venoso Central [CVC] para Hemodiálise [HD]*. O PIM, objetivava a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com CVC para HD, em contexto de SMI, bem como o desenvolvimento de um artigo científico alusivo à temática deste projeto.

Tal como anteriormente explanado, o PIM foi concebido e estruturado tendo em conta a MTP e baseado no Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências, de June Larrabee. Ambos os modelos são fomentadores na Prática Baseada na Evidência [PBE], assentes em necessidades reais dos contextos e impulsionam a sua resolução (Ruivo, et al., 2010 & Larrabee, 2011).

Finalizado o estágio, torna-se fundamental refletir e analisar o progresso pessoal e profissional inerente ao desenvolvimento de competências, relativas ao PIM, realçando-se a pertinência do Relatório.

O PIM foi conduzido durante o EF, que decorreu entre 16 de setembro de 2022 e 20 de janeiro de 2023, sob a orientação pedagógica do Professor Hugo Franco e com a supervisão clínica de dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EEEMC].

A Organização Mundial de Saúde [OMS], na sua redação em dezembro de 2020, reporta-se à Doença Renal [DR], como a décima causa de morte no mundo em 2019 (OMS 2020a), englobando-se no grupo de doenças não transmissíveis, sendo responsáveis por 74% das mortes no mundo inteiro (OMS, 2022a).

A Pessoa em Situação Crítica [PSC], pela necessidade de monitorização contínua e suporte invasivo, predispõe de uma maior probabilidade de desenvolver Lesão Renal Aguda [LRA], repercutindo-se na sua mortalidade e morbilidade (Coelho et al., 2017). Segundo os mesmos autores, esta é justificada por fatores de risco pré-existentes, tais como instabilidade hemodinâmica, necessidade de uso de drogas vasoativas, necessidade de ventilação mecânica invasiva, internamentos prolongados, bem como necessidade de realização de Técnicas Substitutivas da Função Renal, com risco de evolução para Doença Renal Crónica [DRC] (Coelho et al., 2017).

A maioria das pessoas internadas em Unidades de Cuidados Intensivos [UCI], necessita de um acesso vascular de grande calibre que permita a realização da técnica dialítica (Timsit et al., 2018). O CVC para HD permite a infusão de medicação endovenosa, administração de sangue e hemoderivados, colheita de sangue para análises, bem como realização do tratamento dialítico (Mohazzab et al., 2022).

A Direção Geral de Saúde [DGS] define Infecção Associada aos Cuidados de Saúde [IACS] como uma infecção adquirida aquando da prestação de cuidados, ausente no momento da hospitalização (DGS, 2007).

A pertinência das intervenções de enfermagem a nível da implementação de protocolos de atuação para a prevenção e controlo de infeção associado à PSC com CVC para HD, em contexto de SMI objetiva reduzir as taxas de infeção associadas às mesmas (Yang et al., 2022).

Iniciado o EF, no SIM, identificou-se a inexistência de um procedimento de enfermagem que orientasse os Enfermeiros sobre a manutenção do CVC para HD, tendo sido reconhecida esta problemática junto da enfermeira coordenadora e enfermeiro orientador deste serviço, bem como junto do docente orientador. Por forma a nortear e orientar o processo de aquisição e desenvolvimento das competências acima descritas, foi delineado diagnóstico situação, sustentado pela MTP, levando ao desenvolvimento do PIM acima supracitado. Um dos objetivos do PIM estipulava o desenvolvimento de um procedimento de enfermagem, que permitisse responder ao diagnóstico de situação elaborado, e deste modo possibilitasse mediante a implementação de intervenções de enfermagem promotoras da qualidade, a redução das taxas de infeção associadas ao CVC para HD no SMI, através da divulgação das mesmas junto da equipa de enfermagem, com especial enfoque a nível da prevenção e controlo de infeção.

Importa ainda referir, que a escolha desta temática, coaduna-se com uma área de interesse pessoal, uma vez que a nossa experiência profissional é na área da enfermagem nefrológica, em concreto na área da hemodiálise, onde exercemos funções há quase 9 anos.

Pretendemos pela elaboração do presente Relatório descrever e refletir acerca das atividades, estratégias desenvolvidas e implementadas aquando do EF. Com recurso a este processo critico-reflexivo, preconiza-se que se estabeleça uma tomada de consciência sobre o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas para o EEEMC-PSC e Mestre em Enfermagem.

Uma vez delineado o objetivo geral do Relatório, foram estabelecidos como objetivos específicos os seguintes:

- Realizar enquadramento concetual e teórico da temática do PIM;
- Relatar, o local onde decorreu o Estágio I e o EF, elaborando apreciação global do seu desenvolvimento;
- Descrever, de forma fundamentada, as fases de desenvolvimento do PIM;
- Elaborar análise critico-reflexiva sobre o processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns para o Enfermeiro Especialista, específicas para o EEMC-PSC e Mestre em Enfermagem.

Estruturalmente o Relatório encontra-se organizado em quatro capítulos: no primeiro capítulo realiza-se o enquadramento concetual e teórico inerente à temática em estudo, suportado pela evidência científica, derivada da pesquisa em bases de dados correlacionando-se a mesma com o modelo teórico de enfermagem de June Larrabee. No segundo capítulo é efetuada a exposição da unidade Hospitalar onde decorreu o Estágio I e EF, relatando-se de forma pormenorizada a organização estrutural e humana do SUG e SMI, culminando com a descrição das competências inerentes ao EEMC nestes serviços. Seguidamente, no terceiro capítulo, procede-se à narração das fases do PIM implementado, finalizando-se com o quarto capítulo, relativo à análise crítico-reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns para o Enfermeiro Especialista, específicas para o EEEMC-PSC e Mestre em Enfermagem.

Este Relatório, foi redigido e formatado segundo o novo acordo ortográfico português, com exceção das citações diretas explanadas ao longo deste trabalho, que seguem a redação original dos autores. A norma de citação e referência utilizada é a 7ª Edição da American Psychological Association [APA], respeitando-se as normas de elaboração e apresentação para trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, de 2018.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

A tendência progressiva da Globalização potencia a célere disseminação do conhecimento, assistindo-se a uma rápida produção e monopolização do mesmo, de acordo com o Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia [IBICT] e United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (UNESCO, 2006).

A importância da gestão do conhecimento, segundo os mesmos autores, encontra-se aliada ao êxito que este adquire no seio da humanidade, apropriando-nos da evolução científica e tecnológica que este nos possibilita, levando-nos a adquirir melhorias globais na qualidade de vida da população (UNESCO, 2006).

A aquisição do título de Mestre, de acordo com o Artigo 15º, do Decreto-lei n.º 107/2008 de 25 de junho do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, prevê que se aprofundem e se adquiram novos conhecimentos, competências, capacidade para desenvolver, analisar e refletir sobre questões relacionadas com a área de intervenção, incorporando responsabilidades sociais e éticas inerentes, obtendo aptidão para lidar com variadas problemáticas (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008).

De acordo com o Internacional Council of Nurses [ICN], a Enfermagem responsabiliza-se pela prestação de cuidados às pessoas, famílias e comunidades (doentes ou saudáveis) ao longo de todo o ciclo vital, repercutindo-se a sua atuação a nível da promoção da saúde, prevenção da doença e recuperação da condição humana (ICN, 2022).

Atendendo ao Regulamento n.º 613/2022 da OE, constata-se que a Enfermagem, enquanto profissão e área do conhecimento tem cooperado e instigado no âmbito da investigação, possibilitando a expansão do mesmo, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados (OE, 2022). Segundo os mesmos autores, as mudanças impostas pela evolução científica e tecnológica espelhada na nossa realidade diária, fomentaram a evolução da enfermagem enquanto profissão, com o intuito de responder às novas exigências dos serviços de saúde, legitimando-se deste modo o papel do enfermeiro enquanto promotor do conhecimento.

O EEEMC-PSC é o responsável pela identificação, implementação, e avaliação dos planos de intervenção, junto da pessoa e família alvo dos seus cuidados, com "(...) vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos (...)" (OE, 2018ª, p.19360).

Inerente à complexidade deste cuidado em concreto, o papel do EEEMC-PSC repercute-se na conceção e implementação de processos de intervenção, junto das pessoas e famílias que

necessitem de monitorização e vigilância continua, através da sua estabilização e deteção precoce de eventos adversos, com vista à sua melhoria e recuperação hemodinâmica (OE, 2018a).

A OMS (2020b) explana a importância associada à cultura de qualidade nos serviços de saúde, referindo que esta é incrementada pela participação ativa dos novos saberes, fomentadores de boas práticas clínicas suportados pela investigação, que potencializam mudanças sustentáveis, permitindo responder de forma assertiva às necessidades dos contextos.

A definição de Qualidade, aplicada globalmente nos serviços de saúde, deriva da definição Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, sendo que no Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde, da OMS (2020b, p.13), reporta-se à prestação de cuidados na área da saúde, que vai ao encontro das necessidades das pessoas e da população, de modo que se alcancem “(...) resultados desejados na saúde e são consistentes com os actuais conhecimentos profissionais”.

A Teórica de Enfermagem, June Larrabee (2009, 2011), baseia-se na definição anterior de Qualidade, salientando que esta deve abranger a dimensão holística da pessoa, família e comunidade, englobando princípios éticos fundamentais, sendo eles a justiça, beneficência e prudência. Em concordância com a mesma autora, quando aplicados na área da saúde aumentam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, evidenciando-se como premissas obrigatórias para a atuação dos enfermeiros no âmbito da sua prestação de cuidados (Larrabee, 2009).

Reportando-nos ao anteriormente referido, o PIM foi suportado pelo modelo teórico de June Larrabee (2009,2011), encontrando-se descrito adiante. Objetiva-se através deste capítulo realizar uma exploração pormenorizada do conceito de qualidade em saúde, abordagem concetual relativa à temática de suporte que originou o presente Relatório, enquadrando-se à *posteriori* a pertinência que os cuidados de enfermagem especializados em EMC-PSC na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com CVC para HD no SMI.

1.1. Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências

A Investigação, enquanto caminho para o conhecimento em Enfermagem, terá surgido com Florence Nightingale, durante a Guerra da Crimeia, no Século XIX (Fortin, 1999; Tomey & Alligood, 2004). As novas fontes de conhecimento, surgem resultantes do processo de investigação que procura dar resposta às necessidades do quotidiano (Fortin, 1999). Segundo a mesma autora, através da Investigação é possível “(...) descrever, explicar e prever factos, acontecimentos ou fenómenos” (Fortin, 1999, p.15).

A Enfermagem enquanto ciência ergue-se após a década de 50 (Tomey & Alligood, 2004). De acordo com as mesmas autoras, até essa época, o conhecimento em enfermagem era espelhado nos saberes, tradições e princípios transmitidos ao longo dos anos de prática das enfermeiras. A evolução da Enfermagem enquanto disciplina do conhecimento vem-se a expandir após meados dos anos 70, onde se verifica a necessidade de conceptualizar e incorporar a informação proveniente da Investigação, tendo desde modo emergindo as primeiras Teorias em Enfermagem, após meados da década de 80.

Resultante do trabalho de Investigação, irrompem as Teorias, que dizem respeito a diversos conceitos que devem ser aplicados na prática (Tomey & Alligood, 2004). À luz das palavras de Tomey e Alligood (2004), as Teorias de Enfermagem referem-se ao conjunto de conceitos que se correlacionam, podendo ser sustentados pelos modelos da enfermagem ou emergirem de outras áreas do conhecimento.

A Teórica de Enfermagem June Hansen Larrabee, Professora Doutora, licenciada pela Medical College of Georgia, Mestre pela Boston University School Of Nursing e Doutorada pela University of Tennessee, desenvolveu, juntamente com Mary Ann Rosswurn o *Modelo da Prática Baseada na Evidência* (Larrabee, 2009, 2011).

Larrabee (2009), menciona que o longo processo de Investigação iniciado por Florence Nightingale em 1860, veio a ser implementado e aprimorado ao longo das décadas seguintes. A mesma autora, salienta que foi possível pela aplicação dos resultados deste processo, através da implementação da PBE, predizer e compreender o efeito positivo dos mesmos, na melhoria da qualidade de vida dos doentes, refletindo-se estes mesmos também, nos cuidados de enfermagem prestados.

O desenvolvimento do conhecimento, na prática da enfermagem deve ser mutável adaptando-se às exigências e às transições do meio, sendo capazes de responder às necessidades das pessoas e populações de quem cuidamos (Meleis, 2012). Para Meleis (2012), as exigências do mundo atual, impõem mudanças nos paradigmas da enfermagem, enquanto disciplina humana, onde a prática da enfermagem subjacente nos Modelos Teóricos outrora difundidos, não é suficiente para fazer frente às novas transições, pelo que se torna imperativo o desenvolvimento do conhecimento.

O Modelo Teórico de June Larrabee que sustenta este trabalho, justifica de que forma a PBE em conjunto com a experiência clínica, pela agregação da evidência mais recente, tem vindo a refletir-se em novas fontes de conhecimento para a disciplina, repercutindo-se na melhoria dos cuidados prestados, contribuindo para os ganhos em saúde, asseverando-se como um guia para tomada de decisão clínica (Larrabee, 2009).

Segundo Sousa et al. (2018), a PBE reporta-se à implementação da evidência mais recente sobre uma determinada área, como método de resolução de problemas da prática clínica.

As intervenções especializadas do enfermeiro e baseadas na evidência científica visam a promoção da segurança doente e melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Através da implementação do PIM, sustentado pela MTP, objetivou-se contribuir para a redução das taxas de infeção associadas ao CVC para HD em contexto de SMI, legitimando-se o papel do EEEMC-PSC, contribuindo para a satisfação da necessidade previamente identificada.

Mediante o processo de investigação podemos incidir a nossa pesquisa na resolução de um determinado problema. Por seu lado, a qualidade, pode ser entendida como o resultado dos termos aprimorados, pela implementação dos resultados obtidos através da pesquisa efetivada, onde pretendemos averiguar quais os cuidados adequados e suficientes (Larrabee, 2009).

Atendendo ao trabalho desenvolvido em EF, na procura da evidência mais recente sobre a temática em estudo, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em SMI, após uma revisão sucinta de vários modelos teóricos de enfermagem, consideramos que o Modelo para a Mudança da PBE, de June Larrabee (2011), era o que melhor coadunava com o processo desenvolvido, pelo que exploramos o presente modelo neste âmbito.

A proposta de 1999 de Larrabee e Rosswun, reporta-se à primeira versão do Modelo, designado de Modelo para a Mudança para a PBE, que apresentava seis etapas (Larrabee, 2009). Em 2011 este modelo foi revisto e parte do princípio que existe a necessidade de mudança da prática clínica, onde esta apenas é possível quando agrupa a evidência atual com a experiência profissional do enfermeiro, viabilizando a resolução das necessidades do doente, passando o mesmo a designar-se de Modelo para a Mudança da PBE (Larrabee, 2011).

Reportando-nos ao mencionado anteriormente, de acordo com Larrabee (2011), a PBE diz respeito à aplicação conjunta da experiência clínica dos profissionais e da evidência científica mais atual, resultante do processo de investigação sistematizado, reunindo desta forma bases credíveis, revestidas de qualidade e segurança, possibilitando através da aplicação desse escopo de conhecimento responder às necessidades da pessoa doente, não esquecendo da visão holística de todos os de quem cuidamos.

A alteração necessária no Modelo, reforça que a mudança, pode não ser única, e visa através das mudanças na prática clínica, que estas sejam implementadas pelos enfermeiros e por outros profissionais na área da saúde (Larrabee, 2011). Larrabee (2011), através do ensino aos enfermeiros da aplicação do seu modelo, resultante desta experiência clínica, sentiu a necessidade de adaptação do seu modelo original de 1999, encontrando-se essas etapas representadas na Figura 1, sendo descritas de forma detalhada posteriormente.

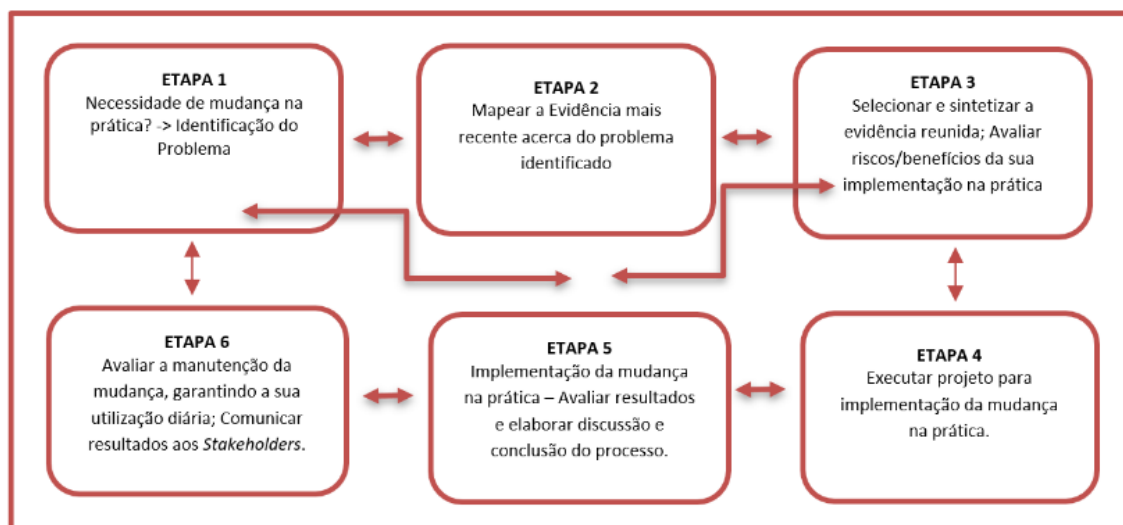


Figura 1 - Esquema para o Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências

Fonte: Autoria Própria – Adaptado do Modelo Larrabee

Analisado o Modelo de Larrabee (2011), e reportando-nos à Figura 1, embora que as Etapas que o compoñham sejam progressistas, não significa que este seja linear, ou seja, as Etapas interrelacionam-se entre si e consoante a sua aplicação na prática, poderá existir necessidade de regressar a uma etapa anterior, conforme as necessidades identificadas, levando-nos a salientar que este modelo não é estático e encontra-se adaptado às influencias que o meio, e como tal, a evidência pode refletir-se na sua aplicação.

No que respeita à **Etapa 1 - Avaliar a necessidade de mudança da prática**: as atividades predominantes consistem em reconhecer os 'stakeholders', ou seja, doentes, suas famílias, profissionais e outras pessoas do contexto, que têm interesse nos resultados da prática. Deverá ser analisada e observada a prática diária, por forma a extrair-se dados que possibilitem identificar a necessidade da mudança da prática, conseguindo realizar-se uma projeção da mudança dos resultados (Larrabee, 2011).

Seguidamente, a **Etapa 2 - Avaliar a necessidade de mudança da prática**: abrange a pesquisa da evidência, na procura das suas melhores fontes. Devem ser revistos os conceitos de pesquisa, realizar planeamento da mesma, bem como qual a revisão a realizar. São reunidos instrumentos para avaliação da fiabilidade da evidência reunida (Larrabee, 2011).

Analisando a **Etapa 3 - Fazer uma análise crítica das evidências**: nesta etapa deve ser realizada validação da evidência reunida, avaliar-se a 'força' da mesma, sua viabilidade e fiabilidade, pela aplicação dos instrumentos reunidos na etapa anterior, conseguindo-se realizar síntese da evidência já reunida (Larrabee, 2011).

Relativamente à **Etapa 4 - Projetar a mudança da prática**: pretende-se que sejam planeadas as atividades que permitam realizar a mudança proposta, resultante da síntese da evidência reunida. Devem ser identificados recursos necessários e estratégias imprescindíveis para implementação da mudança, tais como sessões e materiais educativos, auditorias, feedback da mudança, líderes de mudança ou de opinião (Larrabee, 2011).

Paralelamente a **Etapa 5 – Implementar e avaliar a mudança da prática**: reporta-se à concretização do estudo produzido. Têm de ser desenvolvidas conclusões e recomendações do processo, bem como avaliação do mesmo, seus custos e resultados (Larrabee, 2011).

Em última análise, a **Etapa 6 - Integrar e manter a mudança da prática**: nesta fase têm de ser comunicados os resultados aos 'stakeholders'. O maior desafio passa por manter incorporada a mudança na prática local, devendo ser monitorizados indicadores de resultados, bem como disseminação do projeto desenvolvido (Larrabee, 2011).

Todo o processo implementado aquando da realização do PIM, bem como da Revisão *Scoping* [RS], reflete-se no objetivo dos investigadores, que incide na procura pela evidência mais atual e disponível acerca de um determinado conhecimento, evidenciando as suas lacunas ou discrepâncias, elucidando principais conceitos/definições, bem como suas principais características, desempenhando um papel fundamental na PBE, elucidado através do Modelo de Larrabee (Peters et al., 2020 citando Munn et al., 2018).

Com a finalidade de mapear as intervenções do enfermeiro no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à PSC com CVC para HD, em contexto hospitalar em unidade de cuidados complexos, com o intuito de se reduzir as taxas de infeções que lhes são inerentes, foi proposta a elaboração de um artigo científico no âmbito do EF.

Após a análise do Modelo para a Mudança da PBE, constata-se que a metodologia assente na realização da SR vai ao encontro do proposto pela presente teórica, pelo que é irrefutável a analogia das etapas da SR e do modelo utilizado, motivo pelo qual o mesmo foi selecionado como linha teórica orientadora de suporte ao PIM.

A elaboração da *Scoping*, assente na PBE, sustentou a temática em estudo, onde através do processo de tomada de decisão, preconizou responder à questão de investigação delineada: *‘Quais as intervenções à pessoa em situação crítica com CVC para HD, que contribuem para a redução das taxas de infeção?’*, a qual será explanada e explorada adiante neste relatório.

1.2. Lesão Renal Aguda na Pessoa em Situação Crítica – Enquadramento Concetual

Tal como anteriormente abordado, sabe-se que a DR faz parte do grupo de doenças não transmissíveis, ocupando o décimo lugar no ranking da OMS, das principais causas de morte no mundo no ano de 2019 (OMS, 2020a).

Terá sido na década de 80, no ano de 1836 que Richard Bright terá iniciado os primeiros estudos sobre a DRC (Filho & Brito, 2006). Há precisamente dezassete anos atrás, Filho e Brito (2006), referiam na sua publicação, que as projeções do aumento da prevalência da DR em todo o mundo, deveriam atingir cerca de dois milhões de pessoas.

Atualmente, segundo a International Society of Nephrology [ISN] a Insuficiência Renal [IR] e a Insuficiência Renal Crónica [IRC] têm aumentando a sua prevalência no mundo, estimando-se que a população que necessita de um tratamento substitutivo da função renal, seja Transplante Renal, HD ou Diálise Peritoneal [DP], venha a atingir cerca de 5,4 milhões de pessoas até 2030, deduzindo-se que cerca de 850 milhões de pessoas sejam afetadas por algum tipo de doença renal, reconhecendo-se esta problemática como uma questão de saúde pública (ISN, 2021).

Com o intuito de fazer frente a esta realidade, um dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável [ODS] das Nações Unidas acordado com os seus Estados-Membros assinados até 2030, prevê o estabelecimento de 17 objetivos com 169 metas, sendo que a meta ODS 3.4, preconiza a redução da mortalidade em um terço nas doenças não transmissíveis (OMS, 2022b).

Em Portugal, a elevada prevalência e incidência da DR assume-se como um dos mais elevados a nível mundial e europeu, de acordo com a Médica Nefrologista e vogal da Direção da Sociedade Portuguesa de Nefrologia [SPN], Ana Galvão (2021).

Segundo dados disponibilizados na Plataforma Informática de Gestão Integrada da Doença Renal [GID], a prevalência da IRC na Europa atinge cerca de 8% da população adulta, encontrando-se inscritos atualmente nesta plataforma, em Portugal, 20756 pessoas (GID, 2023).¹ Os dados disponibilizados pelo relatório da SPN, no ano de 2022 existiram 2705 doentes

¹ Dados consultados na Plataforma GID a 20-03-2023. Os presentes dados refletem o número de doentes inscritos na presente plataforma desde 01-01-2009, que se encontram em Tratamento Substitutivo da Função Renal.

a iniciar tratamento substitutivo da função renal, sendo que 23,6% tinham idade igual ou superior a 80 anos (SPN, 2022).

No que respeita à DR, esta pode ser Aguda ou Crónica (ISN, 2021). Segundo os mesmos autores, a LRA pode ter origem numa infeção, derivar da utilização de medicamentos nefrotóxicos, fatores ambientais, complicações da gravidez como pré-eclâmpsia ou traumas (ISN, 2021). A ISN (2021), salienta que existência prévia de LRA, assume-se como um fator de risco para o desenvolvimento de DRC.

Cunha e Magro (2022) alertam para a mortalidade e morbilidade da LRA na PSC. Segundo estas autoras, a LRA atinge 13 milhões de pessoas em todo o mundo, acarretando 1.7 milhões de mortes (Cunha & Magro, 2021). A LRA pode levar ao aumento do tempo de internamento, bem como recurso a Terapêuticas Substitutivas da Função Renal e como tal, provável progressão para a DRC, associando ainda maior propensão para VMI e utilização de fármacos adrenérgicos. Sabe-se que a VMI é um fator de risco para o desenvolvimento da LRA, uma vez que a relação pulmão-rim se apresenta como um desafio para a prática clínica onde o doente sobre VMI tem pré-disponibilidade aumentada para desenvolver a lesão renal. Estas alterações, são justificadas segundo estas autoras, pelas alterações na perfusão renal associada à instabilidade hemodinâmica nestes doentes em concreto.

Além disso, Pinheiro e Madureira (2020) alertam-nos para a adversidade associada à LRA, assumindo-se como um enorme desafio para nefrologistas e intensivistas na medida que uma vez estabelecida esta pode ser restaurada, independentemente da instabilidade da PSC.

Vijayan et al. (2021), reforçam as afirmações anteriores, assumindo a LRA como uma das complicações mais frequentes dos doentes hospitalizados em UCI, sabendo-se que cerca de 50% desses podem desenvolver essa complicação. Os mesmos autores, salientam que a LRA se encontra associada a uma maior taxa de mortalidade e morbilidade nesses doentes (Vijayan et al., 2021).

Por seu lado, a DRC é caracterizada por ser ‘silenciosa’ nos seus estadios iniciais, uma vez que apenas uma minoria dos doentes apresenta sintomas, podendo apenas ser detetável através de análises laboratoriais (ISN, 2021).

A existência de LRA ou DRC implica necessidade de Técnicas de Substituição Renal [TSR], sendo que existem três opções de tratamento disponíveis, sendo elas a HD, DP e Transplante Renal (ISN, 2021).

A DGS, desenvolveu a Norma N.º 017/2011 - Tratamento Conservador Médico da IRC Estádio 5, atualizada a 14/06/2012, onde explana informação sistematizada acerca das TSR disponíveis (DGS, 2012). Segundo esta norma as modalidades existentes para tratamento da DRC são, tal como acima descritas a HD, DP, Transplante Renal e Tratamento Médico

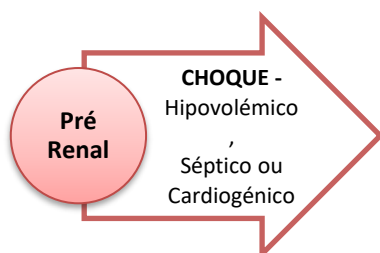
Conservador (DGS, 2012). Considera-se a necessidade de submeter-se a TSR quando a taxa de filtração glomerular é $< 15 \text{ ml/min / } 1.73 \text{ m}^2$. De entre as modalidades existentes, sabe-se que a transplantação renal é a que oferece melhor qualidade de vida ao doente e à sua família, tendo também menores repercussões psicossociais. Todavia, nem todos os doentes têm critérios para transplantação, nem em situações específicas tais como a LRA, esta opção pode ser vista como um tratamento (DGS, 2012).

O grupo Acute Dialysis Quality Initiative [ADQI], composto por nefrologistas e intensivistas, procurou responder através de uma revisão sistemática qual a melhor definição de LRA, face à divergência de definições que existe sobre a mesma (Bellomo et al., 2004). Os mesmos autores em conjunto com o grupo ADQI, corroboram a afirmação anteriormente referida por Cunha e Magro, declarando que a LRA é uma complicação frequente na PSC, acarretando elevadas taxas de mortalidade e morbilidade (Bellomo et al., 2004 e Cunha & Magro, 2021).

Segundo Bellomo et al., (2004) a LRA ocorre em cerca de 1 a 25% dos doentes internados em UCI, com taxas de mortalidade e morbilidades associadas de 28 a 90%. Estes autores, definem a LRA pela diminuição dos valores séricos de creatina, em comparação com os anteriores ao internamento, com eventual repercussão nos débitos urinários (Bellomo et al., 2004).

Assim, a LRA é definida como “(...) perda súbita da função renal e potencialmente reversível (...) acompanhada ou não pela diminuição da diurese, provocando uma diminuição rápida da filtração glomerular, com retenção de toxinas urémicas e incapacitantes em manter o equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-base” (Pinheiro & Madureira, 2020, p.177).

A etiologia da lesão renal, pode ser esclarecida consoante o local onde ocorreu a lesão, podendo esta ser pré-renal, renal ou pós-renal (Armstrong & Bircher, 2005). Segundo Armstrong e Bircher (2005), a IRA pré-renal, encontra-se associada a má perfusão renal, enquanto a IRA é caracterizada por lesão no parênquima renal, e por sua vez na IRA pós-renal verifica-se diminuição do débito urinário ou mau funcionamento do rim único funcionante. Segundo os mesmos autores, vários são os fatores preponderantes que podem levar ao desencadeamento da IRA, conforme apresentadas na Figura 2:



FONTE: Autoria Própria (Adaptado de Armstrong & Bircher, 2005)
Figura 2 - Esquema Fatores Desencadeantes IRA

Desta forma, torna-se necessário compreender o local, onde foi desenvolvida a lesão renal, por forma a direcionar o tratamento (Armstrong & Bircher, 2005).

No caso concreto da PSC, a instabilidade hemodinâmica destes doentes, associada à falência multiorgânica leva à necessidade de TSR, sendo que as técnicas utilizadas com maior frequência nestes contextos são as TSR contínuas e as TSR intermitentes híbridas (Pinheiro & Madureira, 2020). Atenta-se que estas técnicas são referidas segundo Pinheiro e Madureira (2020), como as mais utilizadas em hospitais do norte de Portugal. A prescrição da técnica apresenta-se como uma responsabilidade partilhada entre nefrologistas e intensivistas, uma vez que a sua adequação e frequência no âmbito da PSC não se encontra ainda definida, pelo que a escolha entre TSR contínuas ou TSR intermitente ainda é apresentada com alguma controvérsia (Pinheiro & Madureira, 2020).

Dado a inexistência de evidência sobre a melhor técnica a optar, a escolha baseia-se nas vantagens e desvantagens de ambas as técnicas, como estabilidade hemodinâmica do doente, custos e recursos disponíveis (Pinheiro & Madureira, 2020). De acordo com Pinheiro e Madureira (2020), se por um lado a técnica contínua decorre sensivelmente num período de 24 horas, sendo melhor tolerada no âmbito da PSC, uma vez que possibilita a remoção gradual de solutos e fluidos e com menores fluxos sanguíneos, propiciando maior estabilidade hemodinâmica ao doente, por outro lado, em necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico, esta técnica tem de ser interrompida acarretando custos, pelo excessivo gasto de produtos. Além disso, dados reunidos através da evidência demonstram, que embora os doentes submetidos a TSR contínua, acumulem um maior número de horas de tratamento, estas não se repercutem na eficácia dialítica, quando comparadas com os doentes que realizam TSR intermitente.

Diferentemente, segundo os mesmos autores, a técnica intermitente, embora menos dispendiosa em termos de custos, é caracterizada pela maior instabilidade, uma vez que decorre em períodos mais reduzidos, impossibilitando na maioria das vezes uma remoção eficaz de solutos e fluídos com necessidade de aumento do aporte de aminos durante a técnica, devido aos episódios de hipotensão frequentes que se lhe encontram associados (Pinheiro & Madureira, 2020).

De uma forma sucinta, a HD é uma técnica, onde através da conexão do doente ao circuito extracorporeal (linhas de sangue) como auxílio da bomba de sangue permite, remover e filtrar substâncias e toxinas acumuladas no sangue, com o auxílio do filtro, designado de rim artificial, devolvendo o sangue ao doente já sem estes compostos (DGS, 2012).

A evolução científica e tecnológica a que assistimos nos dias de hoje, tem permitindo o progresso nas técnicas dialíticas tornando-as mais aprimoradas e cada vez mais eficientes no processo de filtração e remoção de substâncias (Thomas, 2005).

Na TSR contínua utiliza-se o mecanismo de convecção e difusão para a troca de substâncias, pela introdução de um soluto dialisante que em conjunto com a ultrafiltração programa permitirá a remoção de um grande volume de fluídos e produtos azotados (Pinheiro & Madureira, 2020). O fato de decorrer em 24 horas, permite menores débitos de sangue, com uma redução da taxa de filtração, uma vez que o tempo de programação é mais longo, acabando por ser melhor tolerada nos doentes hemodinamicamente instáveis. Além das desvantagens enumeradas acima por Pinheiro e Madureira (2020), os riscos de coagulação do circuito extra-corporal por ausência de anticoagulante, associadas a débitos de sangue reduzidos, apresentam-se como fatores preponderantes para a concretização desta intercorrência, sendo esta um dos fatores que leva a interrupção da técnica entre 40-75% dos casos. Atenta-se que estes autores chamam à atenção para os riscos da coagulação a nível da homeostasia do doente, uma vez que a perda total ou parcial do circuito pode ser responsável por quebras nos valores de hemoglobina, gerando a necessidade de administração de sangue e hemoderivados, aumentando o volume de trabalho da equipa de enfermagem.

Neste sentido, pode ser realizada a TSR contínua com Citrato com o intuito de diminuir-se este problema, contribuindo desta forma para uma melhor estabilidade da PSC (Pinheiro & Madureira, 2020). Para tal, é feita uma reposição do cálcio removido, evitando-se a hipocaliemia. O objetivo da utilização do citrato enquanto anticoagulante na técnica dialítica, é justificado pelo papel que este ião desempenha ao nível da cascata de coagulação inibindo algumas das suas fases. Parte do citrato acaba por ficar retido no filtro e o restante metabolizado pelo fígado, existindo em cada serviço protocolos específicos para controlo do cálcio, de acordo com o afirmado com Pinheiro e Madureira (2020).

Além da TSR contínua e intermitente existe a Técnica SLED (*Sustained Low Efficient Dialysis*), uma TSR híbrida, que não será descrita neste RF, uma vez que o SMI onde realizamos Estágio, não executa este tipo de técnica.

De uma forma global, a IRA repercute-se no doente e nas suas famílias, face à instalação subita da doença, derivada de processos médico-cirúrgico complexos, sendo que se objetiva neste âmbito a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, por forma a otimizar-se e promover-se a qualidade de vida dos doentes (Armstrong & Bircher, 2005).

Compreendidas as TSR disponíveis, torna-se necessário abordar-se o acesso vascular, que possibilita a execução das referidas técnicas.

1.3. O Cateter Venoso Central como Acesso Vascular na Pessoa em Situação Crítica

Para que se realize TSR torna-se indispensável a existência de um acesso vascular, para realização das mesmas (Pinheiro & Madureira, 2020).

De acordo com a Kidney Disease Outcomes Quality Initiative [KDOQI] (2022) o CVC é um dispositivo médico que possibilita aceder de forma direta à aurícula direita do coração, permitindo realização de tratamentos com alto volume e fluxo, como o tratamento dialítico (Lok et al., 2020). As indicações para a sua utilização são variáveis, sendo que no âmbito da PSC permitem acesso emergente à circulação para realização desta modalidade terapêutica (Alves & Sampaio, 2020; Lok et al., 2020).

O CVC para HD apresenta-se como um tubo flexível, que possibilita a realização do tratamento dialítico, bem como outros procedimentos, tais como infusão de fluidos e fármacos, administração de sangue e hemoderivados e ainda colheita de sangue para análises (Timsit et al., 2018; Mohazzab et al., 2022). Segundo a revisão sistemática desenvolvida por Timsit et al., (2018) cerca de dois terços dos doentes internados em UCI foi implantado com CVC e um décimo com CVC para HD.

Outros estudos alertam para as complicações associadas ao CVC para HD, advertindo para as elevadas taxas de mortalidade e morbilidade associadas a este acesso, relacionadas com as infeções da corrente sanguínea, do local de inserção e trombose (Timsit et al., 2018; Lok et al., 2020; Mohazzab et al., 2022; Wooten et al., 2022).

Quando em comparação com outro tipo de acesso vascular para diálise, as infeções associadas ao CVC para HD são oito vezes superiores (Wooten et al., 2022), sendo estas justificadas pelo design característico deste tipo de cateter (Timsit et al., 2018). Para Timsit et al., (2018) o cateter de diálise difere dos habituais CVC utilizados, uma vez que estes apresentam lúmen de maior diâmetro sendo exclusivamente utilizados para técnica dialítica.

Neste sentido, as elevadas manipulações executadas pelos enfermeiros para realização da técnica dialítica aliado ao seu design característico, bem como a imunossupressão característica da PSC (Timsit et al., 2018) associada às elevadas taxas de infeção características das UCI (Pereira, 2020), justificam a necessidade de implementação de intervenções que visem reduzir as complicações associadas a este tipo de cateter.

Perante esta problemática as recomendações emanadas pela KDOQI, em 2020, explicitam que a implantação do cateter de diálise se encontra indicada em situações de urgência e emergência, devendo este ser substituído por um acesso com menores complicações para o doente, quando estabilizada a condição clínica (Lok et al., 2020). Segundo quatro estudos realizados,

referidos por Lok et al., (2020) sabe-se que a infecção da corrente sanguínea dos doentes que iniciaram técnica dialítica por Fistula Arteriovenosa (FAV) foi menor em 8.6%, dos que iniciaram a mesma técnica por CVC.

Para além das infeções da corrente sanguínea associadas ao CVC para HD, estes são responsáveis por elevadas taxas de hospitalizações e uso de antibióticos (Lok et al., 2020). Os mesmos autores alertam para a repercussão de eventuais efeitos nefrotóxicos dos antibióticos selecionados, na função renal da PSC, que por sua vez, já se encontra comprometida, podendo ainda em certos casos, incorrer numa inevitabilidade da lesão renal progredir para Doença Renal Crónica Terminal [DRCT].

Os cateteres de HD pode ser tunelizados ou não tunelizados (Bastos et al., 2021). De acordo com Bastos et al., (2021), por norma, os cateteres não tunelizados são utilizados nas situações de emergência, devendo ser substituídos ao fim de 10 dias, pelos primeiros, caso exista necessidade de manutenção de TSR a longo prazo, face às elevadas taxas de infeções que se lhe encontram associadas (Lok et al., 2020). No que concerne ao local de eleição de implantação deste acesso, a evidência reporta a veia jugular interna direita, como o local de preferência, podendo ser colocado também na veia jugular externa direita, interna e externa esquerda, bem como nas veias femorais direitas e esquerdas (Lok et al., 2020; Bastos et al., 2021).

Embora que o CVC para HD, acarrete variados riscos para a PSC hemodializada, este apresenta vantagens por ser indolor após a sua colocação podendo ser utilizado de imediato (Bastos et al., 2021).

Em situações de falência de acessos, pode-se optar por implantar CVC não tunelizado com um terceiro lúmen, designado de lúmen terapêutico, que de acordo com Schwankel et al., (2017) permitem a administração de fármacos, fluidos ou hemoderivados, ao doente quando este não se encontra a realizar tratamento dialítico. No entanto, embora que a evidência não reporte um maior número de infeções nos CVC de triplo lúmen quando comparados com os de duplo lúmen, a escolha deve passar pela implantação do cateter que apresente o menor número de lúmens possíveis, a fim de reduzir-se o número de manipulações do cateter e como tal, reduzir-se as possibilidades de infeção associada a este acesso (Schwankel et al., 2017).

Perante a inevitabilidade de recorrer-se à técnica dialítica para manutenção da vida, é necessária a intervenção de um conjunto de ações por parte dos enfermeiros que visem a redução das complicações associadas a este tipo de cateter.

Reportando-nos ao estudo de Timsit et al. (2018), as taxas de infeção associadas ao CVC para HD e infeção da corrente sanguínea associada ao cateter variam de 9 a 28/1000 cateter-dia e 13/1000 cateter-dia. Além disso, segundo os mesmos autores, a infeção do CVC para HD, revelou ser superior nos doentes obesos.

De acordo com dados disponíveis no *Global Report on Infection Prevention and Control - Executive Summary*, disponibilizado pela OMS em 2022, sabe-se que o doente internado em UCI, face à sua condição clínica, predispõe de um risco elevado para a aquisição das IACS, onde na maioria das vezes se encontram relacionadas com os dispositivos externos tais como cateteres urinários, dispositivos de VMI e cateteres centrais (OMS, 2022c).

É de extrema importância a precoce identificação das complicações associadas ao CVC, nomeadamente para a prevenção da infeção, uma vez que as infeções associadas a este dispositivo são consideradas as de maior gravidade (Mohazzab et al., 2022).

Os cuidados de enfermagem à PSC caracterizam-se por serem diferenciados, assentes numa política de qualidade e visam responder perante a ameaça da condição vital da pessoa, através da manutenção das suas necessidades, com o objetivo da sua recuperação e melhoria (OE, 2018a).

A mitigação da infeção associada ao CVC para HD, pode ser controlada pelo recurso à implementação de um feixe de intervenções por parte da equipa de enfermagem, aquando da abordagem do cateter (Hafeez et al., 2022). Com o desígnio de promover a máxima reabilitação da PSC, evitando potenciais danos à sua saúde renal, a equipa de enfermagem desempenha um papel decisivo na manutenção e manipulação adequada dos dispositivos, atuando a nível da prevenção e controlo de infeção (Nogueira et al., 2016), legitimando-se assim, o papel do EEEMC, na área de intervenção específica, PSC.

1.4. Infeções Associadas ao Cateter Venoso Central para Hemodiálise

“Não considere nenhuma prática como imutável. Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não aceite a verdade eterna. Experimente.”

B. F. Skinner. Behaviorismo. Harvard: Harvard University, 1969.

A última década foi marcada por surtos de doenças tais como Ébola, Doença do Coronavírus 2019, alastrando-se esta última para uma realidade pandémica que não deixamos ainda de vivenciar (OMS, 2022c). A imprevisibilidade destas problemáticas, segundo a OMS (2022c), confrontaram-nos perante a fácil debilidade que os Sistemas de Saúde se apresentam em todo o mundo, aliado à rapidez com que os agentes patogénicos se conseguem propagar, expondo todos os seres humanos de uma forma frágil às lacunas existentes a nível da prevenção e controlo de infeção.

A OMS (2022c), reforça a pertinência da cautela redobrada perante as IACS, caracterizadas pelo seu silêncio e com efeito potencial catastrófico nos Sistemas de Saúde, nos profissionais de saúde e na população em geral.

O Artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, evidência a Saúde, como um direito (Assembleia da República, 2005). Por seu lado, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, revogando a Lei n.º 48/90, de 24 agosto e Decreto-Lei n.º 185/2002 de 20 agosto, na sua Base 1, assevera que a segurança do doente é um dos pilares fundamentais na saúde em Portugal, cabendo ao estado e às instituições agir enquanto seus promotores (Assembleia da República, 2019).

Aliada à premissa da qualidade em saúde, importa olhar para o n.º1, alínea b) da Base 2 da Lei Bases da Saúde n.º95/2019, onde se reconhece que todos os cidadãos têm o direito de ser atendidos em tempo útil, baseando-se os cuidados nas melhores práticas fomentadoras de qualidade e segurança, pelo recurso à evidência científica mais atual (Assembleia da República, 2019).

A segurança, apresenta-se indissociável dos cuidados de enfermagem. Nesta linha de pensamento, a OE (2006, p.1), na Tomada de Posição Sobre Segurança do Cliente, afirma:

“A assunção fundamental, na prática de enfermagem, é que a profissão tem obrigações éticas para com a sociedade e para com os clientes em ordem a prestar cuidados de elevada qualidade. Controlar o risco na prática promove a prestação de cuidados de qualidade - e isso corresponde a realizar plenamente a obrigação para com a sociedade.”

Por sua vez, encontramos a definição de Segurança do Doente, disponível na tradução que o Ministério da Saúde efetuou em 2011, no documento intitulado de *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*, do Documento emanado pela OMS em 2008, denominado de ‘Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report’, reportando-se a esta como uma diminuição do risco, face aos cuidados de saúde, para o mínimo plausível, na medida em que se opta por um tratamento em detrimento de outro, tendo em conta o atual conhecimento e recursos existentes (DGS, 2011).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes [PNSD] 2021-2026, salienta a prevenção das IACS, como um dos Indicadores de Qualidade (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021). O Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2021), abordam que o PNSD 2021-2026, visa a melhoria contínua da qualidade aplicada à segurança dos doentes, identificando os riscos, avaliando e hierarquizando-os, no sentido de identificar ações de melhoria a desenvolver.

A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está particularmente ligada à cultura das próprias instituições, havendo efetivamente uma negligência na segurança dos cuidados (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021). Embora raros, estes afetam negativamente o doente, os profissionais e o próprio SNS. O PNSD, obriga “(...) exigindo um envolvimento ativo de responsabilidade de governação, coordenação e operacionalização nos diferentes níveis de cuidados, de modo a aumentar a segurança da prestação de cuidados de saúde, tendo presente o foco no doente e seus cuidadores” (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021, p.98).

Paralelamente o PNSD 2015-2020, teve como intuito melhoria em diversas áreas de atuação da saúde, destacando-se a sua ação pelo desenvolvimento de estratégias de segurança que pretendiam a prevenção das IACS, mantendo-se como 5º Pilar no PNSD 2021-2026 relativo às ‘Práticas seguras em ambientes seguros’ (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021).

Em jeito de continuidade, o PNSD 2021-2026 preconiza de acordo com Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2021: 97): “(...) consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde (...), sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente (...), e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.”

O objetivo da promoção da segurança do doente, permite ir ao encontro das Competências Específicas para o EEEMC-PSC, uma vez que de acordo com a OE (2018a) é da sua esfera de competência garantir ambientes seguros e terapêuticos, atuando e implementando estratégias e medidas de prevenção e controlo de infeção.

O Pilar 5 do PNSD 2021-2026, referente que as ‘Práticas seguras em ambientes seguros’, visa a concretização de diversos objetivos pela execução de variadas ações que permitam a segurança do doente (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021). Sabe-se que “O contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos” (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021, p.102), compreendendo-se deste modo a importância associada à cultura de segurança na saúde.

Alguns dos determinantes apontados no PNSD 2021-2026, como fatores de risco para os ambientes seguros, são nomeadamente rácios desajustados de profissionais, escassez de recursos, défice de formação e dinâmicas institucionais (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021).

Incorporado no Pilar 5 do PNSD 2021-2026 surge o Objetivo estratégico 5.3 - ‘Reduzir as IACS e as Resistências aos Antimicrobianos (RAM) (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto

e da Saúde, 2021), que de uma forma global explana diversas ações que promovem a sua concretização, com o objetivo de materializar a meta delineada.

Aliada às elevadas taxas de infeção associadas aos serviços de saúde, e em particular às UCI, importa compreender de que modo as intervenções dos profissionais de saúde, e em concreto dos enfermeiros, podem repercutir-se na redução dos custos e complicações, assegurando as premissas acima explanadas.

Embora que as infeções do CVC para HD, sejam menos frequentes nos doentes que realizam TSR contínua, comparativamente com os doentes que realizam HD intermitente, a prevalência da infeção associada a este tipo de cateter em concreto, aumenta após dez dias de técnica, pelo que se enfatiza a restrição ou substituição deste tipo de acesso para além do *timing* recomendado (Timsit et al., 2018).

O processo de infeção desenvolve-se na medida em que existe uma interação agente patogénico, ambiente e hospedeiro (Pereira, 2020). As IACS são definidas pelo European Centre for Disease Prevention and Control [ECPSC], como uma infeção adquirida em contexto de saúde, que não estaria presente na altura da admissão (ECPSC, 2022), podendo considerar-se que ocorre em contexto de UCI, se se desenvolve após 48 horas da admissão do doente, de acordo com Programa Nacional de Prevenção e Controlo das IACS de 2008, relativa à Vigilância Epidemiológica de Infeção Nosocomial em UCI (DGS, 2008).

Segundo Pereira (2020), citando dados da DGS de 2003, as UCI representavam em média 2.5 a 4.1% das camas hospitalares disponíveis no país. Em continuidade desta análise, Martins (2020) reportando-se aos dados do Censo de 2020 do Colégio de Especialidade de Medicina Intensiva, sabe-se que o número de camas nos SMI aumentou de 4.2 para 6.5/100 000 habitantes.

Em Portugal, dados disponíveis pelo Relatório Anual do Programa Prioritário 2018 referente às Infeções e RAM, do programa decorrido entre 2013-2017, constatou-se que existiu uma redução de 7.8% da prevalência das IACS a nível hospitalar (DGS, 2018).

Segundo Pereira (2020), citando Weber et al., (1999) e Eggimann e Pittet (2001) são diversos os fatores que justificam as elevadas taxas de infeção associadas nas UCI, tais como: idade avançada, comorbilidades pré-existentes, instabilidade hemodinâmica, presença de múltiplos dispositivos médicos invasivos, estados nutricionais desadequados, imunossupressão, entre outros. A problemática das IACS não só acarreta complicações para o doente, como aumenta também os custos para as unidades de saúde locais e para os sistemas de saúde na sua globalidade (Gonçalves & Carmo, 2022), apresentando-nos inúmeros desafios nos dias de hoje.

As IACS que se desenvolvem com maior incidência das UCI são a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, Bacteriémica Associada ao Cateter Venoso Central, Infecção Associada ao Cateter Vesical e Infecção do Local Cirúrgico (Pereira, 2020).

Interessa referir que a Vigilância Epidemiológica das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea [INCS], encontra-se enquadrada no Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos [PPCIRA] da Direção-Geral da Saúde. Foram disponibilizados dados pela Enfermeira de ligação responsável do PPCIRA do SMI onde decorreu o EF, podendo-se constatar que as infeções associadas ao CVC neste serviço foram de 10.5%, conforme Imagem 1, sendo de a taxa de INCS associados ao CVC terá sido de 0.3%, conforme Imagem 2, desde janeiro de 2022 até 27 de outubro de 2022.



Vigilância Epidemiológica das Infecções Nosocomiais da Corrente
Origens Prováveis de INCS

Origem provável	Frequência	%
Primárias / Desconhecidas		
Desconhecida	22	38,6%
Cateter Vascular Central	6	10,5%
Total de Primárias / Desconhecidas	28	49,1%
Secundárias		
Infecção do Local Cirúrgico	13	22,8%
Infecção Respiratória	11	19,3%
Infecção de pele e tecidos moles	2	3,5%
Infecção Urinária	2	3,5%
Outra Infecção	1	1,8%
Total de Secundárias	29	50,9%
Total	57	100,0%

Imagem 1 - INCS em SMI de janeiro de 2022 a 27 outubro



Vigilância Epidemiológica das Infecções Nosocomiais da Corrente
Distribuição, por serviços, de INCS relacionada com CVC

Grupos de Serviços	Dias de Internamento	*Dias de Exposição	**Nº de INCS relacionada	***Taxa de INCS	****IEFR
UCI Polivalente	20496	19401	6	0,3‰	0,95
Total	20496	19401	6	0,3‰	0,95

* - Total de Dias de CVC

** - Número de INCS cuja origem provável foi o CVC

*** - Taxa de INCS relacionada com CVC

****- Índice de Exposição aos Factores de Risco

Imagem 2 - INCS referente a CVC em SMI de janeiro de 2022 a 27 outubro

Com o intuito de reduzir-se as complicações associadas às IACS, surgem as Precauções Básicas de Controlo de Infecção [PBCI], que se traduzem em medidas promotoras da segurança do doente e dos profissionais, visando reduzir o risco de transmissão e infecção cruzada, devendo ser implementadas por todos os profissionais na área da saúde (DGS, 2017a).

A infecção do CVC para HD é caracterizada por presença de sinais e sintomas tais como de febre, sensibilidade no orifício e túnel, calafrios, presença de exsudado à expressão, entre outros, que podem ser sugestivos de infecção do CVC (European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association[EDTNA/ERCA], 2018;Lok et al., 2020).

Segundo a Norma 022/2015 da DGS, atualizada a 29 de agosto de 2022, denominada de ‘Feixe de Intervenções’ para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central’, alude que as INCS associadas aos CVC acarretam custos e repercutem-se na mortalidade e morbilidade dos doentes. Segundo a DGS (2022a) e considerando a evidência demonstrada até esta fase do desenvolvimento do relatório, podemos afirmar que as infeções do CVC para HD podem ser prevenidas, através da implementação de um feixe de intervenções, sustentado pela evidência científica.

Embora que a Norma 022/2015 da DGS, atualizada a 29 de agosto de 2022, aborde apenas o CVC, não explorando intervenções específicas ao CVC de HD, aliada à nossa experiência profissional e à necessidade identificada no serviço, surge a presente temática. Deste modo, pretende-se pelo desenvolvimento do presente trabalho contribuir para a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa como CVC para HD no SMI, atuando a nível da segurança e prevenção e controlo de infeção, seguindo como linha orientadora de investigação a referida norma da DGS, bem como ‘Guidelines’, Normas de Orientação Clínica, entre outros, explorando-se essas intervenções adiante.

1.5. Prática Especializada de Enfermagem na Abordagem à Pessoa com Cateter Venoso Central para Hemodiálise

Os cuidados de enfermagem à PSC, derivados de processos médico-cirúrgicos complexos com grandes ameaças à vida, revestem-se de grande especificidade e complexidade, exigindo aos enfermeiros um corpo de conhecimento sólido, sustentado pela melhor evidência disponível, possibilitando os melhores atendimentos com qualidade e segurança, com o objetivo da recuperação da pessoa.

Os Padrões de Qualidade definidos pela mesa do colégio da especialidade de EMC, aludem que estes se constituem como “(...) um referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão e a criação de projetos de melhoria continua da qualidade” (OE, 2017, p.5).

Tal como anteriormente explanado neste relatório, os progressos a que assistimos dão “(...) origem a novos desafios: se por um lado prolonga a sobrevida das pessoas, por outro lado verifica-se que, estas (...) se tornam mais vulneráveis a múltiplas infeções associadas aos cuidados de saúde (...)” (OE, 2017, p.5).

O EEEMC-PSC é o responsável pela observação, implementação, e avaliação dos planos de intervenção, junto da pessoa e família alvo dos seus cuidados, com “(...) vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos (...)” (OE, 2017, p.5).

No âmbito da ‘Prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados’, o EEEMC-PSC, é responsável pela participação e conceção de planos de prevenção e controlo de infeção, bem como da implementação, liderança e supervisão das equipas que visem a adoção de estratégias para o cumprimento do mesmo (OE, 2017). Visa-se através da prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, a redução dos riscos que este acarreta consigo, pois, e de acordo com o ICN, a resistência aos antimicrobianos é uma das maiores ameaças globais à vida e ao desenvolvimento uma vez que coloca em risco a vida do ser humano (ICN, 2009).

Aliada à complexidade da PSC com alterações da função renal, torna-se fundamental e emergente a implementação de protocolos que suportem a prestação dos cuidados de enfermagem, que visem o restabelecimento das funções vitais da pessoa, adquirindo-se ainda ganhos para o meio e para o contexto em global.

A necessidade constante da enfermagem se desenvolver e inovar vai ao encontro do compromisso que se estabelece para as práticas do cuidar, onde os enfermeiros são considerados como membros ativos na prática de enfermagem, pela aquisição constante de competências (Benner, 2001).

De acordo com Benner (2001), o desenvolvimento do escopo de conhecimentos dos enfermeiros, em ambientes de alto risco e complexos, requer por parte destes profissionais uma responsabilidade moral acrescida.

Compreender que a teoria nos oferece fundamentos para a prática clínica, permite ancorar o processo de cuidar (Benner, 2001). Segundo Simões e Sapeta (2019) as Teorias constituem-se como um conjunto organizado de conceitos que se interligam entre si, refletindo-se numa forma peculiar de olhar o mundo e os fenómenos. Resumidamente, as teorias possibilitam a fácil “(...) compreensão da realidade, favorece a reflexão e evita a banalização da observação dos fenómenos, incluindo elementos científicos no entendimento e na análise da realidade” (Simões & Sapeta, 2019:245)

Todavia, a prática é mais complexa que a teoria, pelo que estas duas realidades são essenciais para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina humana (Benner, 2001).

Tendo em conta a complexidade do cuidado à PSC com lesão renal, a pertinência das intervenções de enfermagem a nível da implementação de protocolos de atuação para a prevenção e controlo de infeção associado aos doentes com CVC para HD, objetiva reduzir as taxas de infeção associadas às mesmas (Hafeez et al., 2022). De acordo com Danski, et al. (2017a), é da responsabilidade do enfermeiro, enquanto prestador direto do cuidado, reunir intervenções que visem reduzir as complicações associadas, promovendo deste modo a segurança do doente através da prestação de cuidados com qualidade.

Além disso, um dos ODS das Nações Unidas acordado com os seus Estados-Membros assinados até 2030, prevê o estabelecimento de 17 objetivos com 169 metas, sendo que o ODS 3, diz respeito à Saúde e Equidade (OMS, 2022b). Por seu lado, a meta ODS 3.4, preconiza a redução da mortalidade em um terço nas doenças não transmissíveis (OMS, 2022b), relevando-se a riqueza da atuação do EEEMC-PSC na concretização desta medida.

A incorporação dos Padrões de Qualidade da OE para a Especialidade de EMC-PSC durante a prática clínica, enfatizam o benefício que estes trazem no âmbito da experiência profissional e reforçam a necessidade da melhoria das melhores praticas e exigências clínicas, indo ao encontro das necessidades do doente e família de quem se cuida e presta cuidados. A sua aplicação na atividade diária do EEEMC-PSC, coaduna-se com obtenção de ganhos mensuráveis para o profissional e acima de tudo para os doentes, sustentando e norteando a nossa prática através deste referencial teórico.

2. ESTÁGIO I E ESTÁGIO FINAL

Marie-Christine Josso (2007), remete-nos para a importância da transformação do *self*, ao longo do percurso de vida, elucidando-nos para a pertinência que os ‘Projetos’ adquirem quer para o progresso pessoal, quer para o progresso profissional. A mesma autora, salienta que o desenvolvimento de competências se encontra ancorado com o meio envolvente, onde este reúne um conjunto de fatores que potencializam a aprendizagem, incorporando progressos feitos previamente a este (Josso, 2007). Além disso, este levar-nos-á a refletir sobre determinados problemas e dilemas, promovendo a ponderação dos mesmos, possibilitando o desenvolvimento de novos construtos, fomentando deste modo a mudança.

A atribuição do título de Mestre, tal como anteriormente referido, preconiza a aquisição de novos conhecimentos, competências, desenvolvimento de capacidade de análise e reflexão, sobre questões inerentes à área de intervenção, levando ao desenvolvimento de aptidões que possibilitaram suportar e ultrapassar determinados problemas (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008).

Enquanto mestranda, o Estágio I, e em continuidade, o EF, possibilitaram através da identificação de uma necessidade clínica na área da enfermagem, no contexto da prática, desenvolver e implementar intervenções especializadas, através da inclusão da MTP, justificando-se a pertinência do desenvolvimento do PIM, no âmbito do Mestrado e da Especialização.

O PIM, elaborado permitiu responder a uma problemática na área da segurança do doente, com atuação a nível da prevenção e controlo de infeção, levando ao desenvolvimento de competências e conhecimentos inerentes para aquisição de título de EEEMC-PSC, bem como Mestre em Enfermagem. Estas foram ancoradas numa atitude critico-reflexiva sobre as práticas desenvolvidas ao longo do Estágio I e EF, através de níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, suportados pela MTP, pelo modelo teórico de June Larrabee e sustentados pela PBE.

Segundo Lau et al., (2020) o Estágio é indispensável à formação e ao desenvolvimento dos alunos. Estes são considerados momentos singulares de aprendizagem, pois permitem não só uma alteração da identidade da pessoa, como também possibilitam o crescimento pessoal e profissional, inerente ao processo critico-reflexivo que este potencializa (Lau et al., 2020). Os mesmos autores descrevem este processo como dinâmico, construtivo, que possibilitará a aquisição de novos construtos e conhecimentos, ancorados por um supervisor que auxiliará o aprendiz nesta caminhada.

À luz do processo desenvolvido durante o Estágio I e EF, na área de especialidade de EMC, área específica de intervenção PSC, torna-se pertinente aludir sobre os locais onde os mesmos decorreram a fim de se avaliar e refletir sobre o processo de desenvolvimento e aquisição de competências relativas aos mesmos. Uma vez que ambos os estágios decorreram na mesma unidade hospitalar, importa nesta instância caracterizar os locais, salvaguardando as suas identidades, respeitando deste modo a sua confidencialidade.

2.1 Centro Hospitalar

O HPS terá surgido alguns anos após 1946. A construção deste Hospital permitiu dar resposta às dificuldades existentes na população, atuando nas áreas de intervenção médico-cirúrgica, urgentes e emergentes, bem como em diversas especialidades clínicas. A data do início da sua construção remete para o ano de 1955, tendo sido inaugurando 4 anos após, em maio de 1959.

Inicialmente este hospital, dispunha de 250 camas para duas enfermarias de medicina, duas enfermarias de cirurgia, uma enfermaria de obstetrícia e uma enfermaria de pediatria, dispondo ainda de 13 camas de quartos designados outrora de particulares. Anexava ainda 20 camas de reserva para doenças infetocontagiosas, bem como para apoio a outras especialidades médicas tais como oftalmologia, otorrinolaringologia, estomatologia, dermatologia, urologia e ortopedia.

Importa referir ainda que esta Unidade Hospitalar se constitui por dois hospitais distintos, sendo que este último de encontra direcionado especificamente para a intervenção da ortopedia.

Surge em meados de 1976 alteração nas estruturas de gestão e em 1984 celebra o seu 25º aniversário, dispondo no momento de 315 camas, abrangendo 6 pisos de serviços e um grande número de profissionais. Este aniversário é marcado também pelo aparecimento das consultas externas e os anos seguintes pela reestruturação do Bloco Operatório, surgimento do Serviço de Gastroenterologia, Hemodiálise e de Medicina Intensiva em 1985.

Com o aumento da densidade populacional da área distrital abrangida pela presente Unidade Hospitalar, houve necessidade da sua ampliação, iniciando-se em 1993, vindo a terminar no ano de 1997.

À data de hoje trata-se de uma Entidade Pública Empresarial [EPE], estando integrada no Serviço Nacional de Saúde [SNS], abrangendo cerca de 350 mil habitantes, com inúmeras valências.

De acordo com o Regulamento Interno do próprio Centro Hospitalar, de 2015, este tem como objetivos:

- I. Prestação humanizada de cuidados de saúde com qualidade, em tempo útil e oportuno;

- II. Cuidados eficazes e eficientes, assentes numa política de qualidade, com desenvolvimento económico e financeiro sustentável;
- III. Áreas de diferenciação e de referência nas variadas valências de prestação de cuidados de saúde, tais como nos internamentos, nas unidades de reabilitação, ambulatório e paliativos;
- IV. Implementação do programa de hospitalização domiciliária com redução do impacto da hospitalização física, atuando a nível do ambulatório e domicílio;
- V. Promoção de atividades de formação profissional e investigação.

O HPS é um Hospital Acreditado, pelo Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS) - Healthcare Accreditationon Quality, desde o ano de 2010. O Processo de Acreditação encontra-se difundido pelas várias instituições de saúde no Mundo, com o objetivo de promover culturas promotoras de segurança e qualidade na prestação de cuidados na saúde (OMS, 2020b).

De acordo com a OMS (2020b, p.72) entende-se por Acreditação, como um processo pelo qual as instituições de saúde são avaliadas através de uma outra entidade de referência onde se verifica que “(...) normas aplicáveis, pré-determinadas e publicadas. As normas de acreditação são, normalmente, tidas como as melhores e mais exequíveis e são concebidas para incentivar os constantes esforços de melhoria das organizações acreditadas”.

Em Portugal, a acreditação foi implementada a primeira vez no ano de 1999, por iniciativa do Ministério da Saúde, com o intuito de acreditar o SNS (HPS, 2023). Através da Acreditação, são definidas um conjunto de normas que visam a prestação de cuidados de saúde com elevada qualidade. Estas normas são centradas em oito focos principais sendo eles:

- I. Gestão e Liderança da Organização;
- II. Risco e Segurança;
- III. Cuidados de Saúde Centrados no Doente;
- IV. Serviços Locais e de Hotelaria;
- V. Governação de Serviços;
- VI. Serviços Clínicos e de Especialidade;
- VII. Serviços de Apoio e Reabilitação;
- VIII. Serviços de Especialidade.

Como tal, por cada norma, são desenvolvidos grupos de trabalho, no seio da instituição, com critérios mensuráveis, emanando orientações para as atividades dos profissionais. Para que seja realizada a Acreditação, as práticas clínicas devem reger-se de um forte pacto para

com as recomendações por forma a cumprir-se com todos os critérios pressupostos, demonstrando-se deste modo o forte compromisso da organização para com a qualidade e segurança dos cuidados.

A relevância da Acreditação nas instituições de saúde, fomenta políticas promotoras da segurança, assentes na melhoria continua e da qualidade, na procura pela excelência.

Seguidamente, abordaremos os serviços onde o Estágio I e EF decorreram.

2.2 Serviço de Urgência Geral

O HPS dispõe de três serviços de Urgência: o SUG, o Serviço de Urgência Pediátrica e o Serviço de Urgência Obstétrica, em tempo de permanência de 24/24 horas.

O SUG encontra-se integrado no HPS, tendo como missão o atendimento de doentes urgentes e emergentes, adequando a prestação de cuidados de saúde ajustados à sua situação clínica, situando-se no Piso 0 do Edifício Principal. É considerado um serviço de urgência médico-cirúrgica com diversas valências, tais como: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Cardiologia, Neurologia, Patologia Clínica, Medicina Intensiva, Imunohemoterapia e Diálise para situações agudas, sendo as valências de Imagiologia e Gastrenterologia asseguradas também de segunda a domingo das 9h às 24h, e Psiquiatria das 9h às 22h. Relativamente às especialidades de Otorrinolaringologia e Oftalmologia, são asseguradas de segunda-feira a sábado das 8h às 20h, contudo, sempre que seja necessário são articuladas com hospitais de referência que se articulam com a presente unidade hospitalar.

Para além disso o SUG tem disponível diversos protocolos de vias verdes, conforme o estabelecido pelo SNS, sendo elas a Via Verde do Acidente Vascular Cerebral, Via Verde Coronária e Via Verde da Sepsis. De uma forma geral o objetivo da prestação de cuidados, passa por promover e assegurar a melhoria da saúde dos seus utentes, através da prestação de cuidados de saúde com qualidade, com recurso à eficiência e humanização.

Dispõe de três áreas: emergência pré-hospitalar, ambulatório e internamento. Perante a Pandemia da provocada pela Doença do Coronavírus 19 [Covid-19], houve a necessidade de reestruturar o serviço, possuindo uma Área Dedicada ao Doente Respiratório [ADR], que engloba internamento e ambulatório. Salienta-se que o ADR surgiu aliado à infeção provocada pela Doença da Covid-19, face às necessidades de tratar os doentes do foro respiratório, que implica separação de circuitos de doentes, conforme as recomendações emanadas pela própria DGS, durante a Pandemia da Covid-19.

Por seu lado, a emergência pré-hospitalar visa dar resposta a situações de emergência médica, através da Viatura de Emergência Médica (VMER), incluindo uma equipa independente.

2.3 Caracterização do SUG: Recursos Humanos, Materiais e Estrutura Física

A área de ambulatório, fisicamente é constituída por 5 salas de espera; 2 gabinetes de pré triagem; 1 gabinete de eletrocardiografia; 1 laboratório de análises clínicas; 1 gabinete de informações; 1 gabinete administrativo para admissão de doentes; 5 gabinetes de consultas; também designado de balcões; 1 sala de atendimento complementar; 1 sala de tratamentos; 2 gabinetes de consultas para especialidades médicas; 1 sala polivalente, também designada de sala aberta; 1 sala reanimação com 2 postos; 1 sala de pequena cirurgia; 1 gabinete de ortopedia; 1 sala de espólios; 1 posto de polícia e instalações sanitárias. Por sua vez o internamento, designado de Sala de Observação é composto por: 3 salas de observação; 1 sala de preparação terapêutica; 1 copa; 1 arrecadação de material limpo; 1 sala de sujos; 4 casas de banho; 1 armazém de consumo clínico; 1 armazém de material não clínico; 1 farmácia; 1 armazém de arrumo de equipamento; 1 armazém de material, 1 sala de preparação de material de esterilização; 3 vestiários (1 masculino e 2 femininos); área técnica e área da direção. Além disso o SUG dispõe ainda de outras salas de apoio para as diversas atividades que presta. O ADR integra o SUG, do próprio hospital. Dispõe de instalações próprias em anexo ao espaço físico do SUG, incluindo as seguintes áreas clínicas: Espaço de Atendimento, Sala de Espera, Gabinete de Triagem, 3 Gabinetes Médicos; Sala de Emergência, Sala de Tratamentos de Enfermagem, Sala de Observação e/ou Decisão Clínica, Sala de Oxigeneroterapia, Sala de Colheitas e Zaragatoa, Sala de Imagiologia, Quarto de Isolamento, Área Técnica, Sala de Colocação e Remoção de Equipamentos de Proteção Individual [EPI], Sala de Sujos e Limpos, Copa e Arrumos, Balneário Masculino e Feminino.

Por sua vez, o ADR é o espaço definido para o atendimento, avaliação, observação e abordagem terapêutica à pessoa com infeção respiratória em contexto de urgência, pelo que os seus objetivos passam por:

- ✓ Dar resposta às necessidades das pessoas com infeção por Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2 [SARS-Cov2], suspeita ou confirmada, provocada pela Doença da Covid-19;

- ✓ Prestar cuidados de carácter urgente ou emergente com patologia do foro respiratório, em pessoas com infeção suspeita ou confirmada por SARS-Cov2;

✓ Limitar o contágio da infeção de SARS-CoV2, nos profissionais e nos doentes alocados no SUG;

✓ Colaborar com as diversas entidades de saúde pública da área geográfica definida, no que respeita ao diagnóstico, avaliação e tratamento das infeções derivadas da infeção por SARS-CoV2.

Note-se que os doentes politraumatizados, grávidas em trabalho de parto (fase expulsiva), doentes em idade pediátrica urgente ou emergente, não são avaliados e atendidos nesta área, sendo encaminhados para outros locais de atendimento destinado aos mesmos. Além da equipa de enfermagem, este serviço compreende uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde e assistentes técnicos.

A equipa médica é constituída atualmente pelo Chefe de Equipa Médica, acumulando a função de Diretor Clínico. Para além disso, dispõe de diversos médicos de variadas especialidades que asseguram as valências do serviço, em regime de presença física durante 24 horas.

No que concerne à equipa de enfermagem do SUG, esta é composta por 114 elementos. Pormenorizadamente conta com a enfermeira chefe, enfermeiro coordenador, 9 EEEMC e 103 enfermeiros generalistas, contando com 112 enfermeiros na sua totalidade, que prestam cuidados diretos aos doentes.

O EEEMC desempenha um papel fundamental neste serviço, garantindo o papel de enfermeiro responsável de turno, assegurando a distribuição dos elementos das equipas de enfermagem pelos postos funcionais, organização do material, reposição da farmácia, planeamento da alimentação dos doentes, gestão de vagas do serviço, entre outras tarefas. Atualmente este serviço não vai ao encontro dos cálculos de dotações seguras para distribuição de doente por enfermeiro, estabelecidos pela OE (2019b) por se encontrar com escalas de enfermagem abaixo do expetável, pelo que a adequação é gerida diariamente pela enfermeira chefe consoante o número de profissionais de enfermagem disponíveis. Apenas a Sala de Observações e Sala Aberta possibilitam que os doentes recebam visitas, existindo um médico e um enfermeiro de referência para cada doente.

O SUG do HPS, coopera nos processos de estágios de estudantes da área da Licenciatura em enfermagem e de Mestrado e Especialidade.

No que respeita ao percurso do doente admitido no SUG, este é transitório. Pode limitar-se ao atendimento nos balcões, como pode existir a necessidade de maior vigilância pela permanência na Sala Aberta e posterior necessidade de internamento em Sala de Observação e/ou Decisão Clínica, até transferência para outro serviço de internamento do próprio hospital.

2.4 Serviço de Medicina Intensiva

O SMI Polivalente do HPS, foi oficialmente inaugurado no ano de 1985, outrora designado de UCI. Foi no ano de 2016, que a Unidade passou a ser denominada de Serviço, designando-se atualmente de SMI, encontrando-se integrado no Departamento de Anestesiologia, tendo sofrido uma reestruturação física no ano de 2014.

A missão do SMI, passa pela prestação de cuidados altamente diferenciados, aos doentes internados no HPS, que apresentem falência de um ou mais órgãos, risco de vida, implicando tratamento urgente e cuidados prementes, com vigilância contínua de equipa médica e de enfermagem. Os doentes que se encontram internados no SMI, são do foro Médico e Cirúrgico e advêm dos diversos serviços do Centro Hospitalar, sejam estes SUG, de Internamento, Unidades de Ambulatório ou de outros Hospitais, ficando internados até estabilização da sua condição clínica e posteriormente encaminhados para outros serviços, para continuidade da coalescência. Além disso, é considerado um serviço de Nível B de Idoneidade, atribuído pela Ordem dos Médicos.

A equipa que compõe o SMI é diferenciada, sendo responsável pela gestão da PSC. O processo formativo dos elementos da equipa que compõe este serviço é uma prioridade, no sentido que lhes permite de dar uma resposta adequada às necessidades da PSC, baseados na melhor evidência.

De acordo com a definição da DGS, este serviço é considerado uma UCI de nível III, uma vez que assegura a prestação de cuidados de forma ininterrupta e contínua durante 24 horas, possui quadro próprio, composto por médicos e enfermeiros, dispõem de meios avançados de diagnóstico, monitorização e terapêutica, atuando ainda em programas de melhoria contínua da qualidade, bem como formação profissional para médicos e enfermeiros.

Segundo o Regulamento Interno do SMI, considera-se que o internamento neste serviço é visto como transitório, uma vez que objetiva suportar e recuperar as funções vitais da PSC, sendo encarado como um processo e não como o fim em si.

Importa salientar, que no SMI do HPS, a PSC é vista na sua totalidade, no respeito pela sua dimensão holística, dignidade e autonomia, com preocupação pela sua família, regendo-se pelos mais altos padrões de qualidade, contribuindo em toda a sua dimensão para o processo de acreditação hospitalar.

2.5 Caraterização do SMI: Recursos Humanos, Materiais e Estrutura Física

De uma forma geral, o SMI compreende três valências: Internamento, Consulta de Medicina Intensiva e Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar [EEMI]. A EEMI, surgiu no ano de 2011, com o intuito de desenvolvimento de uma equipa que desse resposta aos doentes que se encontrassem em estado crítico em todo o Hospital. A atuação da EEMI, é permanente, encontrando-se escalado um elemento de equipa médica e um elemento da equipa de enfermagem, que quando convocados, prestam auxílio aos serviços que necessitam de um atendimento rápido e emergente perante situações críticas e ameaçadoras de vida.

No que respeita aos recursos humanos, este serviço engloba uma equipa multidisciplinar. Assim, a equipa é constituída por médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde e técnicos administrativos.

No que concerne à equipa médica, esta dispõe de forma permanente de 2 médicos intensivistas para assegurar a atividade no serviço de internamento e outro para dar resposta às situações de emergência que requerem o apoio por parte da EEMI, tal como já salientamos. Esta é composta pela médica coordenadora do serviço, anestesistas e intensivistas.

Por sua vez, a equipa de enfermagem é composta pela enfermeira gestora, enfermeiros especialistas e enfermeiros generalistas, contando com 59 enfermeiros na sua totalidade.

No que diz respeito aos enfermeiros especialistas, este serviço dispõe de 5 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 2 Enfermeiros de Saúde Pública e Comunitária, 9 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 42 Enfermeiros Generalistas.

O SMI colabora ainda nos processos de estágios de estudantes da área da Licenciatura em enfermagem e de Mestrado e Especialidade.

Em todos os turnos existe um enfermeiro responsável, que desempenha funções de chefia de equipa, tendo como dever assegurar a qualidade e coordenação dos cuidados prestados. O rácio mínimo de enfermeiro/doente do serviço é de 1:2. Além disso, em todos os turnos encontra-se integrado um enfermeiro que pertença à equipa da EEMI.

As atividades desenvolvidas nas valências do SMI, visam a dar resposta às necessidades das pessoas, perante a complexidade da sua doença. Objetiva-se através das Consultas de Medicina Intensiva que se consiga avaliar possíveis complicações e fragilidades derivadas da doença que motivou o internamento no serviço. A EEMI, tal como anteriormente explicado, visa responder às necessidades emergentes de todo o HPS, prestando auxílio em todos os serviços que necessitem de apoio desta equipa especializada, sendo ainda um elo de ligação no circuito da PSC.

Estruturalmente este serviço, dispõe de dois espaços físicos para o internamento. O serviço de internamento do piso 1, conta com 7 vagas, e serviço de internamento do piso 3, dispõe de 5 vagas, sendo que 1 vaga fica de reserva para a EEMI.

Fisicamente o SMI do primeiro piso encontra-se no mesmo piso do SUG, Bloco Operatório e Serviço de Hemodiálise. Estruturalmente, o serviço de internamento do piso 1 dispõe de uma zona de prestação de cuidados onde se encontram 5 unidades, contemplando 2 quartos de isolamento. O SMI do terceiro piso, encontra-se ao lado do Serviço de Medicina Interna, dispondo também de uma área para prestação de cuidados, com 5 unidades. O serviço do piso 3 surgiu após necessidades sentidas pelo HPS durante a Pandemia da doença da Covid-19, com o intuito de colmatar as necessidades da população. De notar-se que estruturalmente esta unidade apresenta as suas unidades de atendimento em 'open space'.

Tal como referido, este serviço engloba prestação de cuidados às pessoas em situação de falência orgânica ou multiorgânica dispondo de diversas técnicas e materiais de suporte. Participa ativamente na Doação e Transplantação de Órgãos, sendo da responsabilidade do SMI o processo de cuidados do potencial dador de órgãos.

No SMI, cada doente pode receber 2 visitas, durante o horário respetivo. Cada doente tem um enfermeiro e um médico de referência que servirá de suporte ao núcleo familiar.

No que concerne à competência do Enfermeiro Especialista em EMC, este profissional no âmbito da prestação de cuidados no SMI, deve:

- I. Liderar os cuidados de enfermagem à PSC, em contexto de falência multiorgânica, em tempo útil;
- II. Prestar cuidados à PSC em falência multiorgânica, assegurando todas as suas necessidades, perante a sua instabilidade hemodinâmica;
- III. Responder atempadamente aos focos de instabilidade socorrendo-se aos protocolos de atuação rápida para contextos complexos;
- IV. Gerir protocolos terapêuticos complexos à PSC e em falência multiorgânica;
- V. Liderar e integrar no processo de doação de órgãos;
- VI. Promover trabalho em equipa multidisciplinar assegurando as necessidades do serviço e dos doentes;
- VII. Assegurar e respeitar a individualidade e dimensão holística da pessoa e família em vivência de processos complexos de doença;
- VIII. Estabelecer protocolos terapêuticos, assentes na relação de ajuda em enfermagem, junto da pessoa e família em vivência de processos complexos de doença;
- IX. Efetuar acolhimento da família da PSC ou falência multiorgânica na unidade, explicando focos de instabilidade, e complexidade aliada ao processo de doença que se encontram a vivenciar;

- X. Colaborar na elaboração e revisão dos procedimentos orientadores de prevenção e atuação nas situações de emergência e catástrofe;
- XI. Treinar e formar a equipa multidisciplinar do SMI, sobre o Plano Interno de Emergência e Catástrofe disponível no serviço, bem como o do Centro Hospitalar;
- XII. Fomentar uma cultura de segurança no SMI, pela prestação de cuidados assentes na evidência científica, colaborando em processos de melhoria continua;
- XIII. Planear e gerir a resposta de atuação em eventuais situações de emergência e catástrofe, no âmbito da prestação de cuidados ao PSC internado em SMI;
- XIV. Colaborar com a EEMI, quando solicitado;
- XV. Assegurar a continuidade dos cuidados, aquando do momento da alta e/ou transferência;
- XVI. Executar os registos de enfermagem nos programas respetivos;
- XVII. Colaborar com as outras áreas de Especialidade de Enfermagem no processo de cuidados do doente, na procura do restabelecimento das funções vitais do doente em situação crítica em falência multiorgânica.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO MAJOR

Um dos desígnios deste Relatório, incide na reflexão crítico-reflexiva acerca do trabalho desenvolvido durante o EF, decorrido no SMI, onde através da conceção do PIM, foram definidas estratégias de intervenção major, junto da necessidade identificada, através de um conjunto de intervenções proativas. A elaboração do PIM, no âmbito do curso de mestrado e especialidade em EMC-PSC, foi norteadora do percurso académico desenvolvido, uma vez que através da MTP implementada foi possível responder face às necessidades apresentadas.

O PIM implementado, na área da segurança do doente, com especial enfoque na prevenção e controlo de infeção, possibilitou desenvolver diversas competências, nomeadamente, as Comuns para o Enfermeiro Especialista, as Específicas para o EEEMC-PSC, bem como competências de Mestre em Enfermagem. O seu desenvolvimento foi possível, uma vez que foram implementadas fases inerentes à MTP, as quais serão descritas neste capítulo.

O desenvolvimento deste projeto ancorou-se na Norma DGS, N.º 022/2015, atualizada a 29/08/2022, designada de 'Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central', em estudos recentes reunidos pela pesquisa efetivada para realização da RS, bem como na 'Guideline' da KDOQI de 2020 - *KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 update*.

Embora que a Norma da DGS N.º 022/2015 explique apenas os cuidados inerente à abordagem dos CVC, não salientando os CVC de HD, pela análise da informação reunida dos estudos analisados, bem como pela 'Guideline' da KDOQI de 2020, constata-se que as intervenções são equivalentes, motivo pelo qual o PIM foi suportado na evidência referenciada.

À luz da regulamentação profissional, sabe-se que o Estatuto, da OE, aprovado pelo Decreto-lei 104/98 de 21 de abril, integra em anexo, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE] e Código Deontológico do Enfermeiro [CDE]. A Lei Nº111/2009 de 16 de setembro, procede à primeira alteração do Estatuto da OE, enquanto a Lei Nº156/2015 de 16 de setembro, procede à segunda alteração do Estatuto da OE, aprovado pelo Decreto-lei Nº104/98 de 21 de abril, constando em Anexo II.

Encontra-se explanado no Artigo 9.º do REPE, nos números 5 e 6, a responsabilidade atribuída aos enfermeiros intrínsecas à investigação, adjudicando-lhes esse dever (OE, 2015), sendo ainda missão da OE defender a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados, assumindo, tal como pode ler-se no Regulamento da Estrutura para a Qualidade, Inovação e Promoção da Saúde da OE (2020).

Tanto a formação, como a investigação, são apontadas pela OE como "(...) pilares fundamentais (...) numa aliança próxima entre o regulador profissional, a clínica, a academia e as

estruturas de investigação (...)” na “(...) defesa da qualidade e da segurança dos cuidados e se promova a valorização técnica e científica dos seus membros” (OE, 2020, p.4).

A pertinência da investigação no âmbito da melhoria contínua das práticas clínicas, assume-se como um dos pilares que contribui para a mudança, relevando-se a riqueza de todo o processo desenvolvido.

A presente temática foi selecionada, após verificar-se que o SMI não dispunha de um procedimento que enfermagem que abordasse as práticas promotoras de qualidade e segurança do doente com CVC para HD, com vista à prevenção da infeção associada a este dispositivo. Embora que estes profissionais orientassem as suas intervenções pela Norma da DGS, N.º 022/2015, era pertinente que se desenvolvesse um documento assente na evidência mais recente que permitisse salvaguardar o referido anteriormente.

Perante esta necessidade, e indo ao encontro de uma das competências específicas para o EEEMC-PSC, no que concerne à Unidade de Competência 3 (OE, 2018^a, p.19364): “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”.

Aliado ao interesse pessoal, consideramos pertinente debruçarmo-nos sobre a temática: ‘Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa com CVC para HD’. Através da implementação deste projeto procuramos empreender medidas promotoras da qualidade dos cuidados de enfermagem no SMI, baseadas em evidência científica, indo ao encontro com as medidas do PNSD 2021-2026, bem como metas definidas pela OMS (2022b), pela redução de doenças não transmissíveis.

A MTP, segundo Ruivo et al. (2010, p.2) é “(...) uma investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua solução (...) através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do(s) projeto(s) numa situação real”.

Iniciado o estágio, foi validada a temática junto da enfermeira coordenadora do SMI e enfermeiro orientador, tendo surgido a seguinte questão: *‘É pertinente o desenvolvimento de um Procedimento de Enfermagem para o Serviço, que suporte e aborde as intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica, internada no SMI, que promova a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com CVC?’*

Assim, passaremos a apresentar o PIM desenvolvido durante o EF, ancorado na MTP, clarificando as suas etapas, bem como estratégias implementadas para superação de cada uma das suas etapas.

3.1 Diagnóstico de Situação

A MTP inicia-se com o Diagnóstico de Situação. Objetivamente esta etapa visa determinar a realidade que se pretende modificar e onde concretamente será efetivada a mudança que a prática carece (Ruivo et al., 2010).

Ruivo et al., (2010) salientam a relevância do conhecimento prévio da população-alvo, sobre a qual incidirá a mudança. De acordo com estas autoras, este fator pode ser determinante para a adoção das estratégias que se pretendam implementar, na medida que serão estes os principais responsáveis pela modificação dos comportamentos, pelo que a implementação dos projetos apenas será efetiva, se existir uma adoção por parte dos intervenientes das medidas propostas.

Uma das características das quais os projetos na área da saúde devem apresentar, é que sejam sustentáveis, isto é, possuam a capacidade de perdurarem ao longo do tempo, capazes de produzir a mudança proposta, gerando novos métodos de trabalho em equipa, através da utilização dos recursos disponíveis, apresentando ainda a capacidade de se exibirem como inovadores com impacto global (Ruivo et al., 2010).

Analogamente, a Etapa 1 do Modelo para a Mudança da PBE de Larrabee (2011), vai ao encontro da primeira fase da MTP. Tal como anteriormente referido, a primeira Etapa do Modelo de Larrabee (2011), objetiva que seja identificado um problema da prática clínica com necessidade de mudança, avaliá-lo à luz das intervenções e resultados. Através deste processo será possível proceder-se à validação da real necessidade de mudança (Larrabee, 2011).

É através da identificação do problema, que se dá início à MTP, sendo esta etapa determinante para o sucesso do desenvolvimento futuro do trabalho que vai ser realizado e de todo o caminho que será percorrido.

Os primeiros quinze dias do EF, foram fulcrais para conhecimento do serviço, suas dinâmicas, bem como efetivar uma pesquisa sintética sobre normas de orientação clínica, procedimentos de enfermagem e outros protocolos de atuação do serviço. Foi através deste processo de pesquisa que se permitiu validar a inexistência de um protocolo de atuação no SMI, que orientasse os enfermeiros sobre os cuidados na abordagem da pessoa com CVC para HD.

O objetivo major dos Projetos tem como finalidade responder de forma satisfatória às necessidades prévias identificadas (Ruivo et al., 2010). Para Ruivo et al. (2010) a sua implementação deve resolver ou minimizar o impacto dos problemas no seio dos serviços, otimizando e aumentando a eficácia e a qualidade dos cuidados prestados.

A realização do diagnóstico de situação durante o EF foi feita de forma atempada, tendo-se apresentado como um processo dinâmico e contínuo. A importância célere da fase do

diagnóstico de situação é justificada pela necessidade de implementação dos resultados em tempo útil (Ruivo et al., 2010). Para além disso, tendo em conta o 'timing' de duração do estágio, foi determinante a celeridade com esta fase foi efetivada, possibilitando-nos cumprir com o estipulado no cronograma de atividades delineado no PIM, o qual abordaremos adiante.

Os autores, Ruivo et al., (2010) salientam que estão ao dispor do investigador diversos instrumentos que possibilitam concretizar o diagnóstico situação. O objetivo destes instrumentos proporciona identificação e validação dos problemas previamente reconhecidos que necessitam de resolução. Assim, os instrumentos de diagnóstico comumente aplicados na prática de investigação são: entrevista ou questionário, análise SWOT, cadeia de valores entre outros (Ruivo et al., 2010)

De modo a orientar o PIM, foi necessário recorrer-se à entrevista exploratória, junto da enfermeira gestora do SMI e enfermeiro orientador, a fim de identificar e validar a área de intervenção do enfermeiro no SMI, que estivesse em carência ou que necessitasse de uma atualização.

Segundo Denzin e S.Lincoln (2011), a entrevista, apresenta-se como um processo dinâmico e de interação entre duas ou mais pessoas, frequentemente utilizada nos trabalhos de investigação, onde se objetiva a recolha de dados. Por sua vez, os mesmos autores salientam que é utilizada para a recolha de dados qualitativos sobre a temática que se pretende estudar (Denzin & S.Lincoln, 2011). Importa referir ainda que esta metodologia, destaca o papel de envolvimento do pesquisador em relação com o fenómeno em estudo.

As entrevistas exploratórias, de acordo com Denzin e S.Lincoln (2011), permitem ao investigador explorar e identificar a problemática a ser discutida, pelo recurso de questões abertas, deixando que o entrevistado responda. Ao obter uma resposta, o investigador deve adotar uma postura de interesse e incentivar que o entrevistado manifeste a sua versão dos fatos e da sua experiência.

Neste domínio poderá realizar-se uma ponte sobre a utilização da entrevista como um instrumento valioso para a prática de enfermagem (Phaneuf, 2005). Segundo Phaneuf (2005) no domínio dos cuidados de enfermagem, a entrevista possibilita que a enfermeira observe e questione, através da comunicação, um determinado problema que necessite de resolução. Para a mesma autora, este processo permite a realização do diagnóstico, que culminará com a execução de um conjunto de intervenções, cujo objetivo, visa responder à necessidade identificada.

De forma a proporcionar sustentabilidade à fundamentação da problemática descrita, procedeu-se à análise **SWOT** (*Strenghts, Weakness, Opportunities, Threats*).

A análise SWOT, de acordo com Hofrichter (2017) surge como uma ferramenta útil para o desenvolvimento e compreensão de um determinado projeto. Objetiva-se através desta análise que se determinem os “Pontos Fortes, Pontos Fracos, Oportunidades e Ameaças”. Assim, procede-se à análise SWOT do problema em questão, representada abaixo no Quadro 1.

FATORES INTERNOS			
FORÇAS (S)		FRAQUEZAS (W)	
FATORES POSITIVOS	Existência de Recursos tecnológicos, pelas bases de dados disponíveis para aquisição de nova informação; Motivação da equipa de enfermagem para adquirir novos conhecimentos baseados na evidência; Trabalho em equipa em enfermagem; Interesse na incrementação das intervenções de segurança e na prevenção e controlo de infeção; Possibilidade de redução dos tempos de internamento por infeção, associado ao CVC para HD; Promoção da Qualidade Cuidados de Enfermagem à Pessoa com CVC para HD.	Rátios desadequados dos números de enfermeiros nos serviços; Práticas do quotidiano para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com CVC para HD desenquadradas das recomendações da evidência.	FATORES NEGATIVOS
	OPORTUNIDADES (O)	AMEAÇAS (T)	
	Instituições em programa contínuo de melhoria de qualidade; Fornecimento de novos materiais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem adequados aos CVC; Oportunidade de utilizar tecnologias; Oportunidade de aquisição de novos conhecimentos numa área específica da enfermagem.	Rátios de enfermagem desadequados; Prevalência do nº de pessoas internadas; Desatualização das diretrizes e normas impostas sem ligação aos programas de melhoria contínua.	
FATORES EXTERNOS			

Quadro 1 - Análise SWOT

Fonte: Autoria Própria

Com o objetivo de se efetuar a caracterização sociodemográfica da equipa de enfermagem do SMI, onde decorreu o EF, bem como validar conhecimentos sobre a temática em estudo e apreciação dos enfermeiros sobre o desenvolvimento de um procedimento no SMI que orientasse a abordagem à pessoa com CVC para HD, e promovesse práticas promotoras de qualidade e segurança no serviço, foi divulgado um questionário durante o mês de dezembro 2022, a toda a equipa.

Este questionário, foi realizado na Plataforma *Google Forms*®, através da partilha da hiperligação de acesso ao mesmo, através do Grupo Informático WhatsApp.

No universo total de 59 enfermeiros do SMI, correspondendo a uma percentagem de 100%, foram obtidas apenas 20 respostas, sendo que apenas 33.8% dos elementos da equipa de enfermagem é que responderam, conforme podemos observar pelo Gráfico 1.

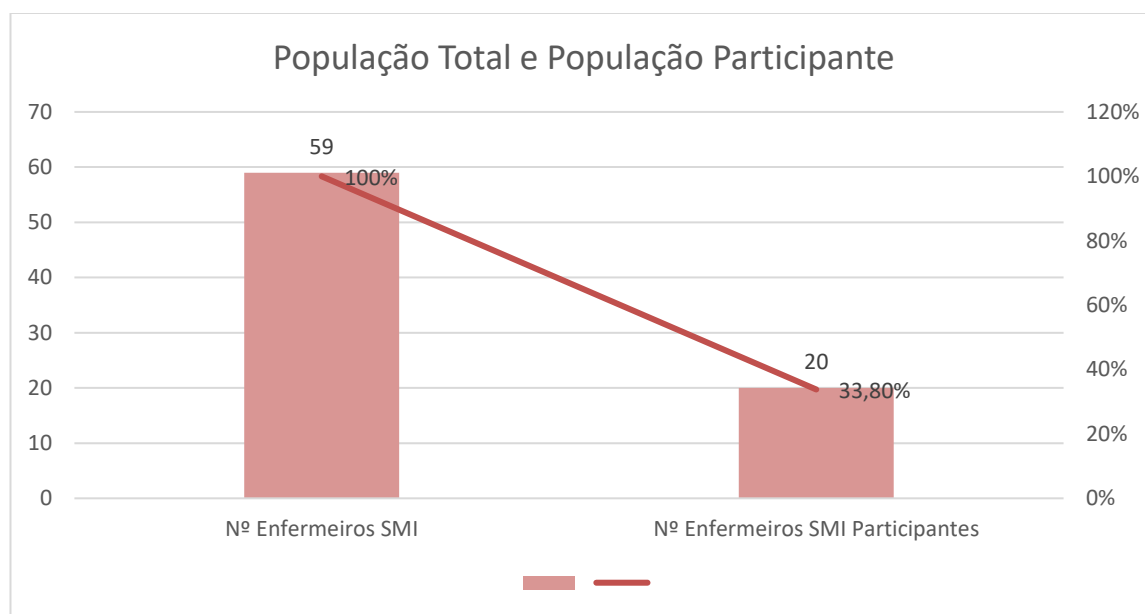


Gráfico 1 - População Total e População Participante

Fonte: Autoria Própria

A participação no questionário foi voluntária. Todos os participantes foram informados que os dados seriam tratados de acordo com o Regulamento Geral da Proteção de Dados, tendo sido respeitada a privacidade e confidencialidade dos mesmos, assegurando-se desta forma o processo ético-legal decorrente da investigação.

Realizada a recolha de dados, estes foram tratados com recurso a estatística quantitativa, no programa informático Microsoft Excel®, procedendo-se desta forma à sua análise.

Tendo em conta a amostra referente à população participativa do estudo, deu-se início à sua caracterização sociodemográfica. No que concerne às faixas etárias da amostra em estudo, a faixa etária com maior percentagem é a faixa dos 40-50 anos, com uma percentagem de 45%, correspondendo $n=9$ dos inquiridos. Seguidamente, com uma percentagem de 40% ($n=8$) encontra-se a faixa etária dos 30-40 anos, ficando em último patamar a faixa etária dos 20-30 anos com uma percentagem de 15% ($n=3$). Da análise efetivada, a média de idades da amostra é de 37.15 anos, consoante observação do Gráfico 2.

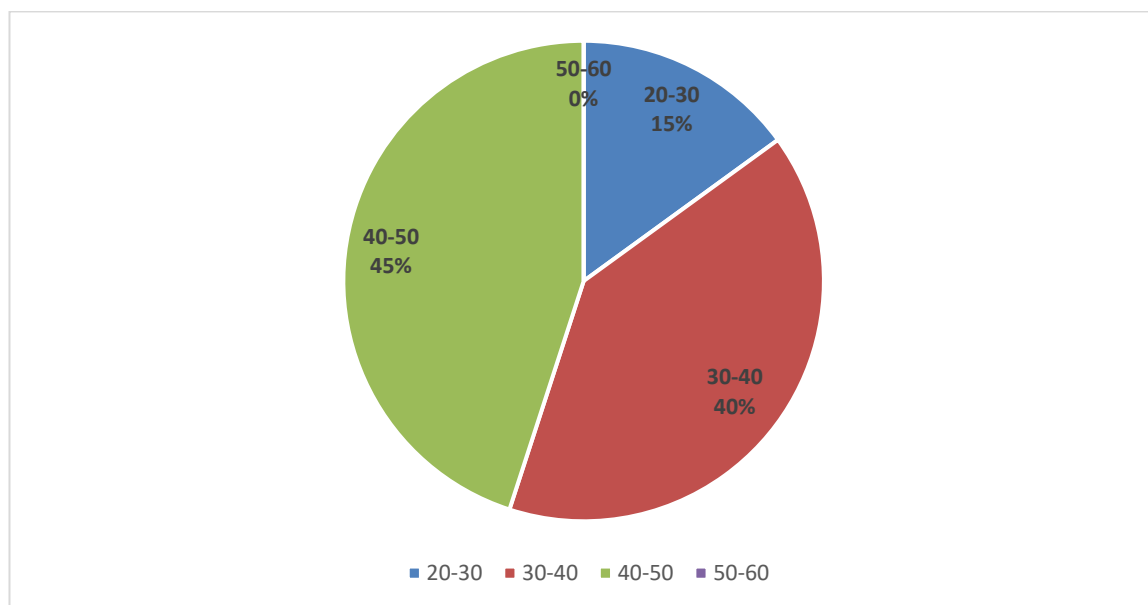


Gráfico 2 - Caracterização da População por Faixa Etária

Fonte: Autoria Própria

No que concerne à caracterização da amostra quanto ao gênero, 75% dos inquiridos são do gênero feminino e 25% do gênero masculino, conforme Gráfico 3.

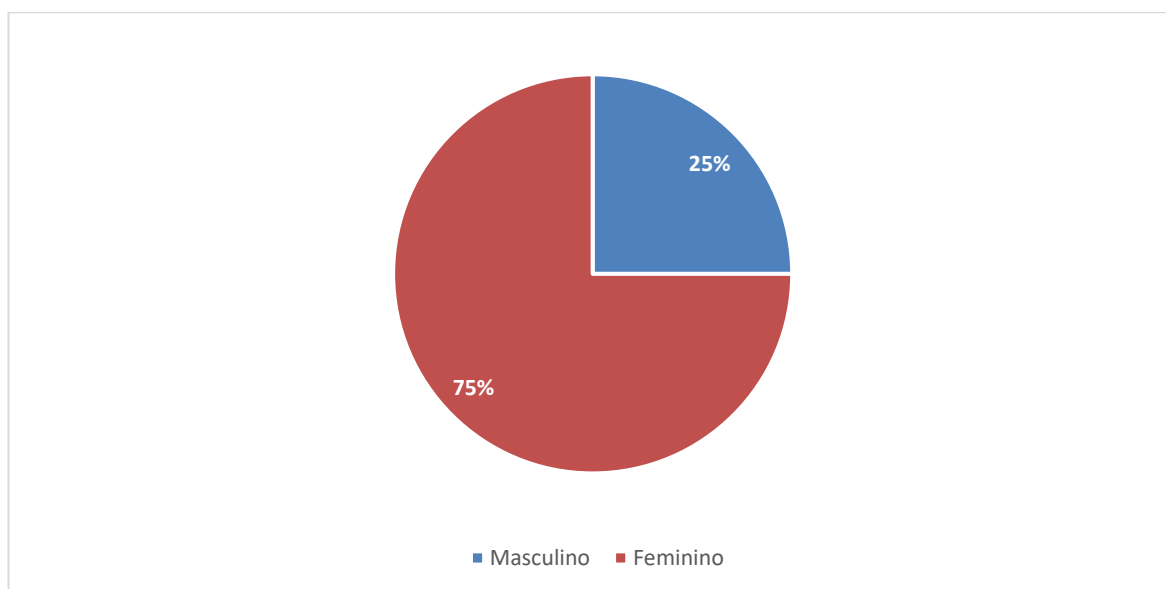


Gráfico 3 - Caracterização da População Participante - Gênero

Fonte: Autoria Própria

Relativamente às habilitações académicas, de entre os inquiridos na amostragem, 55% (n=11) referem ter Mestrado e/ou Especialização e 45% (n=9) referem ser licenciados (Gráfico 4).

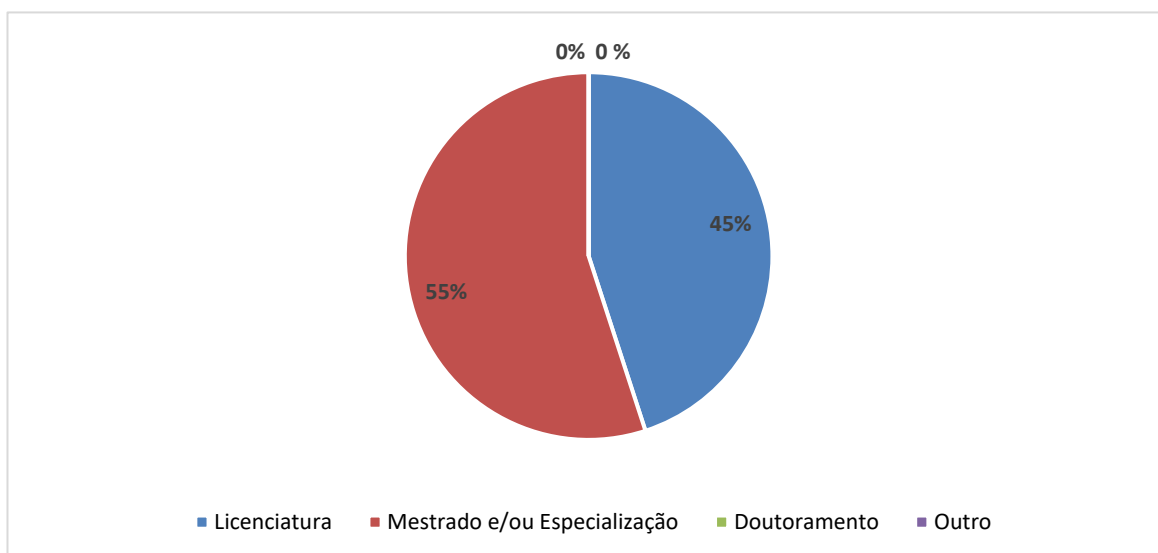


Gráfico 4 - Caracterização da População por Habilitação Académica

Fonte: Autoria Própria

Realizada a análise dos resultados do Grau de Habilitação Académica da amostra, passaremos a analisar qual a área de especialidade dos inquiridos. Conforme podemos observar pelo Gráfico 5, 72.7% (n=7) dos inquiridos refere ser especialista em EMC, 18.8% (n=2) especialista em Enfermagem de Reabilitação. Não foram obtidas respostas para restantes áreas de especialidade em enfermagem discriminadas. No entanto, 9.1% (n=1) dos inquiridos, referiu ter especialização na área da Gestão de Serviços de saúde.

Atenta-se que o SMI, dispõe de 9 Enfermeiros Especialistas em EMC, sendo que 7 dos inquiridos são detentores dessa especialidade em concreto, sendo a Médico-cirúrgica a especialidade com maior número de especialistas deste serviço, seguida da especialidade de Enfermagem de Reabilitação, que conta com 5 elementos na sua equipa, tendo nós obtido através deste inquérito duas respostas de colegas dessa área de especialidade em questão.

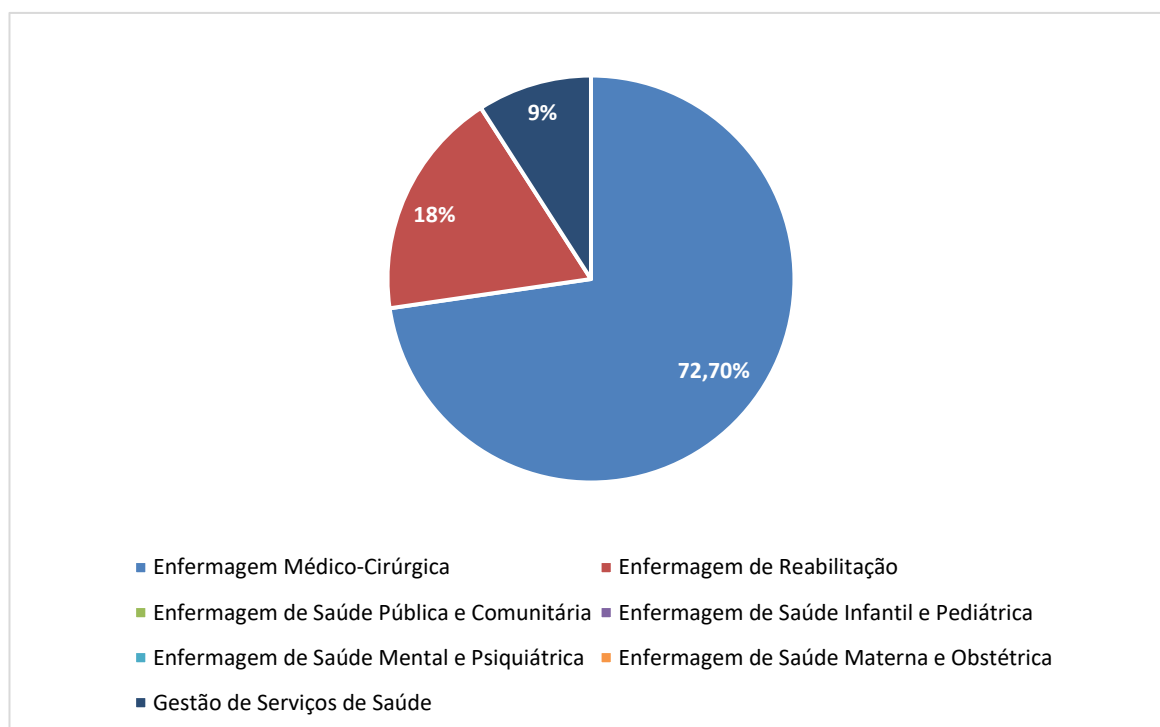


Gráfico 5 - Caracterização da População por Área de Especialização

Fonte: Autoria Própria

No que respeita ao cálculo de dotações seguras de enfermeiros para as equipas de SMI, a OE no Regulamento n.º 743/2019, sobre Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, adverte para que 50% dos enfermeiros nas equipas de SMI sejam especialistas em EMC, e de preferência na área específica de intervenção, PSC (OE, 2019b).

Ora tendo em conta o cálculo de dotações seguras para cálculo de enfermeiros especialistas em EMC no SMI, pela análise obtida, podemos constatar que o SMI do HPS, não vai ao encontro do recomendado pela ordem, dado que apenas 9 enfermeiros desta equipa são especialistas em EMC, devendo esta ser constituída de pelo menos 29 elementos da área de especialidade em questão, de forma a cumprir-se com o recomendado.

Quando questionados os elementos da população da amostra sobre a pertinência do desenvolvimento de um Procedimento de Enfermagem no SMI para Abordagem à Pessoa com CVC para HD, 100% dos inquiridos (n=20), respondeu afirmativamente a esta questão, conforme pode ser validado pelo Gráfico 6.

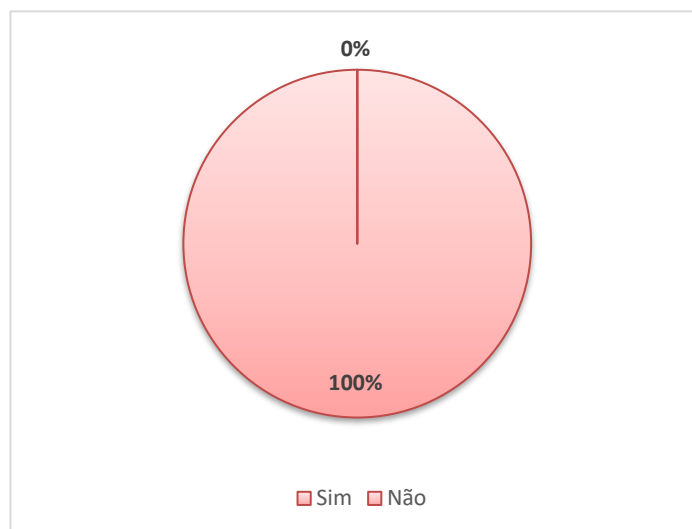


Gráfico 6 - Validação da necessidade de existência de um Procedimento de Enfermagem no SMI para
Fonte: Autoria Própria

Por forma a validar-se conhecimento pré-existente sobre a temática em questão, foram elaboradas duas questões, sobre a temática em estudo.

Primeiramente questionou-se os participantes se durante a conexão e desconexão da pessoa com CVC para HD, recorriam a técnica asséptica. Em resposta à questão colocada, 80% (n=16) dos participantes, afirmaram que sim, mas os restantes 20% (n=4) responderam que não (Gráfico 7).

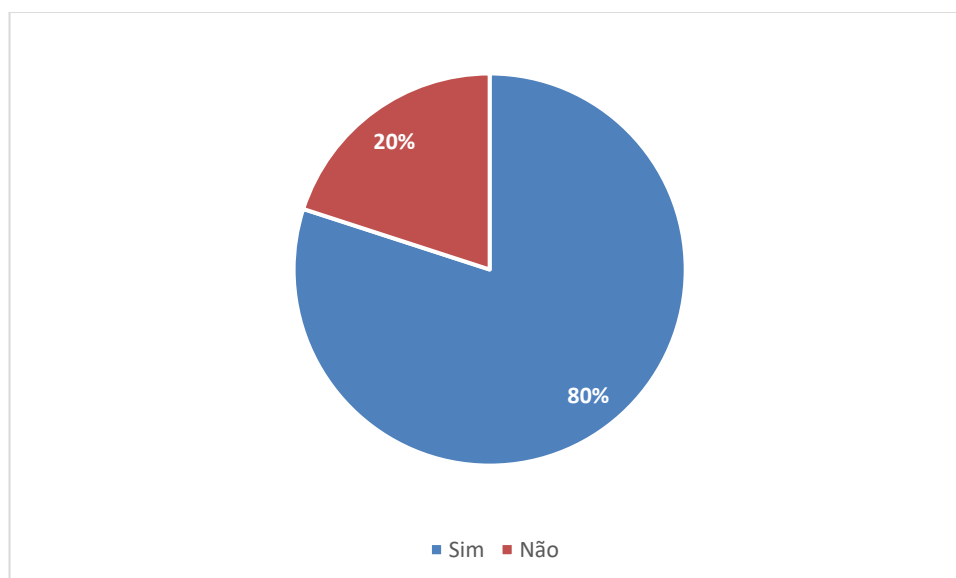


Gráfico 7 - Aplicação de Técnica Assética na Conexão e Desconexão da Pessoa com CVC para HD no SMI
Fonte: Autoria Própria

Com o intuito de se avaliar quais os EPI utilizados pelos enfermeiros no SMI, aquando da abordagem à pessoa com CVC para HD, formulou-se a seguinte questão: *‘Durante a conexão e desconexão da Pessoa com CVC para HD que Equipamentos de Proteção Individual utiliza?’*.

Realizada a análise à recolha de dados efetivada, constatamos que mais de metade da amostra, 55% (n=11) afirma fazer uso apenas de avental, máscara e luvas, 10 % (n=2) utilizam touca, máscara, avental e luvas. Embora que na questão elaborada anteriormente, relativa ao Gráfico 7, 80% da amostra tenha aludido recorrer a técnica asséptica aquando da abordagem à pessoa com CVC para HD, apenas 35% (n=7) referiram utilizar os de proteção individual indicados para tal abordagem, fazendo uso de touca, máscara, avental e luvas esterilizadas, o que nos leva a refletir que os 80% anteriormente referidos não traduzem a realidade da prática clínica dos enfermeiros inquiridos na amostra (Gráfico 8).

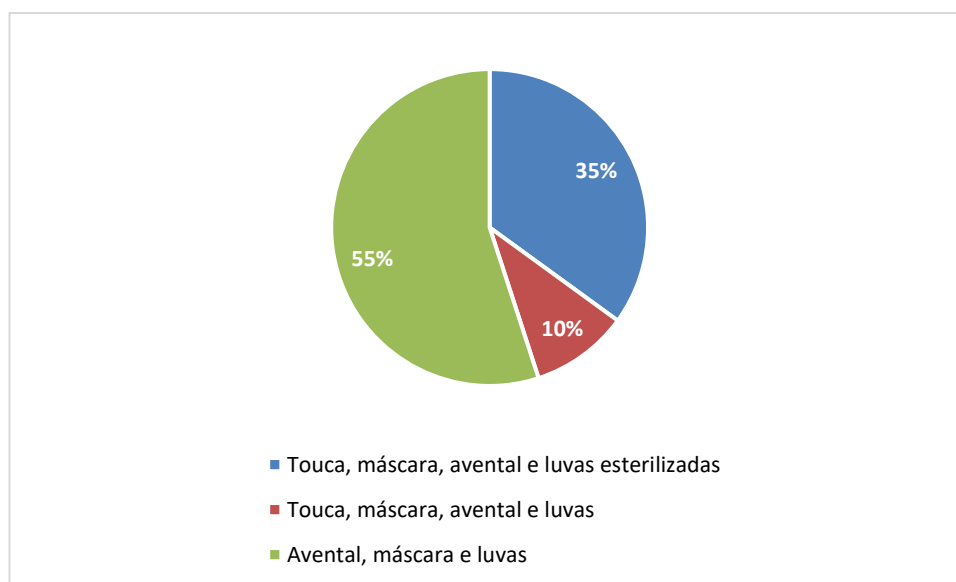


Gráfico 8 - Equipamentos de Proteção Individual utilizados pelos enfermeiros na conexão e desconexão da pessoa com CVC para HD.

Fonte: Autoria Própria

Como última questão, pretendemos averiguar junto da amostra, qual a frequência da realização do penso do orifício do CVC para HD. Posto isto, 75% (n= 15) dos inquiridos, referiu que este deve ser realizado em dias alternados em pensos de gaze, 45% (n=9) de 7 em 7 dias em caso de pensos transparentes e apenas 5% (n=1) afirmou que este deve ser realizado diariamente, conforme podemos constatar pela observação do Gráfico 9.

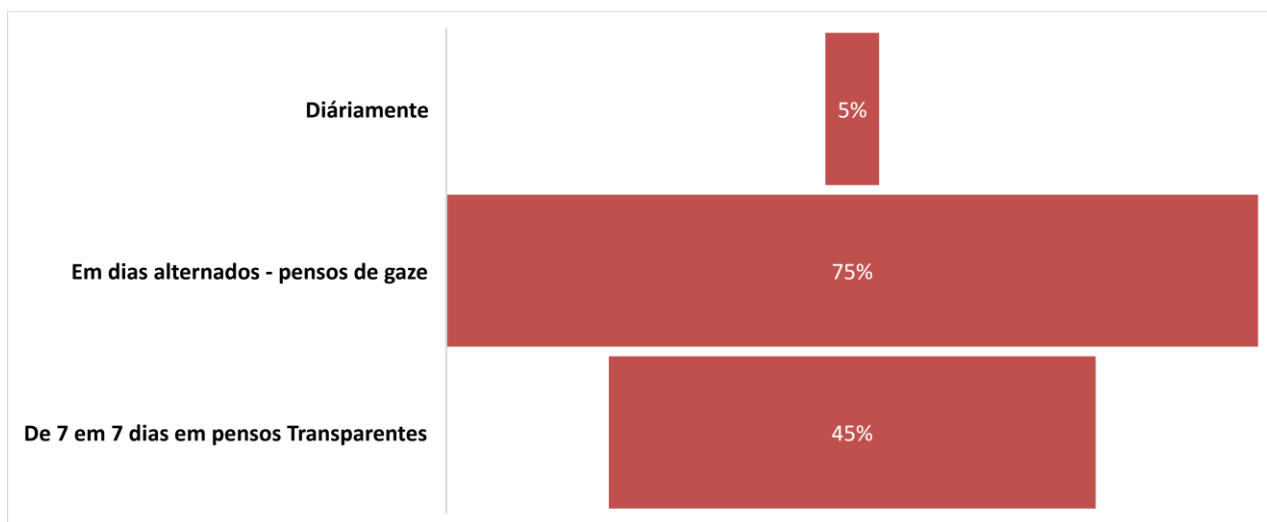


Gráfico 9 - Validação da realização do penso ao orifício do CVC para HD no SMI

Fonte: Autoria Própria

Podemos concluir através da análise efetivada que os inquiridos consideram importante o desenvolvimento de um procedimento de enfermagem no SMI que explique as intervenções de Enfermagem para a Abordagem à Pessoa com CVC para HD, dado que 100% da amostra respondeu afirmativamente a essa questão.

A divergência de dados recolhidos no que concerne à adoção dos EPI corretos, comparativamente à técnica utilizada, assética ou não, leva-nos a refletir que provavelmente a maioria dos enfermeiros do SMI, hipoteticamente não recorre à técnica assética aquando da abordagem da pessoa com CVC para HD. No entanto, tendo em conta que a nossa amostra se reporta apenas ao universo de 33.8% dos enfermeiros da unidade, não podemos afirmar nem negar tal reflexão.

No entanto, consideramos que estes fatores são indicadores e sugestivos para a necessidade de uniformização do procedimento, no sentido que permitirá aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, contribuindo para a segurança do doente, atuando a nível da prevenção e controlo de infeção.

Tendo em conta o anteriormente explanado, a força de um projeto em saúde, confirme Ruivo et al., (2010), será tanto maior, quanto maior adesão dos interessados, ou seja, a possibilidade de este ser bem-sucedido, refletirá as necessidades sentidas pelos enfermeiros. Além disso, a implementação deste projeto, permitirá aumentar os índices de qualidade deste serviço em particular, ir ao encontro ao recomendado pela DGS na Norma N.º 022/2015 e 'Guidelines' da evidência científica, promovendo-se ganhos em saúde, pela implementação das medidas do PNSD 2021-2026, bem como metas definidas pela OMS (2022a), pela redução de doenças não

transmissíveis, pela prestação de cuidados de saúde, baseados na evidencia mais atual, promotores de qualidade.

3.2 Definição de Objetivos

A definição dos objetivos, de acordo com Mão de Ferro (1999), citado por Ruivo et al. (2010) visa circunscrever os problemas identificados orientando o investigador na resolução dos mesmos. Através da formulação dos objetivos, pretende-se antecipar as ações a serem realizadas, no sentido de se prever resultados esperados, que se pretendem obter com a intervenção.

Para que estes cumpram com os critérios desejados, ou seja, que sejam passíveis de se traduzir na prática devem apresentar-se “(...) claros; de linguagem precisa e concisa; em número reduzido; realizáveis; mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração” (Ruivo, et al. 2010, citando Gouveia, 2010:19).

No que concerne à definição de objetivos gerais, estes devem exprimir os resultados que se pretendem atingir com o projeto a desenvolver, enquanto os objetivos específicos devem traduzir saberes e construtos que devem ser adquiridos ao longo desse processo (Ruivo et al., 2010, citando Mão de Ferro 1999).

Por forma a dar resposta à problemática identificada e aliado à necessidade de intervenções que visem reduzir as taxas de infeções associadas aos CVC para HD, anteriormente já explanadas neste projeto, foi definido como **objetivo geral**:

- *Contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa com CVC para HD no SMI.*

Como **objetivos específicos**, enumeram-se os seguintes:

- *Analisar a evidência mais atual relacionada com a infeção associada ao CVC para HD na PSC;*
- *Elaborar Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infeção do CVC para HD no SMI;*
- *Operacionalizar a proposta de Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infeção do CVC para HD no SMI;*
- *Disseminar os resultados do PIM em Eventos Científicos de Enfermagem e da área da Saúde.*

3.3 Planeamento e Execução

A terceira fase da MTP é a fase do Planeamento. Nesta fase são determinadas as estratégias, ações e meios de execução do plano previamente definido nas etapas anteriores (Smanio, et al., 2017). Segundo Smanio et al. (2017) os projetos bem-sucedidos, são os que foram detalhadamente planeados, ou seja, traduzem-se pelo estabelecimento de metas realistas de ação, bem como análise dos problemas parcelares e estratégias delineadas para os ultrapassar.

Davies e Ling (2020), corroboram com o anteriormente referido, aludindo a importância da fase do Planeamento. Segundo estes autores, os erros que surgem durante a fase de elaboração do projeto, impossibilitarão que se alcancem os objetivos discriminados para o mesmo, pelo que é necessário determinarem-se as atividades, de forma assertiva e concreta que nos permitiram alcançar os nossos objetivos (Davies & Ling, 2020).

Para tal, nesta fase é desenvolvida a calendarização das atividades a desenvolver, cronograma, com o intuito de orientar os investigadores ao longo de todo o processo (Ruivo et al., 2010, citando Hungler et al., 2001).

Por forma a nortear as atividades planeadas, torna-se fundamental elaborar o cronograma (Ruivo et al., 2010). Ruivo et al., (2010) referem que o cronograma se apresenta como um método interativo, através do qual são delineadas datas de início e fim das atividades que se pretendem desenvolver durante o projeto, podendo ser ajustado consoante necessidades sentidas por parte do responsável do projeto.

As mesmas autoras, citando Miguel (2006), nesta fase são também determinados os meios, e recursos, atividades e estratégias necessárias que nos permitiram implementar as atividades projetadas, pelo que a sua correta seleção, permitirá concretizar os objetivos previamente delineados.

Entende-se por atividades, como componentes desenvolvidos ao longo do projeto, podendo ser também designadas por tarefas a serem desenvolvidas (Ruivo et al., 2010, citando Miguel, 2006). À semelhança do referido anteriormente, as estratégias dizem respeito às interações necessárias que permitiram atingir os objetivos delineados, e que de certo modo nos permitam lidar com problemas potenciais que possam advir durante o processo (Ruivo et al., 2010). Por último, os meios reportam-se aos recursos necessários, que por sua vez, permitem que se efetivem as atividades previamente planeadas, reportando-se deste modo aos recursos humanos, materiais e económicos necessários (Ruivo et al., 2010, citando Miguel, 2006).

Em analogia a esta fase da MTP, o Modelo para a Mudança da PBE de Larrabee (2011), vai ao encontro do abordado, nomeadamente as segunda, terceira e quarta etapas do processo.

Inicialmente procede-se à pesquisa da evidência mais atual sobre a temática em estudo, seguida da análise crítica da evidência extraída pela pesquisa efetivada e posteriormente, delinea-se o projeto de mudança, bem como recursos necessários, atividades e estratégias a desenvolver.

Por forma delinear o EF no SMI, foi elaborado o Projeto de Competências, numa fase inicial onde foram discriminados objetivos e atividades a desenvolver, com vista à aquisição e desenvolvimento de competências comuns para o enfermeiro especialista, bem como as específicas para o EEEMC-PSC. Seguidamente, procedeu-se à estruturação do PIM, a ser executado durante o EF no referido serviço, o qual obteve parecer positivo por parte da enfermeira gestora do SMI, do enfermeiro orientador e docente orientador. Com o intuito de orientar este processo, foi estruturado um cronograma de atividades que foi ajustado consoante as necessidades e dificuldades sentidas (Apêndice 1).

Por forma a operacionalizarmos o quarto objetivo específico, embora não definida data no cronograma de atividades, salientamos que no decorrer do EF, concorreremos ao IV Congresso Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, intitulado de *Investir em Enfermagem, dar Valor à Saúde*, através da submissão do Resumo, cujo tema era: *“Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa com CVC para HD – Revisão Scoping”*. O nosso trabalho, foi aceite para apresentação em forma de Póster. O Congresso ocorreu dias 6 e 7 de dezembro de 2022, em Santarém no CNEMA, sendo que a nossa apresentação ocorreu no primeiro dia (Anexo I).

A execução dos objetivos anteriormente delineados, foi possível, uma vez que foram determinadas estratégias e atividades com vista à sua concretização, bem como respetivos indicadores de avaliação. Posto isto, passaremos a abordar individualmente os objetivos, geral e específicos, suas estratégias e atividades.

→ Objetivo Específico 1: Analisar a evidência mais atual relacionada com a infeção associada ao CVC para HD na PSC.

Atividades e Estratégias Planeadas:

- 1.1. Identificação das Normas, Protocolos e Procedimento de Acolhimento no SMI;
- 1.2. Observação da dinâmica do serviço, bem como atividades de enfermagem desenvolvidas, a fim de se justificar e validar a necessidade de projeto;
- 1.3 Realização de revisão da literatura:
 - Definição da estratégia de pesquisa;
 - Seleção dos Descritores no DeCS/MeSH;

- Início da pesquisa pelo recurso ao repositório científico de acesso aberto em Portugal, em fontes de pesquisa e bases de dados, tais como PubMed, B-On e SCOPUS;
- Seleção dos artigos para a RS;
- Validação dos artigos selecionados pelas grelhas de avaliação da JBI para estudos selecionados;
- Análise e comparação de resultados.
- Elaboração da RS.

Recursos Humanos:

- Docente Orientador do Estágio;
- Enfermeiro Orientador do Estágio;
- Enfermeira Gestora do SMI;
- Equipa de Enfermagem do SIM.

Recursos Materiais:

- Normas, protocolos e Procedimentos do SMI.

Recursos Tecnológicos:

- Computador, Bases dados de pesquisa.

Indicadores de Avaliação:

- Execução da pesquisa bibliográfica sobre a temática referida, fundamentando o desenvolvimento do PIM, bem como elaboração da Revisão 'Scoping'.

→ **Objetivo Específico 2: Elaborar Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infecção do CVC para HD no SMI**

Atividades e Estratégias Planeadas:

2.1. Colaboração com o Serviço de Gestão da Formação para execução do Procedimento de Enfermagem, de acordo com os critérios estabelecidos para o Centro Hospitalar;

2.2 Realização o Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infecção do CVC para HD no SMI;

2.3 Divulgação a Proposta de Procedimento Enfermagem para a Prevenção da Infecção do CVC para HD no SMI, ao Enfermeiro Orientador e Enfermeira Gestora do SMI;

2.4 Disseminação a Proposta de Procedimento Enfermagem para a Prevenção da Infecção do CVC para HD no SMI, à Diretora Clínica do SMI, para sua validação e posterior aprovação do Serviço de Gestão da Formação.

Recursos Humanos:

- Docente Orientador do Estágio;
- Enfermeiro Orientador do Estágio;
- Enfermeira Gestora do SMI;
- Diretora Clínica do SMI;
- Serviço de Gestão da Formação.

Recursos Materiais:

- Normas, protocolos e Procedimentos do SMI.

Recursos Tecnológicos:

- Computador, Internet, Impressora.

Indicadores de Avaliação:

- Apresentação da Proposta de Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infecção do CVC para HD no SMI.

Tal como o Modelo Teórico de Larrabee (2011) nos assevera a utilização da pesquisa como caminho para a procura das melhores evidências, permitiram aos enfermeiros prestar os melhores cuidados aos doentes, e desta forma transformar as práticas clínicas, tornando-as promotoras de um escopo de conhecimentos que possibilitam ir ao encontro das necessidades das pessoas de quem cuidamos.

A execução deste primeiro objetivo específico, permitiu mapear a evidência mais recente sobre a temática da prevenção de infeção associada ao CVC para HD no âmbito do PSC, na procura dos cuidados de enfermagem promotores da segurança do doente.

A pesquisa detalhada de artigos, normas de orientação clínica, procedimentos, 'Guidelines', permitiram consolidar conhecimentos sobre a temática em questão possibilitando deste modo reunir a evidência que suportasse o desenvolvimento da proposta de Procedimento justificada posteriormente no objetivo específico 2. As normas de orientação clínica, bem como as 'Guidelines', foram submetidas a avaliação da qualidade metodológica através do instrumento AGREE II, tendo obtido nota positiva nos elementos de evidência a figurar no procedimento elaborado.

Para além disso, foi produzida uma RS, cujo objetivo foi mapear a evidência mais atual acerca das intervenções de enfermagem, que promovessem a redução das taxas de infeção, associado aos CVC para HD, na pessoa em situação crítica, internada em unidades de cuidados críticos, legitimando o papel do *Enfermeiro Especialista em EMC*, na área de intervenção específica, *PSC*.

A realização da RS, tal como anteriormente elucidado, permitem ao investigador reunir a informação mais atual acerca de uma determinada temática, patentear lacunas e discrepâncias, rever conceitos e principais definições (Peters et al., 2020). Através desta foi possível reunir evidência que nos possibilitou operacionalizar o objetivo específico 3, que irá ser abordado seguidamente.

→ **Objetivo Específico 3: Operacionalizar a proposta de Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infeção do CVC para HD no SMI**

Atividades e Estratégias Planeadas:

- 3.1 Planeamento sessão de formação em serviço para apresentação da Proposta de Procedimento Enfermagem para a Prevenção da Infeção do CVC para HD no SMI;
- 3.2 Elaboração do plano da sessão de formação em serviço;
- 3.3 Agendamento a sessão de formação com o Enfermeiro Orientador, Enfermeira Gestora e Docente Orientador, em conjunto com a colega responsável pela formação em serviço;
- 3.4 Reserva da sala multiusos do Centro Hospitalar, para realização da Sessão de Formação em Serviço;
- 3.5 Divulgação no SMI, através de um cartaz (Apêndice 2), a Sessão de Formação em Serviço para apresentar Proposta de Procedimento Enfermagem para a Prevenção da Infeção do CVC para HD no SMI, através do Grupo Informático WhatsApp;

3.6 Realização um vídeo da conexão e desconexão do doente com CVC para HD, orientador da Proposta de Procedimento elaborado;

3.7 Apresentação a Sessão de Formação em Serviço de forma presencial, para apresentação da Proposta de Procedimento Enfermagem para a Prevenção da Infecção do CVC para HD no SMI (Apêndice 3);

3.8 Aplicação questionário de avaliação da Sessão de Formação;

3.9 Partilha da apresentação da Sessão de Formação realizada, disponibilizando a mesma no ambiente de trabalho, dos computadores acessíveis à equipa de enfermagem do SIM em formato PDF.

Recursos Humanos:

- Docente Orientador do Estágio;
- Enfermeira Gestora do SMI;
- Enfermeiro Orientador do Estágio;
- Enfermeira responsável pela Formação em Serviço;
- Equipa de Enfermagem do SIM.

Recursos Materiais:

- Vídeo da conexão e desconexão do CVC; Apresentação em Formato Power-Point; Kit conexão e desconexão do CVC para HD, Folha Presenças da Sessão de Formação, Questionário de Avaliação da Sessão de Formação.

Recursos Tecnológicos:

- Computador, Internet, videoprojector, sala multiusos do Centro Hospitalar.

Indicadores de Avaliação:

- Apresentação da Sessão de Formação em Serviço;
- Avaliação da Sessão de Formação em Serviço realizada, através da análise dos resultados obtidos do questionário de avaliação da sessão de formação.

Ao longo do desenvolvimento do EF foi possível disseminar o resumo da RS (Apêndice 4) junto do enfermeiro orientador e enfermeira gestora do SMI, com o intuito de partilhar a evidência reunida que veio a ser o suporte para o desenvolvimento do Procedimento de Enfermagem desenvolvido. O envolvimento dos 'stakeholders' ao longo da prática, possibilita a interação, partilha de saberes e opiniões, assumindo-se facilitador aquando da adesão da PBE no contexto clínico (Larrabee, 2011).

Para que a sessão de formação em serviço fosse implementada foi necessário desenvolver o plano da mesma, discriminando os seus objetivos, conteúdos programáticos, metodologias, técnicas pedagógicas utilizadas, bem como recursos técnicos e tempo necessário para a mesma. Esta foi agendada em dezembro de 2022, e a sua divulgação foi feita através do Grupo Informático WhatsApp, pela partilha do cartaz da formação.

Foi apenas realizado um momento formativo, em modalidade presencial que ocorreu dia 10 de janeiro às 14h00, que contou com a presença de 16 enfermeiros do SMI, entre eles enfermeira gestora e enfermeiro orientador.

A apresentação foi executada através da apresentação de dispositivos pelo recurso ao programa informático Microsoft PowerPoint® (Apêndice 5). O objetivo geral da sessão de formação incidiu sobre a apresentação da Proposta de Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infecção co CVC para HD no SMI. Pretendeu-se com o desenvolvimento desta sessão sensibilizar os enfermeiros sobre a pertinência da prevenção da infecção do CVC para HD, rever de forma breve conhecimentos sobre a IRA no âmbito do PSC e refletir sobre as competências do enfermeiro no SMI a nível da prevenção e controlo de infeção.

Além disso, aquando da apresentação da sessão de formação em serviço, foi partilhado junto da equipa de enfermagem o 'Kit' de conexão e desconexão para abordagem do CVC para HD, disponível no hospital. Consideramos que este recurso material teve impacto junto da equipa para adoção do procedimento, uma vez que reúne todo o material necessário para implementação da técnica, facilitando o trabalho dos enfermeiros, durante esse período. A aquisição do 'Kit' de conexão e desconexão para o serviço, ficou ao critério da enfermeira gestora.

O vídeo elaborado sobre a execução do procedimento também revelou ter impacto positivo junto dos presentes na Sessão de Formação em Serviço, uma vez que na sua maioria os enfermeiros referiram executar o procedimento de forma correta existindo apenas a necessidade de implementação da técnica assética.

Durante a sessão formativa foi possível debater sobre a melhor prática de cuidados à pessoa com CVC para HD, bem como analisar as intervenções implementadas com o referido na Norma

022/2015 da DGS, atualizada a 29 de agosto de 2022, denominada de “*Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Relacionada com o CVC*”.

Finalizada a sessão de formação, foi preenchido o questionário de avaliação da mesma, em suporte de papel. Através da elaboração do presente questionário objetivou-se a avaliação da sessão formativa, bem como do formador.

De uma forma global consideramos que a apresentação da sessão de formação foi bem-sucedida, uma vez que os presentes referiram adquirir conhecimentos que lhes permitirá melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da abordagem da PSC com CVC para HD, através da implementação de medidas que possibilitam a prevenção da infeção associada a este dispositivo.

O culminar do PIM, foi possível através da colaboração de vários profissionais da equipa de enfermagem do SIM, nomeadamente o enfermeiro orientador, a enfermeira gestora, foram cruciais ao longo de todo o processo, quer pelo desenvolvimento deste projeto ao longo do período de estágio, bem como pela sua divulgação e promoção junto da restante equipa de enfermagem. Neste sentido, a enfermeira responsável pela formação em serviço, também foi um elemento dinamizador para que estes dois últimos objetivos fossem concretizados, na medida que a sua colaboração foi essencial para a divulgação da sessão de formação, junto da restante equipa de enfermagem.

→ **Objetivo Específico 4: Disseminar os resultados do PIM em Eventos Científicos de Enfermagem e da área da Saúde**

Atividades e Estratégias Planeadas:

4.1 Submissão do resumo da RS para o Congresso IV Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, intitulado de *Investir em Enfermagem, dar Valor à Saúde*, cuja temática era: “*Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa com CVC para HD – RS*”.

4.2 Elaboração do Poster para participação no Congresso IV Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, *Investir em Enfermagem, dar Valor à Saúde*;

4.3 Disseminação do Poster intitulado “*Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa com CVC para HD – RS*”, no Congresso IV Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros;

4.4 Apresentação do Poster *Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa com CVC para HD – RS*, no Serviço onde exercemos funções;

Recursos Humanos:

- Docente Orientador do Estágio;
- Enfermeira Gestora do SMI;
- Enfermeiro Orientador do Estágio;
- Equipe de Enfermagem do SIM e Serviço Ambulatório Nefrologia.

Recursos Materiais:

- Poster em apresentação em Formato Power-Point.

Recursos Tecnológicos:

- Computador, Internet, videoprojector.

Indicadores de Avaliação:

- Apresentação do Poster, no Congresso IV Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros *“Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa com CVC para HD – RS;*
- Apresentação do Poster, *“Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa com CVC para HD – RS,* no Serviço onde exercemos funções.

Tal como anteriormente referido, existiu a oportunidade de divulgar o trabalho desenvolvido em EF, pela participação no IV Congresso Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, através da partilha do Poster intitulado de *‘Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa com CVC para HD – Revisão Scoping’* (Apêndice 6). Ainda que não tenha sido planeada a possibilidade de divulgação do trabalho desenvolvido, demonstrou-se muito enriquecedora do ponto de vista pessoal a profissional, indo ao encontro do expetado pela MTP, bem como última Etapa do Modelo de June Larrabee (2011).

A divulgação da SR desenvolvida, vai ao encontro do estabelecido no Artigo 9º do REPE, onde se determina que os enfermeiros devem promover, realizar e participar em trabalhos de investigação, que possibilitem a evolução da enfermagem enquanto profissão e ciência do conhecimento (OE, 2015a).

Par que a Enfermagem evolua esta “(...) necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação” (OE, 2006, p.1).

A importância da disseminação dos resultados, obtidos pelo trabalho efetivado, permite ir ao encontro ao estabelecido pela OE (2006, 2015a) pelo que parafraseando as palavras de Teixeira e Barbieri-Figueiredo (2020, p.10) “A PBE surge da necessidade de integrar os conhecimentos produzidos na prática, promovendo ganhos em saúde e otimizando os cuidados. Daqui resultam ganhos para a instituição, para o cliente, para o profissional e para a disciplina”.

Consideramos que o envolvimento prestigiado do enfermeiro pela disseminação do conhecimento, através da participação neste congresso, levou-nos a refletir sobre o papel preponderante o enfermeiro assume, não só enquanto investigador, mas também enquanto elemento ativo no processo de mudança da prática clínica.

Em última análise, é de salientar que o projeto não acarretou custos associados com recursos humanos e os custos materiais, ficaram ao cargo dos autores do próprio projeto.

3.4 Avaliação e Divulgação de Resultados

A etapa da Avaliação, da MTP é considerada como progressiva, ou seja, esta é desenvolvida ao longo de todo o processo de investigação, permitindo aos investigadores refletir e analisar estratégias e atividades implementadas, ajustando-as ou modificando-as, sempre que necessário, com vista à sua concretização (Ruivo et al., 2010).

Ruivo et al., (2010), salientam que durante a fase da avaliação, os investigadores através do produto desenvolvido podem desbravar novos caminhos, consoante as necessidades evidentes, podendo nesta fase surgir outras ideias inovadoras. Segundo as mesmas autoras, é durante a avaliação que se reflete e analisa sobre o trabalho desenvolvido, bem como os resultados obtidos, isto é, se os objetivos anteriormente delineados foram atingidos. Caso os objetivos delineados não tenham sido concretizados é importante compreender quais os fatores que impossibilitaram o seu sucesso, bem como suas consequências no âmbito do trabalho desenvolvido. A leitura crítica do projeto desenvolvido, permite ao autor ponderar acerca das principais conclusões do processo e refletir projetos futuros relacionados com a temática.

Comparativamente, a quinta etapa do Modelo de Larrabee vai ao encontro da fase da Avaliação da MTP, uma vez que é neste momento que são produzidas as principais conclusões e recomendações, bem como análise dos custos e dos resultados obtidos (Larrabee, 2011).

Seguidamente iremos proceder à avaliação dos objetivos delineados para o presente projeto, através dos indicadores de avaliação, bem como reflexão acerca das atividades e estratégias implementadas.

→ **Objetivo Específico 1: Analisar a evidência mais atual relacionada com a infeção associada ao CVC para HD no doente crítico**

Indicadores de Avaliação:

- Execução da pesquisa bibliográfica sobre a temática referida, fundamentando o desenvolvimento do PIM, bem como elaboração da RS.

Iniciado o EF, foi desenvolvido o PIM, com breve revisão bibliográfica sobre a temática da prevenção da infeção associada ao CVC para HD. À 'posteriori', efetuou-se uma pesquisa bibliográfica aprofundada, seguida de uma triagem criteriosa, por forma a sustentar a RS e Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infeção associada ao CVC para HD no SMI.

De modo a conseguirmos sustentar as intervenções de enfermagem promotoras da qualidade dos cuidados de enfermagem à PSC com CVC para HD, que contribuem para a redução das taxas de infeção, optamos por realizar uma RS.

A expansão do conhecimento como assistimos nos dias de hoje, bem como a disponibilidade de revisões com que nos deparamos, permitiu a emergência de novas formas de evidência, difundindo-as de forma eficiente e criteriosa (Peters et al., 2022).

As RS, segundo Apóstolo (2017) permitem mapear uma determinada área do conhecimento. Diferentemente das Revisões Sistemáticas, as RS, procuram respostas para determinadas divergências ou lacunas da prática, sendo que a informação mapeada permitirá dar resposta a tais necessidades (Apóstolo, 2017). Além disso, estas revisões podem ser consideradas alicerces para futuras Revisões Sistemáticas. Para realizar uma RS é necessário formular-se uma questão de investigação, que deve seguir o acrónimo PCC [População, Conceito, Contexto]. Através desta menemónica torna-se evidente quais os estudos a serem selecionados, extração de dados, onde através o mapear da evidência permitirá aos investigadores expor conclusões acerca das necessidades identificadas.

Assim sendo, estruturalmente as RS, segundo Peters et al. (2022) subdividem-se em sete partes: primeiramente é definida questão de investigação e estabelecidos objetivos, seguidamente são desenvolvidos critérios de inclusão, que irão ao encontro da questão e objetivos estabelecidos. Na terceira fase é descrição da estratégia de pesquisa. Posteriormente,

é efetuada a pesquisa da evidência, seleção e extração, seguido da análise e comunicação dos resultados. O processo culmina na sétima fase com a conclusão dos principais resultados da pesquisa efetivada.

A realização da RS, permitiu através da pesquisa da evidência mais atual acerca da temática, identificar quais as intervenções de enfermagem promotoras da qualidade e da segurança do doente, com vista a redução das taxas de infeção associadas ao CVC para HD no âmbito do cuidado à PSC. Além disso, o desenvolvimento deste processo permitiu agrupar e sintetizar a evidência pela construção do procedimento realizado, pelo que consideramos que o Objetivo Específico 1, foi alcançado com sucesso.

→ **Objetivo Específico 2: Elaborar Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infeção do CVC para HD no SMI**

Indicadores de Avaliação:

- Apresentação da Proposta de Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infeção do CVC para HD no SMI.

A realização da Proposta de Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infeção do CVC para HD no SMI, foi possível, uma vez que a organização das atividades e estratégias facilitaram o seu desenvolvimento ao longo do EF. Não podemos deixar de salientar que a apresentação realizada em dezembro de 2022, no IV Congresso Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, foi uma mais-valia em termos organizacionais do projeto, permitindo que no fim do ano conseguíssemos cumprir com os prazos previamente estipulados no cronograma.

Finalizada a Proposta do Procedimento de Enfermagem, esta foi revista pelo docente orientador, enfermeiro orientador e enfermeira gestora, tendo individualmente cooperado para o seu resultado final. Esta, foi apresentada à equipa de enfermagem do SMI, através da sessão de formação em serviço, tendo sido bastante gratificante, na medida que foi possível partilhar com diversos colegas, o processo desenvolvido, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados neste serviço em particular.

Quando o estágio terminou, o Procedimento aguardava revisão por parte da Diretora Clínica do SMI. Em abril de 2023, foi contactada a enfermeira gestora a fim de se validar o ponto situação do Procedimento elaborado. Segundo a informação facultada, o Procedimento aguardava aprovação pelo Grupo de Gestão de Formação do Centro Hospitalar, por forma a integrar no manual de políticas e de procedimentos do HPS.

Uma vez aprovado, a sua implementação ficará à responsabilidade da enfermeira gestora deste serviço. Crê-se que após a sua aprovação, o Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infecção do CVC para HD, venha a ser implementado, uma vez que o seu desenvolvimento surgiu pela sua ausência e necessidade do mesmo. Constituindo-se como um Centro Hospitalar acreditado pelo CHKS - Healthcare Accreditation Quality, a aplicação das intervenções que visem promover a qualidade dos cuidados e segurança do doente, tal como o Procedimento de Enfermagem elaborado, permitirá a concretização da missão e valores do próprio Centro Hospitalar, bem como os pressupostos emanados pelo processo de acreditação.

No que concerne aos registos de enfermagem relativos à implementação do Procedimento, estes já se encontram a ser realizados, na medida em que, diariamente, e uma vez por turno, são efetuados registos no Programa Informático BSimple, relativos ao penso do orifício do CVC, criando-se deste modo um histórico do acesso vascular do doente, disponível a todos os enfermeiros que prestam cuidados a esses doentes.

No entanto, consideramos que será pertinente delinear-se um procedimento de auditoria clínica que possibilite avaliar o cumprimento dos itens propostos pelo Procedimento de Enfermagem avaliado, com o intuito de garantirmos a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Val et al., 2018).

Embora que a Norma 022/2015 da DGS, relativa aos ‘Feixe de Intervenções’ para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central’, não explique o CVC para HD, tendo em conta a evidência reunida e a ‘Guideline’ da KDOQI de 2020, constata-se que as intervenções a serem implementadas são semelhantes, pelo que foi seguida como linha orientadora do processo de investigação, ao longo de todo este processo.

Da evidência reunida pela pesquisa efetivada, foram selecionados quatro estudos, que compuseram a RS. Uma vez que esta ‘Scoping’, é composta por dois estudos primários e dois estudos secundários, consideramos pertinente a inclusão das práticas da evidência da ‘Guideline’ da KDOQI de 2020, por forma a sustentar e reforçar a informação reunida.

Tendo em conta a informação extraída da análise da evidência, decidimos destacar principais focos dos artigos, sendo: Prevenção da Infecção; Barreiras à adesão das boas práticas na manutenção do CVC para HD; Prevenção da Trombose e Intervenções em Cuidados Críticos.

Consideramos pertinente incluir nesta etapa do relatório as principais conclusões extraídas da análise da evidência. Uma vez que o PIM culminou com a elaboração do Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infecção do CVC para HD no SMI, iremos abordar apenas as conclusões alusivas à **Prevenção da Infecção e Intervenções em Cuidados Críticos**, por terem sido estas que sustentaram na sua maioria, as intervenções do Procedimento elaborado.

No que concerne às intervenções de enfermagem aliadas à Prevenção da Infecção relacionada com o CVC para HD, Yang, Chen e Fu (2022), consideram que deve ser realizada observação diária do local de abordagem do CVC, a fim de se despistarem possíveis sinais de infecção a serem validados pela visualização da pele do doente, tais como rubor, calor, edema ou presença de exsudado.

Ambos os autores Timsit et al., (2018) e Yang, Chen e Fu (2022) mencionam que aquando da manutenção do CVC para HD, esta deve ser realizada através de técnica asséptica, o penso deve manter-se externamente limpo, seco e íntegro e as linhas de sangue ao conectar-se o doente devem ser desinfetadas, nas suas extremidades, previamente à sua conexão. Segundo os mesmos autores (Timsit et al., 2018; Yang, Chen & Fu, 2022 e Wooten et al., 2022) ao abordar-se o local de inserção do CVC para HD para realização do penso, este deve ser antecipadamente desinfetado com antisséptico que deve atuar consoante as indicações do fabricante. As indicações para a substituição do penso para Timsit et al., (2018) são a cada 7 dias para os pensos de poliuretano estéreis e diário no caso dos pensos de gaze.

Na presença de desenvolvimento de pirexia por parte do doente, devem ser realizadas colheitas de sangue para hemoculturas, a fim de se despistar infecção associada ao CVC para HD e prevenir-se infecção da corrente sanguínea associada a este dispositivo (Yang, Chen e Fu, 2022).

De acordo com Lok et al., (2020), recomenda-se que a desinfecção do local de inserção túnel e pele circundante, seja realizada com solução de clorexidina a 2%. Em caso de reação alérgica ou hipersensibilidade, pode ser utilizada solução de iodopovidona com álcool.

Relativamente à frequência da realização do penso, os mesmos autores salientam que este depende da necessidade e observação do mesmo, devendo este manter-se externamente limpo, seco e íntegro (Lok et al., 2020). Terminada a realização do penso, ou utilização do CVC, este deve ser protegido com uma bolsa estéril, não podendo em circunstância alguma ser molhados ou estarem sobre ambientes húmidos.

A adoção de boas práticas no âmbito da prestação de cuidados, suportadas na evidência científica, comprovam a redução das taxas de infecção associada ao CVC para HD (Wooten et al., 2022). Os procedimentos descritos anteriormente que visam reduzir a infecção associada ao CVC para HD, são partilhados também na revisão de Wooten et al., (2022), aludindo estes autores, que apenas podem ser suspensos em situações de caráter emergente.

A apropriação das condutas de boas práticas, segundo Wooten et al. (2022), destinam-se à promoção das melhores práticas com qualidade. Contudo, segundo estes autores, as elevadas horas de jornada contínua no trabalho, o stresse, bem como rácios desadequados nas equipas, colocando estes profissionais sobre elevada pressão psicológica, justificam a necessidade de

implementação de papéis de liderança no seio das equipas que fomentem a legitimidade das boas práticas (Wooten et al., 2022). Uma das estratégias indicada pelos autores deste estudo, passa pela criação de normas e protocolos, baseados em evidência científica, seja nas unidades de diálise ou nas unidades hospitalares que visem uniformizar as intervenções de enfermagem, a fim de se obterem melhores resultados. Para tal, deve socorrer-se a auditorias de qualidade a fim de se validar a conformidade dos procedimentos implementados.

De uma forma global, Wooten et al., (2022), alertam-nos para a necessidade da uniformização das intervenções, bem como para a sua importância. Apenas se torna possível a minimização das taxas de infeção associadas ao CVC para HD, bem como da infeção da corrente sanguínea associada a este dispositivo, pela implementação do feixe de intervenções que tem vindo a ser descrito ao longo deste relatório.

Perante o descrito anteriormente, podemos afirmar que o Objetivo Específico 2, foi atingido com eficiência, contribuindo com ferramentas úteis para o serviço e para a instituição.

→ **Objetivo Específico 3: Operacionalizar a proposta de Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infeção do CVC para HD no SMI**

→ **Objetivo Específico 4: Disseminar os resultados do PIM em Eventos Científicos de Enfermagem e da área da Saúde**

Indicadores de Avaliação:

- Apresentação da Sessão de Formação em Serviço;
- Avaliação da Sessão de Formação em Serviço realizada, através da análise dos resultados obtidos do questionário de avaliação da sessão de formação;
- Apresentação do Poster, no Congresso IV Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros “*Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa com CVC para HD – RS*”;
- Apresentação do Poster, “*Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa com CVC para HD – RS*”, no Serviço onde exercemos funções.

As exigências derivadas da Pandemia, bem como as evoluções científico-tecnológicas a que assistimos nos dias de hoje, impõem aos profissionais de saúde constantes adaptações, pondo à prova a sua capacidade de perseverança (Coimbra, 2021). Segundo Coimbra (2021), estas mudanças exigem aos enfermeiros uma necessidade de atualização do conhecimento e dos protocolos. Os cuidados de excelência no âmbito da PSC, são complexos e requerem

mobilização de um leque de competências e conhecimentos teórico-práticos, assentes na evidência científica. Os contextos de medicina intensiva, urgência, emergência e catástrofe, sustentam-se pela sua complexidade, sendo considerados desafiantes, exigindo a estes profissionais uma rápida mobilização de conhecimentos, execução de cuidados altamente complexos, na procura pelo restabelecimento de todas as funções vitais da PSC.

As preocupações constantes com o controlo de infeção, aliada à PSC, justificam a necessidade de implementação de Procedimentos que visem melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Com a elaboração da sessão de formação em serviço, objetivamos sensibilizar toda a equipa de enfermagem para a prestação de cuidados à PSC com CVC para HD, através da partilha da evidência reunida que permitiu a consolidação do Procedimento elaborado.

A sessão foi planeada em conjunto, com a colaboração da enfermeira gestora, enfermeiro orientador e docente orientador. A mesma decorreu no final do estágio, conforme previamente definido pelo cronograma de atividades. Embora que a sua divulgação tenha sido feita através de vários meios, tal como anteriormente já abordamos, consideramos que para o universo total de enfermeiros do SMI, o número de presentes na reunião foi reduzido (16 formandos), ficando esta aquém das nossas expetativas, uma vez que a taxa de adesão foi de 27.11%.

Tendo em conta a baixa adesão à sessão de formação em serviço, questionámos a enfermeira responsável pela formação, acerca da adesão da equipa de enfermagem ao processo formativo. Segundo a informação disponibilizada pela colega, a média anual de adesão às sessões de formação em serviço é de 100%, uma vez que a enfermeira gestora delineia dias para formação em serviço, previamente definidos em horário, explicando-se a adesão de 100%. Como tal, quando planeada a data da sessão de formação o horário já tinha sido lançado, justificando a baixa adesão. Além disso, outra metodologia adotada no SMI pela enfermeira gestora para o sucesso da formação em serviço, é justificada pela replicação da sessão em pelo menos 3 vezes. Tendo em conta toda a conjuntura, consideramos que a adesão para a sessão de formação efetivada, foi positiva.

Por forma a disponibilizar a sessão de formação a toda a equipa de enfermagem, e a alcançar elementos da equipa que não estiveram presentes no momento formativo, foi facultado ao enfermeiro orientador a apresentação da sessão de formação em formato PDF, para consulta sempre que necessário, tendo-nos disponibilizado para colaborar com a equipa para novo evento formativo caso existisse necessidade.

Finalizada a sessão de formação, foram distribuídos questionários de avaliação da formação, bem como do formador. Estiveram presentes 16 elementos da equipa de enfermagem, sendo que todos os formandos presentes responderam ao inquérito na sua totalidade.

Apresentamos na Tabela 1, os resultados da Avaliação da Ação de Formação, bem como do Formador. Como podemos constatar pela sua análise, todos os inquiridos consideraram que a presente sessão de formação terá impacto positivo no seu desempenho, o que nos leva a concluir que de uma forma global esta teve o efeito desejado.

AVALIAÇÃO DA AÇÃO	1	2	3	4
Divulgação da Formação		6,3%	6,3%	88%
Apoio Administrativo (inscrições e informações)			6,3%	93,8%
Utilidade do Tema				100%
Objetivos da Ação				100%
Conteúdos/Estrutura da Ação			6,3%	93,8%
Duração da Ação				100%
Instalações	12,5%		12,5%	75%
Equipamentos e Meios Audiovisuais	12,5%		6,3%	81,2%
AVALIAÇÃO DO FORMADOR				
Domínio dos Conteúdos			6,3%	93,8%
Clareza da Linguagem			18,8%	81,2%
Esclarecimento de Dúvidas			6,3%	93,8%
Capacidade de Motivação			25%	75%
Relacionamento com os Formandos			12,5%	88%
Adequação do Método Pedagógico		6,3%	6,3%	88%
Cumprimento dos Horários			6,3%	93,8%
Documentação de Apoio				100%
Apreciação Global da Formação			12,5%	88%
A ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho?	SIM		NÃO	
	100%			
PRESENTES NA FORMAÇÃO	Sexo F		Sexo M	
	11		5	
ENFERMEIROS	ESPECIALISTAS		GENERALISTAS	
	12		4	

Tabela1 -Avaliação da Sessão de Formação e do Formador

Fonte: Autoria Própria

O preenchimento do Questionário apresentava um espaço em aberto para que os formandos pudessem justificar o motivo do impacto da sessão de formação em serviço, na sua prática diária, pelo que a maioria dos inquiridos, referiu ser pertinente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, repercutindo-se na prevenção e controlo de infeção associado ao CVC para HD.

A análise dos resultados, aos questionários efetuados inerentes à avaliação da sessão de formação e do formador, foi 100% positivo, ou seja, na totalidade todos os elementos, manifestaram a pertinência da realização desta sessão de formação e a qualidade dos conteúdos ministrados. A realização desta avaliação possibilita confirmar a importância da temática junto da equipa e ajuda-nos a prever a eficácia da mesma, na implementação das práticas desejadas. Contudo, estes dados carecem de monitorização posterior, análise e auditoria às práticas e revisão da casuística de infeção em pessoas com CVC para HD.

Consideramos deste modo que as atividades e estratégias planeada para estes objetivos específicos, permitiram a sua concretização com sucesso.

Concluído o projeto, a divulgação dos resultados alcançados assume-se como uma fase crucial para Ruivo et al., (2010). Segundo as mesmas autoras, o processo de divulgação de resultados, permite aos investigadores, difundir o caminho efetuado, na procura pela resolução do problema (Ruivo et al., 2010). A partilha dos resultados, permitirá não só que as instituições prestem melhores cuidados às pessoas, famílias e comunidades de quem cuidam, bem como, permitirá às pessoas, enquanto clientes de um sistema de saúde, legitimar os esforços dos profissionais na procura pela excelência do cuidado.

Os avanços da Enfermagem são exequíveis pelo trabalho contínuo que a Investigação adquire no campo (OE, 2006). Segundo a OE (2006, p.1), na Tomada de Posição acerca da Investigação em Enfermagem, descreve-a como um “(...) processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades”.

A concretização do PIM, foi possível, uma vez que reunimos e incorporamos ao longo deste processo toda a concetualização adquirida ao longo das variadas UC que compõem este Mestrado. O PIM, repercutiu-se na Proposta de Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infecção do CVC no SMI, bem como na RS efetivada. Este, foi apresentado à equipa de enfermagem do SMI através da sessão de formação em serviço e disponibilizado ao enfermeiro orientador para acessibilidade dos restantes elementos que não estiveram presentes na formação.

Foi também possível divulgar o nosso trabalho no evento formativo disseminado pela OE, em dezembro de 2022, tendo-se este momento revelado fulcral para uma maior partilha do processo desenvolvido. A partilha do trabalho desenvolvido em contexto profissional, foi também gratificante, possibilitando reflexão sobre as práticas diárias de um serviço que incide a sua atividade no âmbito da pessoa com acesso vascular.

Além disso, salientamos ainda a elaboração do presente relatório para discussão pública e publicação em repositório aberto, possibilitando a divulgação de todo o processo desenvolvido. Revela-se a pertinência da elaboração do relatório, uma vez que diz respeito à materialização de todas as etapas do projeto desenvolvido, assumindo-se como um instrumento de elevada riqueza, uma vez que possibilita a divulgação dos resultados obtidos.

Relativamente à aplicação do Procedimento desenvolvido, foi-nos facultada informação por parte da enfermeira gestora do SMI, que já foi revisto e aprovado pela Diretora Clínica do SMI, tendo já sido encaminhado para aprovação do Serviço de Gestão da Formação, para aprovação pela Qualidade, pelo que esta etapa também foi concluída com sucesso.

Em analogia à última Etapa do Modelo para a Mudança da PBE de Larrabee, a fase da Avaliação e Divulgação dos Resultados da Metodologia de Trabalho de Projeto, ambas são congruentes, na medida que dizem respeito à comunicação dos resultados alcançados.

De uma forma global, consideramos que as atividades e estratégias previamente planeadas, permitiram alcançar o objetivo geral proposto. Embora que numa fase inicial o período de EF pareça prolongado, acaba por ser limitador para execução deste processo, ainda que todas as estratégias e atividades tenham sido implementadas nos 'timings' pré-definidos pelo cronograma de atividades.

Confiamos que o Procedimento de Enfermagem desenvolvido será implementado neste serviço, uma vez que procuramos ir ao encontro da resolução do problema identificado, possibilitando contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados, corroborando ainda com os pressupostos para a acreditação hospitalar.

A realização de todo este percurso viabilizou o desenvolvimento de competências, quer durante o Estágio I e EF, quer durante o desenvolvimento deste Relatório, pelo que passaremos à sua análise seguidamente.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

“A grandeza não é onde permanecemos, mas na direção para a qual nos estamos movendo. Devemos navegar algumas vezes com o vento e outras vezes contra ele, mas devemos navegar, e não ficar à deriva, e nem ancorados.”

Oliver Wendell Holmes (1809-1894)

O desenvolvimento profissional, é incrementado pela prática clínica e pelo conhecimento científico. O investimento em novos saberes, na procura da excelência profissional, justifica a procura de novos caminhos que permitam aquisição de novas competências tornando o trilha da proficiência revestido de fundamentações assente na evidência científica. Cuidar, implica olhar a pessoa enquanto ser único, pelo que a dimensão ética e deontológica, são inegáveis e cruciais em todo o percurso da prática de enfermagem.

Os cuidados de Enfermagem diferenciados, de acordo com a OE (2019a, p.4744) “(...)”, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.”

Segundo Nunes (2013, p.2) é pelo decorrer da experiência e da formação que “(...) desenvolvemos conhecimentos, capacidades e habilidades, que se integram em padrões morais e legais, e caracterizam uma prática competente”.

Nesta linha de pensamento, Patricia Benner (2001), alude que um enfermeiro não se caracteriza como perito, apenas por reunir um leque diversificado de técnicas, pelo contrário, esse desenvolvimento torna-se possível porque o profissional integra um escopo de conhecimentos próprios, que possibilita a evolução do seu caráter profissional, bem como as suas competências.

O progresso da enfermagem advém dos contextos profissionais, onde lidar com as adversidades, necessidades e problemas reais, possibilitam o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias para o aperfeiçoamento profissional (Benner, 2001). Para Benner (2001), esta prática permite ao enfermeiro reconhecer a pessoa enquanto um todo, enquanto um ser de necessidades e vulnerável, que necessita de satisfazer as suas necessidades.

Importa nesta instância debater o conceito de competência. Para Nunes (2013), a competência profissional, pode ser definida como um conjunto de características inerentes ao

processo individual de cada um, que se desenvolve de forma pessoal, ainda que influenciado por diversos intervenientes que se cruzam connosco nesse processo.

Intrínseco ao desenvolvimento profissional, a Enfermagem sustenta-se no direito e na dimensão ética, moral, deontológica, regulamento assim a sua profissão (OE, 2015a). Reportando-nos ao Artigo 4.º do REPE, no n.º1, a Enfermagem é definida como a profissão na área da saúde que presta cuidados de saúde ao ser humano ao longo de todo o ciclo vital, e visa a manutenção e recuperação da pessoa (OE, 2015a). Por seu lado, ao analisar-mos o n.º2 do mesmo Artigo, o Enfermeiro Especialista é reconhecido como o profissional que detém o curso de Especialização, numa área específica da enfermagem, reconhecendo-se competência técnica, humana e científica, para prestar cuidados de enfermagem, de cuidados gerais e da sua área de especialidade (OE, 2015a).

Para além das Competências Específicas para a área de especialização, neste caso, EMC-PSC, instituídas pelo Regulamento n.º429/218, a aquisição de título de enfermeiro especialista prevê que os enfermeiros especialistas cumpram com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [Regulamento n.º 140/2019] (OE, 2019).

O colégio da Especialidade da EMC, reforça a pertinência do desenvolvimento na área da enfermagem, aliado aos progressos científicos e tecnológicos a que assistimos nos dias de hoje (OE, 2017). Segundo os mesmos autores, esse desenvolvimento, possibilita por um lado melhores opções de tratamento, permitindo o prolongamento da vida, mas por outro lado, acarreta maior suscetibilidade a infeções, tornando maior a vulnerabilidade do ser humano (OE, 2017).

Suhonen et al. (2018) confrontam a problemática do desenvolvimento atual com as tomadas de decisão ética em enfermagem, bem como a amplitude que esta toma de decisão acarreta para os profissionais, repercutindo-se como tal, na qualidade e na excelência dos cuidados prestados.

Sabe-se que os processos médico-cirúrgicos, são considerados complexos, uma vez que impõem aos enfermeiros tomada de decisão rápida perante situações que ameaçam a vida, implicando um conjunto de intervenções especializadas nos diversos contextos de atuação do Enfermeiro Especialista em EMC (OE, 2017 e OE, 2018a).

A dimensão da tomada de decisão em ambientes complexos, leva a que o enfermeiro necessite de agir perante situações que muitas vezes se adivinham difíceis, não por ausência de solução, mas porque muitas vezes é chamado a agir perante conjuturas ambíguas, necessitando de tomar decisões éticamente cautelosas (Nora et al., 2016).

De acordo com Deodato, na publicação da OE (2015b, p.9) – Deontologia Profissional em Enfermagem, a Deontologia, possibilita através do conjunto de normas que a compõe amparar

os enfermeiros no âmbito das suas decisões, uma vez que agrupa as várias áreas de intervenção da enfermagem, assumindo-se como um “(...) vasto e poderoso instrumento de fundamentação para o agir profissional do Enfermeiro”.

A importância da reflexão no âmbito da atividade profissional dos enfermeiros, segundo Mendes (2016, p.3), “(...) emerge do presente, da leitura do passado, para construção do futuro”.

Importa ainda refletir todo o processo desenvolvido à luz das Competências de Mestre, e Mestre em Enfermagem. Estas encontram-se explanadas no Artigo 15º do Decreto-Lei n.º 65/2018 (Presidência do Conselho de Ministros, 2018) e documento exposto à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (Universidade de Évora, 2015). O referido Decreto-Lei, procede à 5ª alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 107/2008, de 25 de junho, 230/2009, de 14 de setembro, 115/2013, de 7 de agosto, e 63/2016, de 13 de setembro, relativos ao regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior (Presidência do Conselho de Ministros, 2018).

Assim, o Grau de Mestre é atribuído a todos os que:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Presidência do Conselho de Ministros, 2018).

Por sua vez, a atribuição do Grau de Mestre em Enfermagem, é concedida aos que apresentam:

- 1) Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- 2) Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 3) 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;
- 4) Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 5) Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- 6) Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- 7) Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (Universidade de Évora, 2015, p.26).

A realização da atividade critico-reflexiva, permite analisar e refletir acerca de todo o processo desenvolvido, sustentando as tomadas de decisões implementadas e deste modo sustentar intervenções futuras (Pereira-Mendes, 2016). Falcó-Pegueroles et al. (2021), corroboram com a presente afirmação, salientando que o pensamento crítico, permitirá o aperfeiçoamento profissional, uma vez que pode ser reconhecido como um método de análise e identificação de problemas, onde é solicitada a procura pelos melhores resultados, e deste modo

refletir-se sobre intervenções que visem reduzir danos que possam ser prejudiciais para o doente.

Benner reforça o referido anteriormente, ao salientar que os enfermeiros ao realizarem o exercício crítico-reflexivo do processo de tomada de decisão clínica, conseguem implementar mudanças na prática, uma vez que atribuem valor à praxis, reconhecendo deste modo, as aprendizagens efetuadas ao longo de toda a sua atividade profissional (Benner, 2001).

No âmbito do Curso de Mestrado em Associação pressupõe-se a aquisição de Competências, nomeadamente as Comuns e Específicas para o Enfermeiro Especialista, bem como Competências de Mestre em Enfermagem [Decreto-Lei n.º 65/2018, publicado no Diário da República n.º 157/2018, Série I de 16 de agosto de 2018, com as alterações do Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de Agosto de 2013 (Diário da República, 2018)], que foram desenvolvidas ao longo de três semestres.

Nesta fase do Relatório proceder-se-á à análise crítico-reflexiva do percurso formativo, tendo em conta as competências acima mencionadas, ancoradas nos seus respetivos regulamentos, bem como nas dimensões éticas e deontológicas que suportam a prática da profissão, enfatizando-se deste modo a grandeza que o processo crítico-reflexivo adquire para a aquisição das competências em análise.

4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em Enfermagem

O Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, tem como objetivo regulamentar um conjunto de competências comuns que os Enfermeiros Especialistas devem obedecer para além das regulamentadas para a sua área de especialidade em concreto (OE, 2019a). De uma forma global, este documento enuncia as diversas dimensões da atuação do enfermeiro especialista nomeadamente, liderança, orientação e educação dos pares, disseminação do processo de investigação, bem como sua implementação, desempenhando estes profissionais um papel fundamental para a evolução da profissão de enfermagem.

De acordo com Silva et al., (2017) as vantagens da especialização no âmbito da profissão de enfermagem, possibilita melhor qualificação profissional, mais competentes e aptos quer para o ensino, quer para o desenvolvimento da enfermagem, e inegavelmente, este aperfeiçoamento acarreta consigo vantagens para a população em geral. À luz do descrito por estes autores, compreende-se que o enfermeiro especialista, é o profissional de saúde, que se lhe reconhece competências específicas da sua área de especialidade, possibilitando deste modo responder

de forma específica às necessidades das pessoas e da comunidade onde se insere (Silva et al., 2017 & OE, 2019a)

A afirmação acima descrita é corroborada pelo n.º 3 do Artigo 2.º do Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a:4745) onde se certifica que as competências clínicas especializadas atribuídas ao enfermeiro especialista, determinam que este “(...) possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção”.

A pertinência da especialidade nos profissionais de enfermagem é ainda salientada pela OE (2018b), ao aludir que tal investimento é justificado, pelo papel que estes desempenham ao nível dos serviços de saúde, uma vez que são uns dos principais pilares deste sistema. O investimento na procura pela excelência do exercício, fornecem ao enfermeiro especialista, um leque de competências acrescidas, com vista à melhor prestação de cuidados de saúde, respondendo às necessidades das pessoas de quem cuidam, e inevitavelmente, estes repercutem-se em ganhos para as instituições e para os próprios profissionais (OE, 2018a & OE, 2018b).

À luz do presente regulamento, as Competências Comuns, dizem respeito a um conjunto de competências que todos os enfermeiros especialistas partilham, “(...) independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019a:4745).

Por seu lado, as Competências Específicas, reportam-se às competências que surgem no decorrer “(...) 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, 2019a:4745).

Assim, e conforme tem vindo a ser descrito neste relatório, consideramos que a realização do Mestrado e Especialização na área da EMC, área específica de intervenção, PSC, possibilitaram desenvolver variadas competências, proporcionando ainda reflexão acerca do percurso profissional realizado até este momento. Consideramos, que foram 3 semestres desafiantes, mas que fizeram emergir, novos construtos e sem dúvida, não somos a mesma, pessoa, nem o mesmo enfermeiro, porque todo este caminho viabilizou um amadurecimento, fazendo-nos refletir sobre a enfermagem que queremos exercer.

Chegados a esta fase do relatório, importa salientar que durante o Estágio I e EF, foram desenvolvidas atividades e implementadas estratégias que nos permitiriam adquirir as

competências acima explanadas, pelo que iremos passar à sua análise por domínio de competência.

Dando continuidade à análise do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Artigo 4.º explana o domínio das competências comuns, sendo estas: “(...) a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A); b) Melhoria contínua da qualidade (B); c) Gestão dos cuidados (C); d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)” (OE, 2019a:4745).

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

A1 - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competências de Mestre em Enfermagem:

1 - 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;

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

A regulação da Profissão de Enfermagem, é instituída pelo REPE e CDE, onde são evidenciados os deveres e responsabilidades inerentes a todos os enfermeiros. O alicerce da profissão de Enfermagem, é ainda suportado pela fundamentação científica, pelas teorias da enfermagem, ancorando-se ainda em outras áreas do saber, tais como o direito, a ética e a deontologia (OE, 2015a).

Embora que os caminhos se cruzem, entre a ética, o direito e a deontologia, torna-se pertinente distingui-los entre si.

Deste modo, a Deontologia reporta-se aos deveres e obrigações, reunindo um conjunto de regras e princípios, fornecendo à ação valor moral, estabelecendo deste modo, a forma como uma pessoa de uma determinada área profissional deve comportar-se (OE, 2015b). A Deontologia é definida pela OE (2015b), como o conjunto de normas sobre as quais se rege a profissão, apoiada no valores Morais e no Direito, que determinam as boas práticas. Ao abrigo

da Deontologia, são disciplinados os deveres para com o outro, perante os quais os enfermeiros se regem no exercício da profissão.

A ética, por seu lado, diz respeito à dimensão filosófica sobre a ação das nossas intervenções (OE, 2015b). Nas palavras de Savater (2005), o domínio da ética preocupa-se com o bem e com mal. O homem, diferentemente das outras espécies pode escolher a sua forma de viver e estar no mundo. Como tal, a sua escolha, pode balancear perante aquilo que é considerado como certo ou errado, sendo que é neste domínio que se destaca a ética (Savater, 2005).

Analisando o Artigo 4º do REPE, sabe-se que a Enfermagem é a profissão na área da saúde, que presta cuidados ao ser humano, ao longo de todo o seu ciclo vital, saudável ou doente, bem como toda a comunidade onde este se integra.

Sendo a profissão de enfermagem, uma profissão do cuidar, suportando-nos no Artigo 8.º do REPE, afirmamos que os enfermeiros em todo o seu exercício profissional, são obrigados a adotar uma conduta ética, atuando em toda a sua prática na defesa e no respeito pelos direitos do homem (OE, 2015a). Esta permissão encontra-se salvaguarda pelo Artigo 1º da Constituição da República Portuguesa (CRP), onde se determina que “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária” (Assembleia da República, 2005:4642).

Para que a dignidade humana seja preservada, o enfermeiro, rege-se pelos valores universais, tal como referido no Nº 2, do Artigo 99º do CDE, sendo que estes são: “(...) a) a igualdade; b) a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; c) a verdade e a justiça; d) o altruísmo e a solidariedade; e) a competência e o aperfeiçoamento profissional” (OE, 2015ª, p.80).

Nas palavras de Vieira (2017) e expressas no CDE, todas as pessoas são providas de dignidade e de direitos. A *igualdade*, é inerente à dignidade humana. Cabe aos enfermeiros na prática da sua profissão, o dever de respeitar, dando o mesmo valor, de forma igual à vida humana, protegendo-a sempre, em todo o ciclo vital, acrescendo-se ao Enfermeiro Especialista e ao EEEMC-PSC a salvaguarda deste valor, face à complexidade dos cuidados que presta. A capacidade do Enfermeiro Especialista desenvolver práticas profissionais assentes nos princípios éticos, leva-os a cumprir com os pressupostos definidos por Simões e Sapeta (2019), relativos à dignidade humana, determinando-a como essencial, absoluta e inviolável.

Ancorado no princípio do respeito pela dignidade humana, salvaguardado pelo Artigo 1º da CRP, bem como Nº 2, do Artigo 99º do CDE, por forma a dar resposta ao acima descrito, o enfermeiro age, ancorando-se nos princípios da beneficência e da não-maleficência.

À luz do bem, é notável abordar-se o Princípio da Beneficência. De acordo com OE (2015b, p.60), o Princípio da Beneficência, relaciona-se com o “(...) dever de fazer o bem, de ajudar o outro (...)”.

Nesta linha de pensamento, Nunes (2016, p.12), remete-nos para a fragilidade associada à dignidade humana, na medida em que esta “(...) é marcada pela fragilidade, finitude, vulnerabilidade (...) respeitá-la significa promover a capacidade para pensar, decidir e agir”.

Recorrer à ética para resolver os problemas, reflete-se no dever profissional do enfermeiro (Nora et al., 2016). Segundo Nora et al., (2016), a incerteza da ação, justifica a origem dos problemas éticos com que os enfermeiros se deparam ao longo da prestação de cuidados, uma vez que estes podem pôr em causa a dignidade da pessoa, gerando dúvidas e conflitos acerca das intervenções a realizar.

Em todos os momentos da atividade diária dos enfermeiros, estes são confrontados com a necessidade de tomada de decisão, sendo que estas requerem um raciocínio perspicaz com vista à obtenção dos melhores resultados para o doente, na procura pela satisfação das suas necessidades (Potter & Perry, 2009). Para tal, a capacidade para pensar, decidir e agir, tal como Nunes (2016) afirma, é realizada em enfermagem através do Processo de Enfermagem (Potter & Perry, 2009). Este, é caracterizado por ser uma metodologia científica de resolução de problemas que recorre ao pensamento crítico, através da abordagem metódica desde a avaliação inicial até à resolução do problema.

A inevitabilidade de garantir o respeito pela dignidade da pessoa salvaguardando a sua autonomia, resulta da nossa preocupação do fazer o bem, pelo que esta deriva do nosso cuidado com o outro, na procura pelo seu bem-estar (Nunes, 2006). Aliada à preocupação com o outro, é necessário que os enfermeiros desenvolvam aptidões para a tomada de decisão ética em enfermagem, assegurando a dignidade da pessoa, e deste modo contribuir para a excelência do exercício e qualidade nos cuidados que implementa (Nora et al., 2016).

Nora et al., (2016), afirmam que as tomadas de decisões éticas, corretas, cautelosas e racionais, por parte dos enfermeiros são ancoradas pela ética. No entanto, segundo os mesmos autores, o processo de tomada de decisão ética, nem sempre é fácil, face à ambiguidade dos problemas com os quais nos deparamos, exigindo este processo experiência e dedicação (Nora et al., 2016). A tomada de decisão, assente na ética, requer uma educação profissional contínua, dotando os profissionais de competências e ferramentas necessárias para essa tomada de decisão.

A tomada de decisão ética ao longo do percurso profissional de cada enfermeiro é frequente e constante, pelo que este se rege pelo CDE. No entanto, o Direito, através da legislação,

desempenha um papel fundamental na defesa pelos direitos do homem, encontrando-se intimamente relacionado com a deontologia profissional.

A prestação de cuidados em SUG e SMI, requerem a colaboração com restante equipa multidisciplinar. Neste âmbito, destaca-se o Artigo 112.º do CDE, relativo aos deveres para com outras profissões, onde o enfermeiro assume o dever de atuar na esfera da sua área de competência, reconhecendo a singularidade das outras profissões, assegurando deste modo a articulação com os restantes profissionais de saúde, de outras áreas de especialidade (OE, 2015a).

Nesta linha de pensamento, a revisão realizada por Nora et al., (2016), destaca a pertinência da partilha de responsabilidade, no âmbito da tomada de decisão ética. Segundo estes autores, a participação ativa de todos os elementos da equipa multidisciplinar que prestam cuidados ao doente, através de estratégias como o diálogo, permitirá que em conjunto sejam tomadas decisões sobre intervenções prudentes e razoáveis, que minimizaram o impacto das dualidades dos problemas que possam surgir, contornando desta forma conflitos éticos (Nora et al., 2016).

A prestação de cuidados à PSC internada em SUG e SMI, requer na maioria das vezes, a implementação imediata de medidas avançadas de vigilância, monitorização e terapêutica, com vista à sua estabilização. Tomar decisões em ambientes complexos, assume-se como um processo difícil, quer pela ausência do consentimento ou de informações objetivas acerca dos seus antecedentes, bem como pela inexistência do seu testamento vital.

A tomada de decisões na área da saúde é salvaguardada pelo Artigo 8.º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, onde é determinado que em situações de urgência, na ausência de consentimento livre e esclarecido os profissionais agem em benefício direto da pessoa (Assembleia da República, 2001).

Em grande maioria dos casos, as situações de instabilidade hemodinâmica com risco de vida, impõem aos enfermeiros e outros membros da equipa multidisciplinar, intervenções imediatas que garantam a sobrevivência da pessoa (Nunes, 2015). Para Nunes (2015), a formação profissional, bem como o trabalho em equipa, reveste-se de uma importância significativa, uma vez que se assumem como estratégias que possibilitam melhores cuidados, grantindo-se a sobrevivência da pessoa. À luz da formação avançada em que nos encontramos, justifica-se o processo de aprendizagem realizado, que possibilitou desenvolver e adquirir competências e novos conhecimentos, revelando-se como uma mais valia, no âmbito da prestação de cuidados à PSC.

A complexidade das situações com que os enfermeiros se deparam no âmbito da prestação de cuidados em SUG e SMI, exigem mobilização de um leque diversificado de conhecimentos, pelo que a formação contínua desempenha um papel de destaque na sua prática. Podemos

afirmar, que entramos na esfera da excelência do exercício, tal como explanado no Artigo 109º do CDE (OE, 2015a). O Artigo 109º do CDE, na procura pela excelência do exercício, determina que o enfermeiro deve “(...) c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015a:86).

A imprevisibilidade das situações críticas, acarretam tomadas de decisões rápidas e atempadas, através de um algoritmo de prioridades, possibilitando a célere resolução dos principais problemas potenciais (Nunes, 2015 & OE, 2018a). A complexidade dos problemas, potencia que o foco da atenção dos enfermeiros, nomeadamente os Enfermeiros Especialistas em EMC seja direcionado para as “(...) prioridades terapêuticas, focadas na correção dos desequilíbrios homeostáticos, na estabilização hemodinâmica e das condições de ventilação, na restauração e conservação da volemia, bem como no reparo do desequilíbrio eletrolítico, das alterações metabólicas e no controle da dor” (Nunes, 2015:188).

As intervenções de enfermagem realizadas à PSC, durante o Estágio I e EF, possibilitaram executar um leque diversificado de procedimentos de vigilância contínua, por forma a assegurar a sobrevivência da pessoa. Para tal, socorremo-nos a princípios éticos basilares como o respeito pela dignidade humana, autonomia, beneficência e não maleficência, bem como princípio da justiça, salvaguardados pelo Artigo 99º do CDE (OE, 2015a).

O foco da intervenção da profissão de enfermagem, visa satisfazer as necessidades das pessoas de quem cuida (OE, 2018b). Ora, a prestação de cuidados de saúde, requer consentimento livre e esclarecido para que possam ser implementadas, conforme evidenciado no Artigo 5º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (Assembleia da República, 2005). Na mesma linha de pensamento, ao abrigo deste direito, os enfermeiros são obrigados a informar a pessoa e a família, em matéria dos cuidados de enfermagem, consoante Artigo 105º, do CDE (OEa, 2015).

Embora que em SMI seja frequente encontrarmos doentes sedados e curarizados, também é sabido e recomendado pela DGS, que esta seja mínima e substituída pela analgesia, bem como desmame ventilatório sempre que possível (DGS, 2022b). Aquando da prestação de cuidados ao doente ventilado, sempre que este não se encontrava sobre sedação, assegurou-se sempre o consentimento do doente, respeitando as suas decisões.

Tendo em conta as características específicas da PSC, foram adequados os cuidados de enfermagem consoante as suas necessidades. Deste modo, assegurou-se a continuidade dos mesmos, conforme descrito no Artigo 104º do CDE, alínea d), através do registo rigoroso das intervenções executadas, bem como das observações efetivadas (OE, 2015a).

Embora que o campo da intervenção do EEEMC-PSC se desdobre em contextos particulares, conforme temos vindo a referir, é sabido que conduzir as intervenções apenas pelo domínio da técnica, não nos garantem cuidados de qualidade. A pertinência de aliar as competências técnicas ao domínio da deontologia, ética e direito, resulta da autorregulação da profissão, atribuindo aos profissionais, responsabilidades pelos seu atos, conforme podemos ler nas palavras de Nunes (2008).

Ainda segundo Nunes (2008), tanto a pessoa, como o enfermeiro são seres providos de valores. A preocupação da ética, segundo esta autora, assenta na procura pelo bem-estar das pessoas de quem cuidamos, numa perspetiva humanística pelo respeito, assente na relação interpessoal que se estabelece entre pessoa-doente-família-comunidade, tendo como foco a “(...) promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços”, descritos no Artigo 112º, alínea c) do CDE (OE, 2015^a, p.87).

A vulnerabilidade da saúde, bem como a imprevisibilidade da doença levam a que os enfermeiros assumam a responsabilidade de agir em conformidade com os princípios éticos, no respeito pelos valores individuais das pessoas, sua autonomia e dignidade. Neste sentido, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [CNECV], na sua Tomada de Posição face à Lei de Bases da Saúde, reforça o dito anteriormente ao afirmar que o respeito pela autonomia da pessoa é o foco nos cuidados de saúde (CNECV,2019).

Para além disso, os mesmos autores reiteram que “O princípio da beneficência e os princípios éticos e deontológicos das profissões da saúde devem assegurar a proteção integral da pessoa assistida quando esta não tem capacidade para decidir por si própria nem tem quem por si o possa fazer” (CNECV, 2019, p.2).

O olhar perante o princípio da dignidade humana, bem como a sua defesa, na prática, durante o Estágio I e EF, após reflexão sobre estes domínios de competência em concreto, levam-nos a afirmar, que os cuidados prestados à PSC foram suportados pelos conhecimentos teóricos, princípios éticos e deontológicos, no respeito pela total integridade da pessoa e sua família, na procura da sua recuperação e satisfação das suas necessidades. A prestação de cuidados em ambientes complexos, tal como o SUG e SMI, destacou a pertinência da ética, do direito e da deontologia, no estabelecimento das suas necessidades, mesmo quando esta não é capaz de se expressar.

A competência profissional dos enfermeiros, segundo Oliveira et al., (2015), é definida como a aptidão que estes profissionais têm de aplicar os conhecimentos, valores e atitudes. Numa análise reflexiva acerca da prática do cuidar, faz sentido abordar-se a relação pessoal que se estabelece entre o doente e o enfermeiro. Simões e Sapeta (2019), salientam que para se alcançar o domínio da inter-relação humana nos cuidados de enfermagem é necessário a

abertura autêntica, assente numa visão holística, repercutindo-se também no conhecimento do enfermeiro relativo ao seu self.

Phaneuf (2005, p.XXVIII), enfatiza a complexidade do papel desempenhado pelos enfermeiros, salientando que este “Supõe numerosas intervenções técnicas e organizacionais, e para que as possa fazer, necessita antes de tudo de conseguir estabelecer com a pessoa cuidada uma relação de confiança (...)”.

No âmbito da prestação de cuidados em situações complexas, como as situações críticas, a relação terapêutica estabelecida entre doente e enfermeiro, revela-se eficaz, assumindo especial destaque (Phaneuf, 2005).

Aos enfermeiros é lhes incutido a salvaguarda pelo direito à vida e à qualidade de vida, conforme resguardado pelo Artigo 103º do CDE, reservando-lhe o dever de assegurar a vida das pessoas e comunidades de quem cuida ao longo de todo o seu ciclo vital, respeitando e defendendo a vida humana em todas as circunstâncias (OE, 2015a). Perante esta afirmação, consideramos que foram desenvolvidas durante o Estágio I e EF, práticas profissionais que respeitaram os direitos humanos, indo ao encontro dos princípios éticos e deontológicos, evidenciando-se desta forma competências inerentes ao enfermeiro especialista e relativas à sua área de especialidade.

Importa ressaltar a importância das UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, Enfermagem Médico-Cirúrgica 1 e Relação de Ajuda, para a consolidação destas competências durante o Estágio I e EF. As metodologias abordadas possibilitaram dotar e enriquecer os cuidados de enfermagem, na medida que foram aplicados princípios inerentes à Relação de Ajuda, respeito pelos princípios éticos e valores morais, ancorando a nossa prática na deontologia e no direito, possibilitando prestar cuidados de enfermagem especializados, tornando-nos mais conscientes da pertinência que estas competências adquirem. Assim, consideramos que foram atingidas as competências que fazem parte deste domínio, bem como as competências previstas para Mestre em Enfermagem.

Domínio da melhoria contínua da qualidade:

- B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria clínica;
- B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Competências de Mestre em Enfermagem:

- 2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 5 – Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- 6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade.

Ao longo de todo o desenvolvimento do relatório, temos vindo a abordar a pertinência que a qualidade adquire no âmbito da prestação de cuidados de saúde, e em concreto nos cuidados de enfermagem. Promover a qualidade na prática diária, assume-se como um desafio, quer para os profissionais de saúde, quer para as próprias instituições, tal como a OMS (2020b) nos evidencia, conforme mencionado no primeiro capítulo deste trabalho. O reflexo da qualidade é sustentado pelo papel que os profissionais desempenham através da sua participação ativa, suportada pela evidência científica, repercutindo-se nas melhores práticas, respondendo assertivamente às reais necessidades dos contextos (OMS, 2020b).

Segundo a OE (2018b), a Saúde, face às suas particularidades, requer que os profissionais sejam amplamente qualificados, por forma a responder às necessidades das pessoas, famílias e das comunidades de quem cuidam, conseguindo ainda acompanhar as evoluções científico-tecnológicas com que se deparam. Nesta linha de pensamento, os mesmos autores afirmam que melhorar a qualidade requer um investimento nos profissionais, munindo-os de conhecimentos, competências e ferramentas que possibilitem integrar competências acrescidas, quer para a assegurar cuidados mais eficazes, bem como prontidão para tomada de decisão em situações complexas (OE, 2018b).

Sendo que o enfermeiro, é o profissional que se reconhece competências, científica, técnica e humana para executar cuidados de saúde, à pessoa, sua família e comunidade, de acordo com o n.º 2 do Artigo 4º do REPE (OE, 2015a), podemos afirmar a riqueza do papel que estes desempenham ao nível do sistema de saúde, sendo basilares para o seu funcionamento (OE, 2018b). Por seu lado, justificando-se a pertinência do investimento profissional no âmbito do Mestrado em Enfermagem e Especialidade, podemos ler, no n.º 3 do Artigo 4º do REPE (OE, 2015a), que o enfermeiro especialista, para além de poder exercer cuidados gerais de

enfermagem, são as reconhecidas competências, científicas, técnicas e humanas, para executar cuidados de saúde, à pessoa, família e comunidade, cuidados especializados na sua área de especialidade. Deste modo, legitima-se a pertinência que este nível de formação avançada adquire no âmbito da qualificação profissional.

Conforme já referido, a promoção da segurança dos cuidados encontra-se abraçada à qualidade, existindo diversos intervenientes a reforçar a sua importância, conforme explanado no PNSD 2021-2026, bem como em outros documentos normativos, tais como Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001) e Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de EMC, na área de intervenção específica a PSC (OE, 2017).

June Larrabee (2011), explora também o destaque que a melhoria da qualidade apresenta para os sistemas de saúde. Esta autora, alude que ao longo dos tempos os serviços de saúde têm ampliado estratégias para incentivarem o papel dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde, ao desenvolvimento de projetos, que possibilitem adquirir os melhores níveis de qualidade e segurança no cuidado, devendo estes socorrer-se à melhor evidência disponível, conduzindo a mudanças na prática (Larrabee, 2011).

Por forma a suportar todo o trabalho desenvolvido, foram consultados projetos de acreditação a decorrer no Centro Hospitalar onde decorreu o Estágio I e EF, bem como documentos de apoio à gestão e projetos de melhoria da qualidade. A análise dos referidos documentos, possibilitou-nos conhecer objetivos estratégicos do Hospital, indicadores de qualidade e deste modo identificar áreas de interesse e necessidade de melhoria contínua possibilitando desta forma enquadrar o projeto desenvolvido. Foi delineado o PIM, e apresentada proposta de Procedimento, que visou a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no SMI, aquando da abordagem à pessoa com CVC para HD. Tal como já referido, foi concretizada uma sessão de formação em serviço, com o intuito de apresentar à equipa de enfermagem do SMI, a proposta de procedimento desenvolvida.

À semelhança do efetivado para EF, foi também realizada uma sessão de formação em serviço, sobre a mesma temática, que objetivava esclarecimento de dúvidas, levantadas pela equipa de enfermagem do SUG. Em parceria com a enfermeira chefe, docente e enfermeiro orientador, foi reconhecida a necessidade da atualização de conhecimentos, no referido serviço, sobre as diretrizes e 'Guidelines', junto da equipa de enfermagem, para a prestação de cuidados à pessoa com CVC para HD, uma vez que os doentes hemodialisados acabam por ficar internados no SUG, existindo por vezes a necessidade de manutenção aos mesmos. O Plano de Formação em Serviço, incidiu sobre a Promoção da Melhoria Contínua da Qualidade nos

Cuidados de Enfermagem à Pessoa com CVC para HD no SUG e objetivava de uma forma geral, responder à necessidade identificada, acima supracitada.

Coelho e Adriano (2021, p.298) salientam que as UCI são caracterizadas pela “(...) *sofisticação tecnológica, onde os avanços e a intervenção profissional, nos mais diferenciados graus de complexidade, estão destinados à sobrevivência da pessoa em situação crítica*”.

A prática de enfermagem em UCI, assume-se como desafiante, nas esferas do domínio técnico e emocional, onde a integração de novos profissionais deve basear-se no desenvolvimento de competências técnicas, aquisição de novos saberes e aptidões, promovendo-se elevados níveis de desempenho no cuidado à PSC (Coelho & Adriano, 2021).

Tal como já referido previamente, a ausência do desempenho de funções em UCI e em SUG, ao longo do nosso percurso profissional, justifica a complexidade do processo de integração nestes contextos. Contudo, o conhecimento de técnicas dialíticas e em técnicas de filtração do Plasma, possibilitou transpor para o estágio final, conhecimentos adquiridos relativos aos equipamentos tecnológicos necessários para se realizarem essas técnicas, revelando-se uma mais-valia, para o domínio deste cuidado.

A ausência de experiência nestes contextos, exigiu um trabalho acrescido da nossa parte, para nos familiarizarmos com restantes equipamentos e técnicas, bem como normas e protocolos de ambos os serviços.

Todo este processo, possibilitou adquirir novos conhecimentos no âmbito do cuidado à PSC e melhorar a resposta na abordagem à PSC, em tempo útil. Consideramos que as UC de EMC 2,3 e 4, bem como Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada, foram cruciais na preparação para o EF. Ainda assim, com o intuito de aprofundar conhecimentos, foram realizadas diversas pesquisas, consultadas normas e protocolos específicos no serviço para abordagem à PSC, em vigor no Centro Hospitalar.

Ainda relativamente ao processo de mudança da prática, assente na evidência científica, com os contributos da PBE, é referida por Larrabee (2011), como essencial na atividade dos enfermeiros, uma vez que o foco da sua atividade passa pela prestação de cuidados com qualidade. A importância da pesquisa é salientada por esta teórica como a base para a construção do conhecimento científico, assumindo-se como um processo rigoroso e sistemático, sendo uma atividade presente na atividade destes profissionais, já há mais de 30 anos (Larrabee, 2011).

Conforme explanado no Regulamento da Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (nº140/2019a), uma das competências destes profissionais assenta na melhoria contínua da qualidade, conforme podemos analisar no Artigo 4º, alínea b). Perante o acréscimo de competências do enfermeiro especialista, cabe a este, motivar os seus pares no seio da sua

equipa, para a aquisição, atualização de conhecimentos, repercutindo-se na aplicação da PBE, implementando-a na sua atividade diária, pelo que consideramos que foi possível concretizar esta competência através do trabalho implementado no seio da equipa multidisciplinar, através da sua disseminação na sessão de formação em serviço elaborada.

As UC de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e Gestão em Saúde e Governação Clínica, possibilitaram através dos conteúdos lecionados, compreender a sua importância e pertinência no âmbito da prática clínica de enfermagem.

Relativamente à unidade de competência B3, alusiva ao ambiente seguro e terapêutico, podemos assegurar que foram cumpridas normas instituídas no serviço, bem como as definidas pela instituição, referentes à comunicação eficaz.

Segundo Nunes (2020, p.1) a Comunicação em saúde reporta-se “(...) ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde”.

Os momentos de transferência de informação entre os enfermeiros, designados como “Passagem de Turno”, são altamente complexos, sendo considerados como prioritários e vulneráveis pela DGS (2017). A Norma N.º 001/2017 da DGS sobre *Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde*, emana recomendações acerca deste processo, reportando-se à mnemónica ISBAR², como a ferramenta padronizada para a comunicação no âmbito dos cuidados de saúde.

A Transmissão da Informação em Enfermagem, no Centro Hospitalar, deve seguir as recomendações do Procedimento da Política de Enfermagem designado de *Procedimento de Transmissão de Informação em Enfermagem: Comunicação eficaz na transição de cuidados*, que se encontra em anexo no Manual de Políticas e Procedimentos.

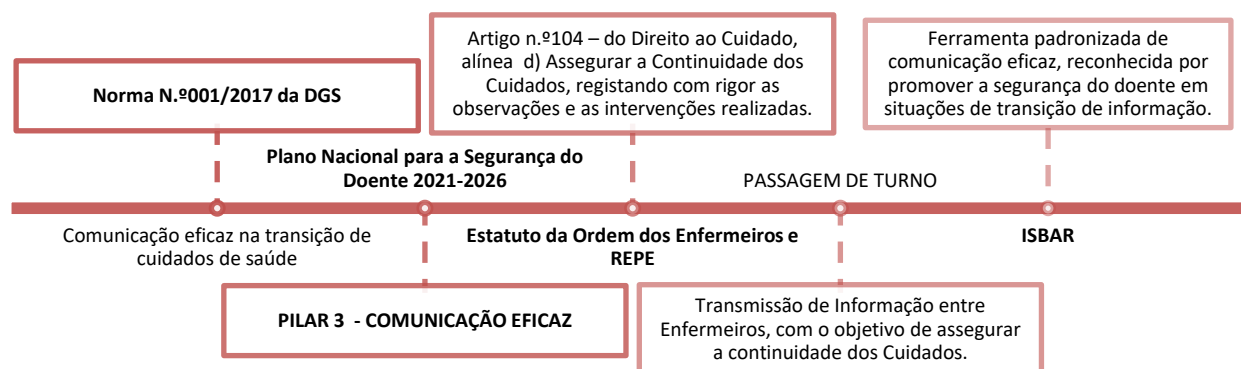
A implementação da Ferramenta ISBAR, permite contribuir para implementação da Política de Enfermagem do próprio Centro Hospitalar, assegurando a continuidade dos cuidados de enfermagem, visando a melhoria contínua e a qualidade dos mesmos.

O PNSD 2021-2026, no seu objetivo estratégico 3.2, referente ao Pilar 3 do presente programa, respeitante à Comunicação Eficaz, emana que todos os profissionais devem atualizar-se acerca da atualização dos documentos normativos alusivos à transmissão dos cuidados, desenvolver e implementar estratégias de comunicação que visem a transição e transmissão segura de informação em saúde entre os demais profissionais incluídos no processo de cuidados do doente (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021).

² ISBAR - Situation (Situação Atual), Background (Antecedentes), Assessement (Avaliação) e Recommendation (Recomendações).

Por forma a cumprir com os dispostos anteriores os enfermeiros suportam-se ainda no Artigo 104º do CDE, alínea d), assumindo o dever de assegurar a continuidade dos cuidados, através do registo rigoroso das suas observações e das intervenções implementadas (OE, 2015a).

Apresentamos em baixo, o Fluxograma 1, alusivo à pertinência das intervenções implementadas durante o estágio final, referentes à comunicação em enfermagem.



Fluxograma 1 - Intervenções de Enfermagem na Comunicação Eficaz

Fonte: Autoria Própria

Resumidamente, durante o Estágio I e EF, foi garantida a comunicação eficaz, durante os momentos de passagem de turno, transferência de serviço ou alta de doentes, ancorada nos documentos normativos referidos, na deontologia profissional, bem como nas normas hospitalares da própria instituição. Para tal, e na salvaguarda pela segurança do doente e respeito pela sua individualidade, foram elaborados registos de enfermagem que permitissem uma transição segura e eficaz dos cuidados de enfermagem, assegurando a sua continuidade, tal como elucidado anteriormente.

Alusivo ainda à segurança do doente, importa salientar que o Centro Hospitalar dispõe de uma Política de Gestão do Risco Clínico, que tem como objetivo estabelecer abordagem estratégica para a gestão do risco geral e clínico, por forma a prevenir-se e a reduzir-se a sua gravidade. Esta Política engloba um grupo multidisciplinar com Políticas ao nível da Gestão do Risco geral, Gestão de Incidentes, Segurança de Pessoas e Bens, Gestão do Risco Financeiro e Gestão de Resíduos, responsáveis por áreas de atuação própria.

Ao longo do Estágio I e EF, foram implementadas medidas preventivas para evitar possíveis erros de administração de fármacos e hemoderivados. O PNSD 2015-2020, reporta-se à gestão do risco como uma medida coletiva, que visa aumentar e promover a segurança dos doentes, reduzindo-se e evitando-se incidentes que podem ser frequentes (Ministério da Saúde, 2015).

Neste sentido o Centro Hospitalar, define que a Gestão do Risco, visa proceder à identificação, análise, avaliação, tratamento e monitorização do risco clínico, com vista ao desenvolvimento de um ambiente redutor da ocorrência de riscos, promotores da segurança, por forma a minimizar as perdas e a otimizar os recursos disponíveis.

O próprio hospital, dispõe de um documento de notificação do Risco Clínico e Não Clínico, que possibilita reportar todos os incidentes, possibilitando a sua análises e tratamento de dados por parte do Grupo de Risco Clínico, com vista à sua atuação. A intervenção do Grupo de Risco clínico poderá nestas instâncias minimizar o impacto das intercorrências, através da sua atuação na origem do problema, prevenindo-se outros efeitos adversos futuros, salvaguardado a segurança dos doentes e das suas famílias, proporcionando ambientes de trabalho mais seguros e redutores de risco.

Embora que durante o Estágio I e EF não tenha sido necessário proceder-se a nenhuma notificação do risco, o PNSD 2015-2020, refere a pertinência da notificação no âmbito das práticas profissionais, como medida promotora da aprendizagem, uma vez que a sua partilha possibilita identificar os perigos, riscos e vulnerabilidades, possibilitando reflexão profissional (Ministério da Saúde, 2015).

De acordo com o enfermeiro responsável pela Gestão do Risco Clínico e Não Clínico no SMI, foi possível validar que todos os profissionais têm conhecimento do instrumento de notificação do risco clínico e não clínico e que este é utilizado sempre que se justifica.

Tendo em conta que os cuidados de enfermagem à PSC, se revestem de uma alta complexidade, face às necessidades da pessoa perante as ameaças de vida e instabilidade hemodinâmica (OE, 2018a), importa referir que durante o estágio procedeu-se ao cumprimento, avaliação e preenchimento dos protocolos e algoritmos em vista no SUG e no SMI, tais como: a Escala de Coma de Glasgow, para avaliar o nível de consciência; Escala de Braden, para avaliação de risco de úlcera de pressão, Escala de Morse para avaliação do risco de quedas.

Não menos importante, o PNSD 2021-2026, fomenta uma cultura de segurança, onde as IACS também detêm a sua particularidade (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021). Durante a prestação de cuidados, foram asseguradas sempre práticas promotoras de prevenção e controlo de infeção. Para além disso, o foco do trabalho desenvolvido pela proposta de procedimento foi assente na premissa da prevenção e controlo de infeção associada ao CVC para HD, tendo nós, desenvolvido uma atitude dinamizadora junto dos pares na partilha da evidência reunida, fomentando deste modo práticas promotoras de segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Depois da análise pormenorizada sobre este domínio de competência específica, das competências comuns do enfermeiro especialista e mestre em enfermagem, consideramos que ambas foram atingidas.

Domínio da gestão de cuidados:

- C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Competências de Mestre em Enfermagem:

- 1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Segundo Teixeira e Barbieri-Figueiredo (2020, p.8) “(...) a investigação possibilita a adoção de uma prática autónoma do enfermeiro e contribui para a segurança dos cuidados e para a otimização dos resultados em Enfermagem, assim como para o desenvolvimento profissional”.

Destacando o JBI (2016), a tomada de decisão em saúde, com base na evidência científica, viabiliza, adequada e garante, a eficácia das práticas em contexto de saúde. Após reunida a evidência, os seus resultados são analisados, sistematizados e implementados nos contextos da prestação de cuidados de saúde (JBI, 2016). Os profissionais, são os responsáveis, pela implementação e avaliação dos seus impactos, na prática profissional.

Desde 2007, que a OE desenvolve no nosso país o Programa Liderança para a Mudança, uma iniciativa instigada pelo ICN. Segundo a Ordem, os Enfermeiros apresentam-se como líderes competentes, com capacidades para incutir e potenciar a mudança nos sistemas de saúde (OE, 2007).

Torna-se deste modo, essencial a liderança nas equipas de enfermagem. O enfermeiro especialista, assume competências no domínio da gestão dos cuidados, tal como se apresentam esplanadas no Artigo 7.º, do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro

Especialista (nº140/2019), onde estas passam pela gestão dos cuidados, liderança das equipas e gestão dos recursos, entre outras (OE, 2019a).

Uma vez que os ambientes de saúde se apresentam como complexos e mutáveis, os enfermeiros têm de estar dispostos a ultrapassarem os desafios que se lhes impõe durante a sua prática, através da participação ativa a nível da gestão, planeamento e política em saúde (OE, 2007).

A liderança no âmbito da prestação dos cuidados de enfermagem, segundo Gelbcke et al., (2009), assume-se como uma tarefa complexa, uma vez que estabelece altos padrões de qualidade no âmbito da prestação de cuidados, exigindo desenvolvimento e melhoria contínua aos enfermeiros. No âmbito dos serviços de cuidados críticos, a liderança, prevê focos de instabilidade, mobilizando competências científicas e técnicas por parte dos enfermeiros (Gelbcke et al., 2009).

Segundo Mendes e Fradique (2013), cabe aos líderes monitorizar os processos de melhoria de desempenho, através da monitorização, desenvolvimento e implementação nos serviços. Deste modo, de acordo com estes autores, os enfermeiros assumem o dever de motivar a equipa, fomentando práticas promotoras de qualidade, assentes nas necessidades da pessoa e da sua família (Mendes & Fradique, 2013).

Tendo em conta que uma das Competências Comuns esperadas para o Enfermeiro Especialista passa pela adaptação e gestão da liderança, garantindo a qualidade dos cuidados, conforme evidenciado no Artigo 7º do Regulamento nº140/2019 (OE, 2019a), Mendes e Fradique (2013), corroboram a presente afirmação, asseverando que o líder desempenha um papel crucial no apoio, educação e coordenação da equipa, potencializando ainda para que a equipa implemente os melhores cuidados, contribuindo para a qualidade dos mesmos.

À luz deste domínio de competência em concreto, consideramos que a UC de Gestão em Saúde e Governação Clínica, através dos conteúdos abordados, possibilitou durante o Estágio I e o EF, compreender a importância da liderança e governação clínica no seio das equipas.

Quer durante o EF, bem como no Estágio efetivado no SUG, foi possível acompanhar de perto o trabalho dos enfermeiros responsáveis de equipa, que eram os enfermeiros orientadores. Durante esse acompanhamento, reconheceu-se a responsabilidade acrescida que o enfermeiro responsável de equipa desempenha, assumindo-se como um líder e como um elemento de referência para a equipa.

Relativamente às funções executadas pelo enfermeiro responsável de equipa no SMI e SUG, a Mesa do Colégio de Especialidade de EMC, esclarece no Parecer N.º15/2018 e Parecer N.º20/2015, que o Enfermeiro Especialista em EMC, é o profissional mais dotado com competências para chefiar as equipas de enfermagem nesses serviços em concreto (OE, 2015c

e OE, 2018c). Para além disso, ainda segundo a OE (2018), cabe às chefias assegurar que aquando da realização das escalas de enfermagem estas sejam feitas na medida em que sejam distribuídos turnos equitativamente pelos enfermeiros especialistas em EMC, por forma que sejam estes a assegurar as respetivas chefias.

É de salientar que o enfermeiro responsável de equipa, no SMI, para além de assumir funções de chefia presta cuidados diretos aos doentes, tendo por norma um doente atribuído a seu cargo, prestando ainda apoio aos restantes elementos da equipa, traduzindo-se numa carga de trabalho acrescido. Do processo de acompanhamento efetuado durante as chefias de equipa, uma das funções desempenhadas pelo responsável de equipa, passa pela gestão de cuidados. Terminada a passagem de turno, o enfermeiro responsável de turno, procedia à distribuição dos elementos de enfermagem por doente e por atividades externas, como é o caso da EEMI, bem como distribuição dos assistentes operacionais pelas diversas áreas de prestação de cuidados.

A delegação de tarefas, apresenta-se como um dever da atividade profissional dos enfermeiros, conforme se evidencia pelo Artigo 109º, alínea e) do CDE, onde estes são responsáveis por assegurar e garantir a continuidade dos cuidados que presta e que delega (OE, 2015a). Neste sentido, foi possível colaborarmos com o enfermeiro orientador no domínio da delegação de tarefas, uma vez que durante a prestação de cuidados, éramos nós que assegurávamos as tarefas delegadas pelo enfermeiro orientador.

Foi possível acompanhar de perto a enfermeira gestora no desempenho das suas funções, especificamente, na gestão e organização dos cuidados de enfermagem, gestão dos recursos humanos e recursos materiais, durante o EF. A gestão dos recursos humanos nem sempre se assume linear, quer pela imprevisibilidade de faltas, ausências que levam a rácios desadequados de enfermeiros no serviço, sendo esta uma preocupação por parte da enfermeira gestora para manter rácios de dotações seguras. Relativamente à gestão dos recursos materiais, esta é uma atividade partilhada com os enfermeiros especialistas do SMI, que colaboram na gestão com a enfermeira gestora e asseguram as requisições do material de consumo clínico e terapêutica, bem como a sua reposição.

A distribuição é realizada sempre de forma equitativa e equilibrada, tendo-se verificado sempre uma mutuo-ajuda entre colegas, demonstrando fortes capacidades de trabalho em equipa e companheirismo no seio deste serviço.

Refletindo-se sobre a liderança e chefias de equipa no âmbito dos serviços de cuidados intensivos, Gelbcke et al., (2009), os enfermeiros que executam funções de responsável de equipa, reúnem um conjunto de saberes humanos e científicos que lhes permitem tomar decisões rápidas e complexas, sustentando ainda as suas decisões na ética, moral e na deontologia profissional, como temos vindo a descrever até aqui. Pode-se assumir, que estes líderes são

designados de enfermeiros peritos, ou seja, segundo Benner (2001), são profissionais reconhecidos pela sua vasta experiência na área, que agem de forma intuitiva perante as situações com que são confrontados, uma vez que detêm uma compreensão profunda de análise dos problemas, que os enfermeiros iniciados não desenvolveram ainda.

A OE (2018c, p.35), defende as afirmações anteriores, salientando que os “Enfermeiros especialistas têm maior participação na tomada de decisão, maior controle sobre prática de Enfermagem, maior liderança e acrescido reconhecimento de perícia por parte dos restantes profissionais de saúde”.

Ao longo do EF, fomos confrontados com a experiência profissional do enfermeiro orientador, que conta com 13 anos de trabalho em medicina intensiva. Como tal, através das experiências vivenciadas, afirmamos que detêm elevadas capacidades para agir perante as situações críticas, desempenhando um papel dinamizador e de referência no seio da sua equipa.

Inerente ao processo de gestão de cuidados, foi possível em Estágio I, em contexto de SUG, desenvolver conhecimentos inerentes ao Sistema de Triagem de Manchester. Este encontra-se implementado em Portugal desde o ano de 2000 (Grupo Português de Triagem, 2010). Preconiza-se através do Sistema de Triagem de Manchester atribuir prioridades clínicas aos doentes, consoante a gravidade dos sintomas com que estes se apresentam no SUG (Grupo Português de Triagem, 2010). O Sistema de Triagem de Manchester implica raciocínio clínico e pensamento crítico por parte do enfermeiro triador. Compreende-se deste modo que os enfermeiros, nomeadamente o enfermeiro especialista detêm um corpo aprofundado de conhecimentos, com capacidade de juízo clínico profundo, assumindo-se como um elemento central para a gestão, continuidade e melhoria dos cuidados prestados.

O trabalho desenvolvido durante o EF, exigiu-nos mobilizar capacidades na área da gestão, por forma a alcançar metas e objetivos delineados para o PIM. Tendo em conta a crítica-reflexiva efetuada sobre este domínio de competência, bem como as de mestre, consideramos que estas foram atingidas.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais:

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade;

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Competências de Mestre em Enfermagem:

- 2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade.

A PBE, terá sido implementada na década de 1970, de acordo com o estudo de Danski et al., (2017b). A sua origem foi marcada, segundo os mesmos autores, pelos avanços científicos e tecnológicos, que vieram impulsionar os métodos de prevenção e diagnóstico, na área da saúde (Danski et al., 2017b). Como tal, esses progressos deram origem a uma rápida disseminação do conhecimento, exigindo uma atualização constante dos enfermeiros às novas evidências.

Nesta linha de pensamento, Larrabee (2011), reporta-se à PBE como a aplicação conjunta da prática com a evidência mais recente, resultante do processo de investigação, como método de resolução de problemas.

O Enfermeiro, enquanto elemento central dos cuidados, assume o dever de se atualizar perante o desenvolvimento, na procura pelo aperfeiçoamento profissional, conforme explanado no N.º2, alínea e) do Artigo 99º do CDE (OE, 2015a).

Enquadrado no desenvolvimento científico e tecnológico que se assiste nos dias de hoje, impõe-se que os enfermeiros invistam na atualização contínua, com vista ao aperfeiçoamento profissional na procura pela excelência do exercício. Num estudo desenvolvido por Ferreira et al., (2022), foi possível concluir que a implementação da PBE nos contextos da prática, fica aquém das expectativas, daquilo que é recomendado pelas organizações nacionais e internacionais.

Teixeira e Barbieri-Figueiredo (2020, p.10), corroboram com o dito anteriormente ao afirmarem que:

“A prática de Enfermagem está mais ligada à tradição do que à evidência. Fruto do seu passado, as decisões clínicas são feitas com base numa escolha pessoal, numa instrução (...) apesar da Enfermagem como ciência, estar assente no pensamento crítico (...) O

enfermeiro não pode adotar, conscientemente, intervenções não suportadas pela melhor evidência”.

Motivados pela melhoria contínua, na procura pela aquisição de novas competências e saberes, assente numa atitude reflexiva e crítica sobre a nossa atividade diária, fomos estimulados a investir neste processo de crescimento pessoal e profissional.

O Estágio I e o EF, possibilitaram mobilizar diversos conteúdos programáticos das UC conforme temos vindo a mencionar. A inexperiência em contextos de urgência e emergência, exigiram uma mobilização de saberes e um trabalho acrescido para lidar com a complexidade dos cuidados prestados. A possibilidade de poder exercer enfermagem, fora da nossa zona de conforto, assumiu-se como um enorme desafio, mas também sabemos que este processo foi mais claro e facilitador, face aos anos de experiência profissional que já reuníamos.

Durante a prestação de cuidados, no decorrer do Estágio I e EF, reconhecemos os nossos limites pessoais e profissionais, tendo questionado os enfermeiros orientadores sempre que existiam dúvidas. Foi possível pela pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, bem como através das UC do Mestrado, aprofundar e desenvolver competências e conhecimentos. Esses possibilitaram a prestação de cuidados seguros, ancorados na esfera da melhoria contínua da qualidade, na procura pelo estabelecimento das necessidades da PSC e sua família.

A pertinência da realização da UC de EF, no âmbito da especialização e mestrado em enfermagem, é justificada pelo caráter prático inerente à profissão de enfermagem, pelo que segundo Potter e Perry (2009), são através das aprendizagens clínicas que os enfermeiros adquirem aptidões para as tomadas de decisão clínica.

Reunir um conjunto de competências, técnicas e humanas, assentes nos valores morais, na ética, e na deontologia profissional, incrementa aos enfermeiros diversos estádios de aperfeiçoamento. Na sua teoria, Benner (2001) foca-se na aquisição e desenvolvimento de competências que os enfermeiros passam ao longo da sua experiência profissional, identificando 5 estádios: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, onde em comparação das experiências prévias adquirem competências de compreensão e perceção perante as exigências e os problemas com que se vão deparando.

Esta experiência profissional, pode ser analisada à luz da afirmação de Coelho e Adriano (2021), que salientam que os processos de integração são incertos no que concernem à sua duração, forma e conteúdo, pelo que estes autores consideram que a integração em UCI, requerem aprendizagem contínua, para o desenvolvimento de aptidões, aquisição de novos conhecimentos, tomada de decisão, possibilitando a prestação de cuidados seguros e complexos, com vista à obtenção dos resultados desejados para os doentes e desta forma atingir a excelência.

A procura pela excelência, encontra-se descrita no Artigo 109º, alíneas a) e c), do CDE, onde os enfermeiros assumem o dever de manter a atualização dos seus conhecimentos, recorrendo à tecnologia e as ciências humanas, sendo ainda capazes de reconhecer as falhas analisando o trabalho desenvolvido (OE, 2015a).

A consciencialização das nossas limitações e nomeadamente o processo de autorreflexão alusivo às mesmas, bem como as nossas aptidões são salientadas por Phaneuf (2005), como uma das qualidades dos enfermeiros. Para esta autora, a competência a nível da profissão de enfermagem, adquire duas vertentes, sendo elas, a capacidade pessoal de cada enfermeiro, e a capacidade para mobilização dos saberes que estes dispõem, sendo eles o saber-saber, e o e saber-fazer (Phaneuf, 2005).

A capacidade que o enfermeiro adquire pelo progresso das suas competências profissionais, apenas é exequível, através da tomada de consciência por parte do seu self, das suas capacidades, levando-o deste modo a desenvolver aptidões relacionais, nomeadamente a investir na relação de ajuda para com as pessoas de quem cuida (Phaneuf, 2005). Para Phaneuf (2005), a tomada de consciência profissional para lidar com os problemas da prática, apenas é possível através deste processo de auto-reconhecimento. A capacidade que os enfermeiros adquirem para avaliar as necessidades das pessoas, apenas é possível pela sua plena disponibilidade e entrega, suportado pelos valores da ética e da moral, levando-os deste modo a estabelecer a relação terapêutica, encontrando-se o processo de auto-conhecimento dos enfermeiros intimamente relacionado com este processo.

Em linha de conclusão, o desenvolvimento do autoconhecimento no nível de prática avançada em que nos deparamos possibilita, um caminho de novas descobertas de quem somos e para onde vamos, uma consciencialização dos nossos traços pessoais, da nossa personalidade, e do que necessitamos de fazer para inovarmos (Phaneuf, 2005). Segundo Phaneuf (2005) este processo crítico-reflexivo contribui para o nosso crescimento e desenvolvimento pessoal, através da reflexão das nossas fraquezas e das nossas conquistas.

Os momentos de 'debriefing' durante o Estágio I e EF com os enfermeiros orientadores, possibilitaram refletir e analisar sobre as práticas implementadas. Consideramos que estes momentos de partilha, permitiram orientar cuidados posteriores, reconhecendo de forma assertiva as dificuldades e limitações, bem como aspetos positivos e a melhorar. Ao longo da nossa atividade diária, as reflexões sobre as nossas intervenções possibilitam implementar mudanças que visem as melhores práticas, promotoras de qualidade e segurança e que caminhemos na procura pela excelência do exercício, sendo esperado que o enfermeiro especialista, no que concerne a este domínio de competência específico, desenvolva capacidades de autoconhecimento e assertividade (OE, 2019a).

A tomada de decisão em situações complexas, como são as situações de urgência e emergência, exigem ao enfermeiro uma resposta célere, através da avaliação, intervenção e mobilização de todos os meios necessários para enfrentar as situações de crise (Benner, 2001). Em muitas destas situações os enfermeiros deparam-se com a imprevisibilidade, sendo que um perito, é capaz de agir perante a mudança e ajustar as intervenções conforme as necessidades.

Eduardo et al., (2015), aludem o processo de tomada de decisão como um elemento central da atividade dos enfermeiros. Tomar decisões rápidas em ambientes complexos, gera elevados níveis de pressão nos profissionais (Maturana & Valle, 2014).

A complexidade aliada à tomada de decisão em situações complexas, obriga a que o EEEMC-PSC, perante o cuidado à PSC ou em falência multiorgânica, mobilize um conjunto de decisões em tempo útil, podendo estas apresentarem-se como altamente desafiadoras. Nesta linha de pensamento, Andolhe et al., (2015) salientam que a necessidade rápida para tomar decisões, as condições críticas dos próprios doentes, bem como a exposição diária a estes fatores, são favorecedores para o desenvolvimento dos elevados níveis de stresse que os profissionais de saúde estão sujeitos. Por forma a salvaguardar a segurança do doente, torna-se pertinente que os enfermeiros adotem estratégias de coping, para gerir os elevados níveis de stress que estão sujeitos (Andolhe et al., 2015). Através destas medidas, o enfermeiro especialista através das competências desenvolvidas consegue durante a sua prática gerir os sentimentos e emoções, atuando de forma eficaz, nas situações de elevada pressão, aumentando deste modo a efetividade da sua resposta (OE, 2019a).

O domínio de competência específica comum para o enfermeiro especialista, incute que sejam desenvolvidas competências ao nível da relação de ajuda (OE, 2019a).

Phaneuf (2005), descreve a relação de ajuda como uma relação particular, onde quem estabelece ajuda, apresenta-se totalmente disponível para o outro e para as suas necessidades, sendo extremamente importante no processo de tratamento, existindo e exigindo uma colaboração de ambas as partes, por forma a satisfazer as necessidades da pessoa doente.

Deste modo, no âmbito da prestação de cuidados críticos, em contexto de SMI e SUG, destaca-se a importância que a relação de ajuda adquire no cuidado, face às limitações da pessoa e da complexidade dos tratamentos. Nesta instância, importa destacar a pertinência que a UC de Relação de Ajuda em Enfermagem adquiriu para o desenvolvimento de competências humanas e relacionais, que se revelaram uma mais-valia durante os estágios.

A Unidade de Competência em análise sugere que o enfermeiro especialista, assuma uma postura ativa enquanto agente no domínio da disseminação dos processos de investigação, atuando ainda enquanto formador, no seu contexto de laboral, e implemente as etapas sugestivas ao processo formativo (OE, 2019).

Neste domínio ressalva-se, a importância que a UC de Formação e Supervisão em Enfermagem adquiriu quer para o desenvolvimento de competências à 'priori' que nos possibilitaram desenvolver o PIM e todo o processo de formação à 'posteriori', bem como implementar todas as etapas do processo formativo. O desenvolvimento do PIM, possibilitou delinear metas realistas para o tempo determinado de aprendizagem, possibilitando que fossem realizadas todas as atividades e implementadas estratégias e metodologias, embora que com pequenos ajustes, foi possível ultrapassar-se dificuldades e constrangimentos.

Não menos importante, ao nível do Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pressupõe-se que o enfermeiro especialista suporte a sua prática especializada na evidência científica, quer pela identificação dos problemas, investigação, análise, implementação e divulgação dos resultados, atuando como disseminador do processo de investigação, contribuindo deste modo para as mudanças na prática baseadas na evidência (OE, 2019a).

Conforme temos vindo a demonstrar, o desenvolvimento do PIM foi ancorado pela MTP e pelo Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências, de Larrabee (2011), tendo-se suportando ainda todo este processo nas aprendizagens teóricas adquiridas pela UC de Investigação em Enfermagem, lecionada no primeiro semestre do primeiro ano, do presente Mestrado em Associação.

O desenvolvimento do PIM, foi possível de ser concluído porque foram implementadas todas as fases inerentes à MTP, e veio a culminar com a apresentação do trabalho desenvolvido pela sessão de formação em serviço à equipa de enfermagem do SMI, pela divulgação da Proposta de Procedimento para Prevenção da Infecção Associada ao CVC para HD, neste serviço em particular, bem como pela participação no IV Congresso Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, intitulado de *'Investir em Enfermagem, dar Valor à Saúde'*, através da apresentação do Poster, cujo tema era: 'Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa com CVC', tendo-se divulgado o resultado da RS efetivada.

A disseminação do processo de investigação realizado, foi efetuada através destas duas apresentações. Através da formação em serviço, foi possível que a equipa de enfermagem do SMI, aprofundasse conhecimentos inerentes à temática abordada, enquanto que, através da apresentação do poster podemos partilhar dados resultantes da 'Scoping' efetivada.

À luz do desenvolvimento deste processo, consideramos que as palavras de Larrabee (2011, p.24), não podiam ser mais acertadas, ao afirmar que:

"Pesquisa tem rigor científico, é uma investigação sistemática para construir uma base de conhecimento. A pesquisa responde a perguntas sobre a eficácia (...) A utilização de pesquisa é o uso deliberado de pesquisas para melhorar a prática clínica, integrando

“processos específicos para transformar o conhecimento em atividades práticas, criando um clima de mudança da prática (...)”.

A formação contínua reveste-se de uma importância significativa, possibilitando adquirir, desenvolver, implementar e aprofundar competências e conhecimentos para o próprio profissional, mas também tem o seu destaque para as pessoas, famílias e comunidades de quem cuidamos, uma vez que se promovem mudanças na prática assentes na evidência científica mais atual, possibilitando que os sistemas de saúde reúnam todo um conjunto de práticas promotoras da qualidade. No domínio da profissão de enfermagem esta é justificada tanto pelo CDE, como pelo REPE (OE, 2015a), como pelo Regulamento das Competências Comuns para o Enfermeiro Especialista (OE, 2019a).

Durante o período de EF para além da participação no IV Congresso Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, intitulado de *‘Investir em Enfermagem, dar Valor à Saúde’*, no âmbito da UC de Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada, foram finalizados com sucesso os cursos de Suporte Básico de Vida (Anexo I), Suporte Avançado de Vida (Anexo II) e International Trauma Life Support (Anexo III). A realização destes cursos, para além da acreditação, possibilitaram rever conhecimentos, tendo sido uma mais-valia durante o período de estágio, bem como na nossa prática diária.

Deste modo, após reflexão crítica sobre este domínio de competência, bem como as competências inerentes para o Grau de Mestre em Enfermagem, consideramos que foram atingidas com sucesso.

4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

O Regulamento das competências específicas para o EEEMC-PSC, tal como já salientado encontra-se redigido no Regulamento n.º 429/2018 (OE, 2018a). Segundo a OE (2018a), o alcance da especialidade de EMC, impôs a necessidade de se reconhecer com especificidade as competências dos diversos domínios de intervenção específica, tal como acontece na área da PSC. Assim, o Regulamento n.º 429/2018 tem como objeto, definir o perfil de competências do EEEMC-PSC, que para além destas competências integra ainda as competências comuns definidas anteriormente.

Neste âmbito, os cuidados de enfermagem à PSC, são definidos pela OE (2018ª, p.19362) como diferenciados, conferidos “(...) de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções

básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”.

Deste modo, são definidos pela OE, três unidades de competência, que o EEEMC-PSC, tem de assegurar, sendo elas (OE, 2018a, p.19359):

- 1) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- 2) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- 3) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de 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.

Iremos então, proceder à análise crítico-reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento das competências acima descritas, evidenciando as atividades e metodologias adotadas para tal.

Competência Específica do EEEMC-PSC:

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

Competências de Mestre em Enfermagem:

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

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

É sabido, que a profissão de enfermagem é uma profissão do cuidar. O desenvolvimento do seu exercício profissional, sustenta-se na relação que se estabelece com a pessoa, família ou comunidade, conforme podemos ler nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001).

A complexidade dos problemas que as pessoas nos apresentam, exigem cuidados de enfermagem competentes, com uma forte aptidão de mobilização de conhecimentos e

competências humanas, técnicas, científicas, morais, éticas e deontológicas (Serrano et al., 2011).

Centrados nesta arte, os enfermeiros ao longo de todo o ciclo vital das pessoas a quem prestam cuidados, têm a sua atenção focalizada na prevenção da doença, promoção da readaptação funcional e satisfação das necessidades básicas (OE, 2001).

No caso concreto, na área de especialização de EMC, área específica de intervenção, PSC, o olhar do enfermeiro perante a pessoa e família a vivenciar processos médico-cirúrgicos complexos, foca-se na deteção precoce dos fenómenos de instabilidade hemodinâmica, assegurando “(...) uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2018^a, p.19363).

O desenvolvimento e aquisição de competências acima mencionado, foi suportado pelos contributos teóricos das diversas UC deste Mestrado, bem como pela nossa experiência profissional na área da nefrologia, e em concreto na área da diálise. Este percurso, possibilitou reconhecer durante o EF, a importância associada que a prevenção e controlo de infeção adquirem no âmbito da PSC e em falência renal, enfatizando o papel que o EEEMC-PSC desempenha no âmbito da prestação direta do cuidado, bem como no seio da equipa e da instituição. Para tal, foi imprescindível todo o processo de pesquisa bibliográfica, que possibilitou concluir estratégias e atividades planeadas para o EF.

Apesar de já desempenharmos funções na área da diálise hospitalar há quase 6 anos, e em diálise há quase 9, a área da medicina intensiva encontrava-se em défice na nossa experiência. Embora que na nossa atividade diária em contexto de nefrologia, prestemos cuidados à pessoa em situação aguda e crítica neste contexto em específico, a prestação de cuidados à PSC em âmbito de cuidados intensivos, era uma lacuna existente na nossa experiência, pelo que foi extremamente importante a realização do EF, para a aquisição de competências, permitindo aprofundar ainda os nossos conhecimentos. Para além do EF, o Estágio I realizado no 2º semestre do 1º ano do Curso de Mestrado em Associação, que se desenvolveu em contexto de SUG, foi igualmente fundamental para o desenvolvimento de competências e aquisição e desenvolvimento de conhecimentos.

À semelhança da reflexão crítica efetivada para as competências comuns do enfermeiro especialista, consideramos pertinente proceder à análise das competências comuns para o EEEMC-PSC à luz da ética, da deontologia e o direito, bem como normas institucionais, por forma a sustentar as atividades desenvolvidas ao longo deste período de aprendizagem profissional.

Respondendo às necessidades da PSC, o EEEMC-PSC assegura cuidados holísticos, altamente diferenciados e qualificados, às pessoas cujas funções vitais podem estar ameaçadas,

sendo necessário implementação de meios avançados de vigilância e monitorização, prevenindo complicações e potenciando o estabelecimento das suas necessidades e recuperação vital, em tempo útil (OE, 2018a). Nesta linha de pensamento, a mesa do colégio da especialidade de EMC, alude que o EEEMC-PSC, na procura pela resposta aos processos complexos de doença deve, respeitar a individualidade da pessoa holística, promover e trabalhar em colaboração com a pessoa no envolvimento do seu processo de cuidado na procura pelo re-estabelecimento das suas necessidades, e deste modo estabelecer relação empática com o cliente (OE, 2017).

Foi possível durante todo o EF prestar cuidados à PSC internada em SMI, desde o momento da admissão até ao momento da alta ou transferência inter-hospitalar, possibilitando compreender e aplicar procedimentos e protocolos instituídos na unidade, bem como aplicar outros previamente adquiridos. A relação empática com o doente, resulta da humanização dos cuidados, onde a comunicação e a relação de ajuda constituem-se como pilares essenciais para a sua efetividade (Phaneuf, 2005).

Ao EEEMC-PSC e Mestre em Enfermagem, são-lhe reconhecidos um conjunto de competências, onde através da mobilização de conhecimentos teóricos, princípios éticos e deontológicos, este seja capaz de implementar intervenções em ambientes complexos, respondendo em tempo útil às necessidades da pessoa. O princípio moral do bem-estar humano, é definido pela OE (2018a), como o alicerce da ética, exigindo aos enfermeiros o conjunto de competências e valores acima definidos, repercutindo-se em intervenções de enfermagem humanizadoras, na preocupação constante pela dignidade humana.

Não menos importante, o enfermeiro que cuida da PSC, face à incerteza e à complexidade das situações que esta vivência, vê-se muitas vezes confrontado com estes dilemas. É inevitável que ao longo da sua atividade profissional, os enfermeiros sejam confrontados com dilemas éticos, pelo que as suas ações são determinadas pelos conhecimentos científicos, morais, éticos, deontológicos e de direito, que detêm (Nora et al., 2016).

O SMI, aborda no seu Regulamento Interno, a pertinência da célere resposta imposta aos profissionais de saúde, no âmbito da prestação de cuidados à PSC, face às situações ameaçadoras de vida, onde o suporte de cuidados deve reger-se pelas boas práticas profissionais, integrando em todo o seu exercício os valores morais e éticos, na defesa pela dignidade humana.

Dissociar os cuidados de enfermagem da ética, é inevitável e impossível, uma vez que esta se constitui como a fundamentação da deontologia profissional (OE, 2018a; Nunes, 2015). Para tal, o CDE, atesta que o enfermeiro assume o dever durante a prestação de cuidados, de respeitar e promover a dignidade humana, bem como protegê-la de práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, conforme artigos 99º e 100º (OE, 2015a). Assim, os enfermeiros ao

regerem-se pela ética, adquirem inevitavelmente a responsabilidade de praticar o bem, independentemente da vontade e das circunstâncias, salvaguardando o disposto nos artigos 99º e 100º do CDE (OE, 2015a). É desta forma, que as atitudes dos enfermeiros, respeitantes aos deveres emanados pelo CDE, assumem princípios humanistas, inerentes à nossa atividade, promovendo-se deste modo, as boas práticas em Enfermagem (OE, 2015b).

Neste sentido, durante o Estágio I e EF foram considerados e cumpridos os deveres deontológicos inerentes à profissão de enfermagem, direitos fundamentais legislados já esplanadas ao longo do relatório, indo-se ao encontro do disposto pelo regulamento das Competências Comuns para o enfermeiro especialista, bem como para o EEEMC-PSC, assegurando-se ainda o cumprimento do disposto no regulamento interno do SMI, SUG e do próprio hospital.

Tal como já referimos a possibilidade de realizar estágio com um enfermeiro perito, levou-nos a refletir acerca do papel que estes profissionais desempenham no seio das equipas em que se inserem, quer pelas competências técnicas que desempenham, mas também pelas competências de gestão, supervisão que implementam, conforme se prevê no Regulamento n.º 429/2018 (OE, 2018b).

O enfermeiro perito, segundo Benner (2001), através do desenvolvimento de competências, age de forma célere, identifica de forma rápida eventuais problemas, mobiliza meios e recursos em situações urgência, identifica precocemente situações de instabilidade, age em conformidade com a sua área competência até à presença do médico. Assim, os enfermeiros deverão ser capazes de antecipar situações de instabilidade atuando em tempo útil, através da realização do processo de enfermagem, nomeadamente através da elaboração do diagnóstico de enfermagem, socorrendo-se à tomada de decisão clínica (Benner 2001 e Potter & Perry, 2009).

Importa deste modo definir-se processo de enfermagem. Este é um processo constituído por cinco fases, inerentes à tomada de decisão, sendo elas, avaliação inicial, diagnóstico, planeamento das intervenções, implementação das intervenções e avaliação dos resultados (Potter & Perry, 2009). Os mesmos autores, citando American Nurses Association (2003, p.221) salientam que “O propósito do processo de enfermagem é diagnosticar e tratar as respostas humanas a problemas de saúde efetivos ou potenciais”.

O EEEMC-PSC, adquire um papel relevante na prestação de cuidados à PSC, uma vez que os conhecimentos que detém, possibilita-o de executar de forma célere e precisa todo o processo de enfermagem, atuando de forma eficaz nas necessidades e nos focos de instabilidade, tendo em conta as prioridades identificadas.

A elaboração do diagnóstico, segundo Potter e Perry (2009) inicia-se mal se recebem informações clínicas sobre um determinado doente. Automaticamente, os enfermeiros desenvolvem

raciocínio de diagnóstico atribuindo significados aos sinais e sintomas observados (Potter & Perry, 2009), levando-os a agir na procura da satisfação das necessidades da pessoa.

O Artigo 5º do REPE, alusivo à Caracterização dos Cuidados de Enfermagem, o n.º3, alínea c), vai ao encontro do referido por Benner (2001) e Potter e Perry (2009), onde a elaboração do diagnóstico de enfermagem, possibilita identificar as necessidades das pessoas que necessitam de intervenção, relevando-se a pertinência do Processo de Enfermagem (OE, 2015a).

No que respeita às intervenções de enfermagem à PSC, estas requerem análise, pesquisa contínua e sistemática dos dados, por forma a conhecer-se o problema da pessoa, assegurando intervenções de enfermagem específicas e precisas, em tempo útil (OE, 2018a).

O rigor técnico-científico das quais se revestem as intervenções do EEEMC-PSC, aliado à responsabilidade inerente pelo direito à vida e qualidade, conforme explanado no Artigo 103.º do CDE, a prestação de cuidados, nesta área específica de intervenção, possibilita a implementação de cuidados de enfermagem “(...) altamente qualificados (...), como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018ª, p.19362).

A importância associada à tomada de decisão em ambientes complexos por parte do enfermeiro, é justificada, por este ser o profissional de cabeceira do doente (Benner, 2001).

Durante a realização do EF no SMI, foi-nos possível prestar cuidados de enfermagem ao PSC do foro cardíaco, neurológico, politraumatizado, e em principal destaque ao doente do foro renal.

Foi possível implementar e executar todas as fases inerentes ao processo de enfermagem. À chegada do doente à unidade, podemos proceder à identificação precoce de situações de instabilidade e intervir nesse sentido. A avaliação, foi implementada de acordo com a metodologia ABCDE³. Segundo o Manual de Suporte Avançado de Vida do Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2021), a abordagem ABCDE é uma avaliação transversal utilizada na avaliação da PSC, procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida pelo ABCDE. A utilização desta metodologia, foi iniciada em Estágio I, nos nossos momentos de integração em Sala de Reanimação.

Por forma a estabelecer intervenções, no SMI existem diversos protocolos de atuação, para situações concretas, por forma a uniformizar-se os cuidados prestados, destacando-se: Procedimento para Prevenção da pneumonia associada ao ventilador no SMI; administração de terapêutica fibrinolítica; administração de ácido tranexâmico; Protocolo de administração de

³ A (Airway) - permeabilização da Via Aérea; B (Breathing) - ventilação e oxigenação; C (Circulation) - assegurar a circulação com controlo da hemorragia; D (Disability) - disfunção neurológica; E (Exposure) – exposição com controlo da temperatura.

Insulina no SMI, entre outros. Foi necessário durante o EF desenvolver e aprofundar conhecimentos para a gestão e implementação de protocolos complexos.

O objetivo dos protocolos no âmbito dos cuidados de enfermagem, visam nortear as decisões, adequando-os às necessidades das pessoas (Figueiredo et al., 2018). Assim, Figueiredo et al., (2018, p.3004) reportam-se aos protocolos como “(...) recomendações estruturadas de forma sistemática, baseadas em evidências científicas, na avaliação tecnológica e económica dos serviços de saúde e na garantia de qualidade deles”.

Ao longo do período de EF, foi exequível implementar a maioria dos protocolos utilizados, tendo sido executados cuidados face aos mesmos, através da previsão de possíveis complicações que pudessem surgir. Como exemplo, o Protocolo de atuação para administração de Insulina no SMI, requer, monitorização apertada junto de doentes com valores de cetonemia elevados, tendo de ser vigiados de hora a hora, para ajuste dos valores de insulina, implicando deste modo uma vigilância e monitorização apertada por parte do enfermeiro. O objetivo desta vigilância apertada, passa por avaliar criteriosamente os valores de hipo e hiperglicemia, na medida que se consiga intervir na redução dos corpos cetónicos, repercutindo-se na melhoria hemodinâmica do doente (Grossi, 2006).

A permanência destes doentes no SMI, requer a sua estabilização hemodinâmica e vigilância contínua, através da implementação de um conjunto de intervenções especializadas em colaboração com equipa multidisciplinar, regendo-se pelo Artigo 112º do CDE, tal como em cima abordado (OE, 2015a).

Para Benner (2001), a capacidade de atuar perante situações complexas encontra-se associada à presença permanente dos enfermeiros ao lado das pessoas de quem cuidam, levando-os a desenvolver competências que lhes permitam antecipar situações de deterioração do seu estado, tornando-se deste modo competentes para atuar nas situações em concreto.

A identificação precoce dos problemas, bem como a priorização das intervenções, resulta da célere implementação do processo de enfermagem, no âmbito dos cuidados à PSC, possibilitando deste modo execução de intervenções precisas, concretas em tempo útil.

O SMI do Centro Hospitalar, é considerado uma UCI de nível III. Este serviço, recebe pessoas que necessitam de monitorização contínua, vigilância apertada e estabilização hemodinâmica (Nunes, 2015 e OE, 2018a). Os cuidados de enfermagem à PSC, são complexos e exigem uma abordagem, multidisciplinar.

Ao longo da sua atividade profissional, o enfermeiro assume a responsabilidade pelos atos que pratica ou delega, conforme podemos ler no Artigo 100º, do CDE, mas também, conforme Artigo 112º, enquanto membro da equipa de saúde, assume o dever de trabalhar em equipa,

atuando na esfera da sua competência profissional, reconhecendo a especificidade de cada área (OE, 2015a).

Dada a importância e a complexidade da prestação de cuidados de saúde em ambientes complexos, conforme já aludimos, prestá-los no seio de uma equipa multidisciplinar, permitirá responder de forma assertiva às necessidades das pessoas e famílias, mas também, possibilitará a tomada de decisões complexas em conjunto, de forma mais segura e prudente (Nora et al., 2016).

Assegurar cuidados de enfermagem eficazes e de qualidade, requerem uma atualização constante dos conhecimentos e das práticas. Os cuidados de enfermagem, em contextos complexos, como são os serviços de urgência ou as UCI, não são uma exceção. Esta atualização vigorada no Artigo 101º do CDE, reforça o referido, salientando que o enfermeiro deve assegurar ao longo da sua vida a atualização constante dos seus conhecimentos, em ações que promovam a sua qualificação (OE, 2015a). Neste sentido, importa referir, que as UC de EMC 2 e 4, Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada e realização dos cursos de Suporte Básico de Vida, Suporte Avançado de Vida e International Trauma Life Support, adquiriram. Estes foram essenciais para rever e aprofundar conhecimentos, tendo sido um suporte durante o Estágio I e o EF. A atualização recente sobre estas temáticas, possibilitaram prestar cuidados seguros e assentes na evidência científica.

Destaca-se mais uma vez, as UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, bem como Relação de Ajuda, que se revelaram essenciais para o suporte dos cuidados prestados, recorrendo-se aos conteúdos abordados ao longo de todo o Estágio I e EF.

A atualização constante de conhecimentos, para além de responder ao disposto no Artigo 101º, responde também ao explanado no Artigo 109º, do CDE, inerente aos deveres para com a excelência do exercício (OE, 2015a).

Para além do desenvolvimento das competências referidas, tivemos a oportunidade de realizar o acompanhamento de doentes no transporte intra-hospitalar, durante o EF, nomeadamente, no acompanhamento de doentes ao bloco operatório para realização de cirurgias, ancorando as nossas práticas nas recomendações da Ordem dos Médicos e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Segundo este manual, o transporte do doente crítico, segue um conjunto de procedimentos que devem zelar pela segurança do doente, pelo que é realizada por profissionais habilitados para o fazer (Ordem dos Médicos e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Como tal, sendo que o EEEMC-PSC, detém um conjunto de competências específicas, que lhe permitem agir perante focos de instabilidade, vigilância e monitorização hemodinâmica, este assume um papel relativamente no transporte intra-hospitalar do doente crítico. Foi possível

durante o estágio, proceder à preparação da pessoa e de todos os recursos necessários, humanos e materiais, para o fazer, bem como proceder à sua estabilização prévia antes do momento de transporte por forma a prevenir situações de instabilidade aquando da sua realização.

No cuidado prestado à PSC, o EEEMC-PSC deve garantir e gerir a dor, atuando na implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, bem como na gestão da sedo-analgesia (OE, 2018a).

Ao longo do Estágio I e EF, foram aprofundados conhecimentos sobre a gestão da dor. A PSC, nem sempre tem a possibilidade de se expressar, pelo que a avaliação e gestão da dor no âmbito destes cuidados, nem sempre se torna fácil. Contudo, por forma a contornar este problema, o enfermeiro encontra à disposição diversas escalas e instrumentos de avaliação da dor, adaptadas às situações clínicas dos doentes, por forma a gerir e implementar cuidados ao nível desse diagnóstico. Assim, utilizamos durante o estágio às seguintes escalas: Critical Care Pain Observation Tool [CPOT] e Behavioural Pain Scale [BPS], que são indicadas para avaliação da dor no âmbito dos cuidados críticos, onde não é possível utilizar a escala numérica ou visual analógica (Small & Laycock, 2022).

A importância do controlo sintomático da dor, enquanto 5º sinal vital, é defendida no Guia Orientador de Boa Prática da OE, sobre a Dor, onde se assume que “O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde” (OE, 2008, p.9).

A proximidade do enfermeiro, junto da PSC, coloca-o numa posição privilegiada para a deteção precoce e intervenção ao nível da dor (OE, 2008). Para tal, foram instituídas medidas não farmacológicas, bem como avaliação e monitorização da dor. Relativamente às medidas não farmacológicas, foram realizadas intervenções como posicionamentos, redução de fatores ambientais potencializadores do desenvolvimento da dor, cuidados de higiene e conforto. Quanto às medidas farmacológicas, asseguramos a manutenção e administração de analgesia prescrita para as pessoas a nosso cuidado, assegurando o seu cumprimento nos horários estabelecidos, solicitando atualização de terapêutica junto do médico, sempre que se justificasse. Além disso, foram executados registos de enfermagem inerentes à avaliação da dor nos programas informáticos respetivos, bem como transmissão sobre os mesmos, durante os momentos de passagem de turno, por forma a assegurar-se a continuidade deste cuidado.

Uma vez que a passagem dos doentes pelo SMI, bem como pelo SUG, é passageira, uma vez que este serviço se destina à estabilização hemodinâmica e manutenção de situações que possam colocar em risco a vida, nem sempre foi possível estabelecer relações longas com os familiares e com as pessoas doentes. No entanto, é de ressaltar o empenho e a dedicação de toda a equipa multidisciplinar, pelo acolhimento da pessoa e família nestes serviços. Existiu a

oportunidade em diversas situações realizar o acolhimento aos familiares dos doentes a nosso cuidado, podendo fornecer o folheto informativo, acerca dos horários das visitas, bem como algumas regras do serviço a respeitar. Foi possível também, facultar informações sobre os cuidados de enfermagem prestados, bem como esclarecer algumas dúvidas inerentes que os familiares colocavam sobre estes. Quando nos eram colocadas questões fora da nossa esfera profissional, encaminhávamos a família para o médico assistente, contribuindo deste modo para este acompanhamento.

A importância do acompanhamento de enfermagem junto da família da PSC, possibilita que o enfermeiro seja um elemento de suporte neste momento complexo ajudando a ultrapassar e a vivência esta fase (Phaneuf, 2005). Segundo Phaneuf (2005), são vários os domínios do cuidado perante a família onde o enfermeiro atua, desde a o suporte psicológico, ajudando a lidar com a ansiedade, o stress e o medo, bem como a sua educação, para sua preparação de informações ou de más notícias.

À luz da dimensão humana do cuidar, o papel do enfermeiro junto da família, é extremamente importante, uma vez que as nossas intervenções possibilitam gerir a complexidade destes problemas imprevisíveis de uma forma mais serena e tranquila, quer pela capacitação que é feita, quer pelo apoio que lhes é fornecido.

A realização desta atividade crítico-reflexiva, possibilitou-nos a consciencialização sobre as ações e decisões que foram tomadas durante os estágios, considerando que as intervenções foram realizadas sempre da defesa pela autonomia da pessoa, respeito pela sua dignidade, preocupação para com a sua família, onde a relação de técnicas e procedimentos, embora que de grande importância neste contexto, não foram a nossa única preocupação. Cuidar em enfermagem é muito mais do que executar, cuidar em enfermagem é estar com, é mostrar disponibilidade, é tocar, é olhar, é sentir. Por outras palavras, é ser empático, exigindo a disponibilidade total do enfermeiro, o seu total reconhecimento enquanto 'self', o limite de todas as suas dificuldades, possibilitando deste modo, o desenvolvimento da relação terapêutica, tal como Phaneuf (2005), nos relembra. É reunir a nossa perícia, para antecipar os focos de instabilidade e atuar nesse sentido. É apenas através de todos estes focos, que o enfermeiro se desenvolve, no âmbito do saber-saber, saber-fazer e saber-estar. A nosso ver, é olhar para toda a nossa experiência e caminhar na procura da excelência, olhar a pessoa e família em todas as suas dimensões, incorporar os melhores resultados da PBE, repercuti-los na prática, disseminá-los no seio da equipa em que nos inserimos, e assumirmo-nos, como essenciais nos cuidados, mas também como determinantes para a melhoria contínua, dos contextos, e inevitavelmente para o desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência e enquanto profissão.

Em suma, assegura-se o dito anteriormente, corroborando-se com as palavras de Nunes (2013), onde a competência é definida por incorporar três dimensões, sendo elas, o conhecimento, as atitudes e as habilidades. Dissociar os valores morais, a ética, a deontologia, do conhecimento, da investigação, da evidência, é meramente impossível e incorreto. Reunir, todos estes fatores, permite-nos desenvolver e reconhecer enquanto especialistas, enquanto peritos em desenvolvimento, enquanto mestres em enfermagem. Deste modo, consideramos que as competências específicas para o EEEMC-PSC, bem como mestre em enfermagem, foram atingidas, tendo ao longo do Estágio I e EF, prestados cuidados de enfermagem suportados na evidência científica mais atual, regendo-nos pelos princípios morais, éticos, deontológicos e jurídicos que suportam a profissão, bem como implementamos e gerimos protocolos complexos de doença, junto da PSC.

Competência Específica do EEEMC-PSC:

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

Competências de Mestre em Enfermagem:

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

A inevitabilidade perante os fenómenos de origem natural, ou derivados da desarmonia entre o ambiente social e natural provocada pelas alterações que o homem tem vindo a desenvolver no nosso sistema, irrompe a necessidade da existência da Medicina de Catástrofe (Gandra & Pinho, 2020).

Suportando-nos no Regulamento n.º 429/2018, relativo às competências específicas para o EEEMC-PSC, podemos definir uma situação de exceção quando “(...) se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (OE, 2018a, p.19362).

Por seu lado, a catástrofe pode ser entendida, de acordo com o Decreto-Lei n.º 27/2006, relativo à Lei de Bases da Proteção Civil, como um “(...) acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis 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” (Assembleia da República, 2006, p.3).

A possibilidade de ocorrência de fenómenos imprevisíveis, como epidemias, pandemias, catástrofes, desastres, ou situações de exceção, requerem respostas céleres e emergentes, pelos desequilíbrios que geralmente provocam (INEM, 2012). Segundo o INEM (2012), embora que em Portugal, a ocorrências de catástrofes naturais seja raro, as situações de exceção verificam-se, e exigem mobilização de equipas de emergência médica.

O Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil visa regular a forma como se procede à coordenação no âmbito do território nacional, na mobilização das equipas de operação de socorro, que se encontram previamente preparadas para atuar em casos de acidentes graves e catástrofe (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, 2021). Segundo a Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (2021), o Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil, encontra-se articulado com os Planos Regionais e Distritais de Emergência de Proteção Civil, e, de modo indireto, com os Planos Municipais de Emergência de Proteção Civil.

Às unidades de saúde, tais como Hospitais, Centros e Saúde e outras entidades, é-lhes incutida a responsabilidade de atuação a nível de diversos domínios de intervenção, conforme se encontra plasmado no respetivo plano (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, 2021). Neste sentido, de acordo com a Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (2021), a prioridade máxima emanada neste plano visa, minimizar as perdas humanas, bem como restringir a ocorrência de possíveis lesões graves, através da evacuação coordenada de doentes e pessoas feridas, tendo em conta critérios de gravidade previamente estabelecidos.

Enquanto pilares dos sistemas de saúde, os profissionais de saúde, e inevitavelmente, os enfermeiros devem deter conhecimentos e competências para atuar no âmbito da medicina de catástrofe (Gandra & Pinho, 2020). Segundo Gandra e Pinho (2020, p.325) “Os profissionais de saúde têm um papel preponderante na instituição de medidas de promoção do socorro e recuperação da saúde e integridade do indivíduo e devem estar preparados e dotados de conhecimento que lhes permitam atuar com capacitação”.

O Regulamento n.º 429/2018, determina que uma das competências específicas para o EEEMC-PSC passa por dinamizar respostas nas situações de exceção, catástrofe e emergência (OE, 2018a). Neste sentido, o ICN (2019) enfatiza o papel que os enfermeiros desempenham a nível das situações de limites de recurso, tal como se identifica as situações de desastre e emergência, uma vez que assumem um papel preponderante na triagem e no atendimento às vítimas, dotando de todas as competências técnicas e humanas para intervenção nestes contextos.

A experiência de atuação a nível de situações de emergência e catástrofe exigiu-nos um trabalho de pesquisa acerca da temática a fim de conseguir desenvolver competências inerentes para este domínio em concreto. Neste contexto, ressalva-se a importância da UC de EMC3, que pelos conteúdos lecionados, possibilitou reunir um conjunto de conhecimentos mais aprofundados acerca desta temática. Além disso, iniciado o EF, foram consultados os Planos de Emergência Interno do próprio Centro Hospitalar, bem como o Procedimento de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe do SMI. O mesmo processo foi efetivado aquando do Estágio I, tendo sido recolhidas informações sobre o Plano de Emergência Interno da própria instituição. A consulta destes documentos, possibilitaram a aquisição de conhecimentos sobre os procedimentos a adotar a nível interno na ocorrência destes fenómenos, bem como papeis a desempenhar inerentes aos membros das equipas.

Consideramos que de uma forma global, a aquisição de competências, nomeadamente acerca do Procedimento de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe do SMI, possibilitou refletir acerca da sua importância, quer pelas características físicas do serviço em si, quer pela complexidade das pessoas a que prestam cuidados. Este contexto em particular, requer uma resposta coordenada de atuação, em caso de emergência e catástrofe, por forma a executarem-se os melhores cuidados com qualidade, tendo em conta estas circunstâncias. Deste modo vamos ao encontro ao sugerido por Gandra e Pinho (2020), quando nos referem que os conhecimentos em matéria de catástrofe possibilitam tornar os enfermeiros mais capacitados, e proativos, a fim de atuarem perante as situações de emergência e catástrofe.

Para além dos domínios de intervenção que o EEEMC-PSC desenvolve a nível das situações de exceção, catástrofe e emergência, deve assegurar ainda, eficiência nos cuidados de enfermagem em situações suspeitas de prática de crime (OE, 2018a). Apesar do conhecimento sobre este domínio, durante o contexto de EF, existiu nenhum cuidado neste contexto.

Tendo em conta todas as reflexões acima mencionadas, consideramos que as competências deste domínio, foram atingidas.

Competência Específica do EEEMC-PSC:

2 – 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.

Competências de Mestre em Enfermagem:

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

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

A última década foi marcada por diversos surtos de doenças e por uma realidade pandémica, expondo-nos à fácil fragilidade dos sistemas de saúde em todo o mundo, bem como a imprevisibilidade das doenças, face à celeridade com que os agentes patogénicos se propagam (OMS, 2022a). Essa fragilidade, veio enfatizar o relevo que a prevenção e controlo de infeção adquire ao nível dos cuidados de saúde.

Os cuidados de enfermagem à PSC caracterizam-se por serem diferenciados, assentes numa política de qualidade e visam responder perante a ameaça da condição vital da pessoa, através da manutenção das suas necessidades, com o objetivo da sua recuperação e melhoria (OE, 2018a).

Em Portugal, os desafios que têm surgido no âmbito da saúde pública, face a esta imprevisibilidade, foram delineados Programas de Saúde para responder perante estes desafios (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2022). O PPCIRA, foi desenvolvido em 2013, ao abrigo do Despacho n.º2902/2013 de 22 de fevereiro, resultando da fusão do Programa Nacional de Controlo de Infeção e do Programa Nacional das RAM (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2022). O objetivo do PPCIRA visa “(...) a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos (...)” (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2022, p.93).

O Despacho n.º 10901/2022, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2022), veio atualizar a missão do PPCIRA, no seguimento das alterações impostas pela Pandemia da doença da COVID-19, bem como pela sua implementação no PNSD 2021-2026, conforme plasmado anteriormente neste relatório. Desde modo, ainda de acordo com o presente Despacho, os objetivos delineados para o PPCIRA são: “ (...) a redução da incidência de infeção associada a cuidados de saúde, a promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência adquirida a antimicrobianos (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2022, p.94).

De acordo com o ECPSC (2013), no ano de 2008, estimou-se que mais de 4 milhões de pessoas teriam desenvolvido uma infecção, na União Europeia, sendo que 37 milhões teria morrido como consequência direta da infecção. A problemática crescente das IACS, leva ao aumento da mortalidade e morbilidade, repercutindo-se nos sistemas de saúde, face ao prolongamento dos internamentos, e inevitavelmente ao aumento dos custos nestas unidades (DGS, 2017a).

No âmbito da prestação de cuidados à PSC, o Regulamento n.º 429/2018, justifica a pertinência do desenvolvimento desta unidade de competência, que se encontra intimamente relacionado com a “(...) complexidade das 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 (...)” (OE, 2018ª, p.19364).

Como tal, o EEEMC-PSC tendo em conta a dimensão das problemáticas associadas à PSC, assume o dever de atuar de forma eficaz a nível da prevenção e controlo de infeção (OE, 2018a). A atuação dos enfermeiros neste domínio é pautada pela proximidade dos cuidados que presta, desempenhando um papel de destaque ao nível deste fator.

Perante esta problemática, destaca-se a pertinência da UC de EMC5, tendo sido um alicerce fundamental, a nível da aquisição de competências e conhecimentos acima referidos. O trabalho académico desenvolvido no âmbito desta UC, culminou com o desenvolvimento de um Plano de Prevenção e Controlo de Infeção, assumindo-se como a chave para o desenvolvimento da proposta de procedimento elaborada em contexto de EF.

Durante o EF, foram consultados documentos nacionais e internacionais relativos à temática da prevenção e controlo de infeção, bem como documentos normativos da DGS. Foram também analisados procedimentos e normas do Centro Hospitalar, relativos à Prevenção e Controlo de Infeção, cuja análise foi determinante durante a prestação de cuidados.

O Regulamento Interno do Grupo Coordenador Local de Controlo de Infeção e Prevenção de Resistência aos Antimicrobianos (GCLCIPA), do Centro Hospitalar onde decorreu o estágio, visa assegurar o cumprimento dos objetivos emanados pelo PPCIRA, a nível nacional, tendo como objetivos: redução da taxa das IACS, promoção das boas práticas de prevenção e controlo de infeção, uso correto de antibióticos e redução das taxas de microorganismos RAM.

Segundo Pereira (2020), as infeções mais frequentes nas UCI, derivam da necessidade constante de dispositivos invasivos, bem como à complexidade dos tratamentos que estes doentes necessitam. O mesmo autor, afirma que 80% das infeções adquiridas em UCI, são relativas à pneumonia associada à ventilação mecânica, à infeção associada ao cateter vesical, à infeção associada ao cateter central e à infeção do local cirúrgico. As elevadas taxas de infeção

associadas aos dispositivos externos é justificada porque a permanência de dispositivos invasivos interrompe a barreira natural da pele, possibilitando a proliferação microbiana (Pereira, 2020).

Perante as elevadas taxas de mortalidade e morbidade associada às IACS, importa delinear e assegurar intervenções que visem a sua redução, bem como utilização correta de antibióticos e redução das taxas de microorganismos resistentes a esses mesmos antibióticos.

Tendo em conta a predisposição para desenvolvimento de IACS, durante o EF, foram prestados cuidados seguros, assentes nas metodologias de prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos. Para além disso, foram utilizados sempre em todos os momentos os EPIS necessários e adequados às circunstâncias dos doentes, respeitando-se medidas inerentes aos respetivos isolamentos. De uma forma global, o SMI, apresenta níveis elevados de qualidade pelo cumprimento das medidas básicas de prevenção e controlo de infeção, onde todos os elementos da equipa multidisciplinar contribuem para este fator.

Inerentemente à prestação de cuidados de enfermagem à PSC submetida a técnica dialítica, foram executados cuidados de enfermagem especializados, assentes na evidência científica, com vista à prevenção da infeção associada ao acesso vascular de HD.

O risco de IACS, apresenta-se como oportunista em doentes imunodeprimidos, pelo que o enfermeiro é responsável por avaliar a sustentabilidade a riscos de infeção, nomeadamente infeção do acesso vascular (CVC para HD). Atenda-se que os riscos de infeções associados a estes dispositivos, são considerados uma das complicações mais frequentes podendo levar à morte (Danski et al., 2017a). Enquanto medidas de prevenção, durante o manuseamento do CVC, devem ser utilizados todos os procedimentos que visem assegurar a prevenção da infeção, tais como utilização de técnica asséptica, desinfeção do local de inserção e dos lumens com solução alcoólica com clorexidina a 2%, proteção dos lumens com campo esterilizado durante a execução da técnica, utilização de EPI's durante momento de conexão e desconexão do doente, entre outros (Danski et al., 2017a e Lok et al., 2020).

A aquisição de competências neste domínio em concreto, foi suportado ao longo do EF pelo PIM desenvolvido. Os doentes internados em UCI, quer pela complexidade dos problemas que apresentam, quer pela necessidade constante de monitorização, apresentam elevada suscetibilidade a infeções. A disfunção multiorgânica em contexto de instabilidade hemodinâmica, pode progredir para LRA, fazendo com que estes doentes necessitem realizar técnicas substitutivas de função renal, como a HD. A necessidade de realização desta técnica requer um acesso vascular, sendo que em contexto de urgência e emergência o CVC é o acesso utilizado. Conforme temos vindo a explorar neste relatório, os CVC para HD acarretam várias complicações, nomeadamente risco de infeção elevado. A pertinência das intervenções

associadas ao CVC para HD, são justificadas uma vez que estes diferem dos outros tipos de CVC por diferirem no seu design (lúmen de maior diâmetro), sua finalidade (uso exclusivo para técnica dialítica), local de inserção e manipulação frequente entre as diversas sessões (Timsit et al., 2018). Em contrapartida com a evidência acima descrita, a DGS alude na Norma 022/2015 da DGS, que as INCS associadas aos CVC acarretam custos e repercutem-se na mortalidade e morbidade dos doentes. Embora que esta norma não explique os CVC de HD, ao compararmos os dados da evidência, com este documento, constatamos que as intervenções são semelhantes, enfatizando-se a relevância desta atuação. As intervenções delineadas, pela proposta de procedimento, visam assegurar a prestação destes cuidados no que concerne à abordagem da pessoa com CVC para HD no SMI, uniformizando-se os mesmos. Através destas ações, tivemos como objetivo motivar os nossos pares sobre o destaque que a prevenção da infecção adquire neste serviço, incentivando a prestação de cuidados de enfermagem, promotores de qualidade e segurança, e suportados na evidência científica, 'Guidelines' internacionais e documentos normativos.

Tendo em conta o desenvolvimento deste projeto, consideramos que demos resposta à unidade de competência 3.2, do Regulamento n.º 429/2018, uma vez que, delineamos intervenções de liderança e desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, ancorados pelas diretrizes impostas para a prevenção das IACS e resistência aos Antimicrobianos (OE, 2018a).

Perante o trabalho desenvolvido, consideramos que as competências específicas em análise foram superadas.

CONCLUSÃO

Após a redação crítico-reflexiva do processo formativo realizado, o Curso de Mestrado Integrado em Enfermagem, na área de especialização em EMC – PSC, torna-se necessário ajuizar sobre o trabalho desenvolvido ao longo do presente relatório, que de certo modo, espelhou de forma pormenorizada o Estágio I e EF, vindo todo este processo a culminar com a discussão em provas públicas.

Revela-se a pertinência de ambos os locais de estágio, no âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências, bem como na aprendizagem de novos saberes, que possibilitaram a cada dia melhorar a enfermagem implementada, quer pelo domínio técnico-científico que esta se reveste, bem como ao nível do domínio humano e relacional inerente à profissão.

É sabido que a prestação de cuidados de enfermagem à PSC, se revestem de grande complexidade. As exigências dos processos médico-cirúrgicos que as pessoas se encontram a vivenciar, impõem ao enfermeiro a mobilização de inúmeras competências, conhecimentos, capacidade de gestão de protocolos, bem como domínio das esferas da ética, da moral e da deontologia.

Numa perspetiva pessoal sobre o Curso de Mestrado em Associação EMC-PSC, consideramos que este se constituiu num processo de tomada de consciência sobre a importância que a Enfermagem especializada tem no âmbito da prática dos cuidados. Foi possível ao longo deste ciclo de ensino desenvolver competências, conhecimentos, construtos, tornando-nos empoderados de um rigor humano, técnico e científico, aptos para lidar com as exigências com que nos deparamos na nossa atividade diária.

Acreditamos que os objetivos delineados para o Estágio I, EF e PIM foram alcançados. O desenvolvimento deste Projeto, possibilitou-nos adquirir competências comuns para o enfermeiro especialista, específicas para o EEEMC-PSC e de Mestre em Enfermagem.

No que concerne à reflexão do PIM, desenvolvido em contexto de SMI, constatamos que este foi recebido com alento por toda a equipa de enfermagem e pelo centro hospitalar onde foi implementado. A concretização das estratégias e atividades planeadas, possibilitaram empoderar os enfermeiros, permitindo-os aperfeiçoar os seus cuidados junto da pessoa com CVC para HD, através da implementação das melhores práticas, intervindo a nível da prevenção e controlo de infeção, repercutindo-se na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Ainda que todos os objetivos delineados no PIM tenham sido atingidos, não foi possível verificar a implementação do Procedimento de Enfermagem desenvolvido, pela limitação do período temporal do estágio.

De uma forma global, podemos concluir que a MTP, bem como o Modelo Teórico de June Larrabee foram determinantes para a aquisição e desenvolvimento de competências demandadas para a obtenção de título de enfermeiro especialista e do grau de mestre em Enfermagem. O recurso a esta metodologia possibilitou a identificação de uma necessidade, sobre a qual incidiu o nosso PIM suportado na melhor e mais recente evidência clínica. Centrados na segurança do doente, com enfoque no nível de prevenção e controlo de infeção, desenvolvemos um projeto que permitiu aperfeiçoar os cuidados de enfermagem à pessoa com CVC em contexto de SMI. A uniformização das intervenções de enfermagem aquando da abordagem à pessoa com CVC para HD neste serviço, repercutir-se-á, inevitavelmente, na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Em última análise, perante todo o 'briefing' realizado neste relatório, presumimos que os objetivos delineados para este trabalho foram alcançados, tendo-se ido ao encontro do desenvolvimento das competências projetadas, vindo-se futuramente a refletir na nova ação enquanto enfermeira, na procura pela excelência do exercício e na contribuição para uma enfermagem fundamentada, repercutindo-se a sua importância no âmbito da saúde.

Como culminar deste longo processo de aprendizagem e de crescimento pessoal e profissional, importa agradecer a todos os intervenientes que se cruzaram connosco nesta jornada, pois sem os seus contributos não chegaríamos à etapa final deste processo. A realização do curso de Mestrado, revelou-se num enorme desafio pessoal e profissional, com muitas instigações, dúvidas, medos e receios. Este progresso será colocado em prática num futuro próximo, dando-se deste modo continuidade ao trilho já iniciado, ancorado em práticas sustentadas na melhor e recente evidência, permitindo melhorar os cuidados prestados junto das pessoas, famílias e comunidade holística de quem de nós tanto precisam.

À semelhança da Primeira Lei de Newton, ou Lei da Inércia:

*“Se a força resultante sobre um corpo for nula (igual a zero), esse corpo
estará em repouso ou em movimento retilíneo uniforme”.*

Newton, 1687

Foi preciso uma grande resiliência, o desejo e o sentido de percorrer este caminho, esta escolha, não poderiam ter sido mais acertados. E, a verdade é que, ou desbravamos o caminho do conhecimento e do crescimento pessoal, ou tudo, inclusive nós, estaremos com o passar dos anos iguais e estagnados, mantidos na inércia. À luz das palavras de António Machado, “O Caminho faz-se caminhando”, podemos afirmar que tudo na vida é proporcional ao tamanho dos nossos sonhos, se nada fizermos, nada vai acontecer, e este caminho é apenas o início de um novo recomeço.

REFERÊNCIAS

- Alves, F., & Sampaio, C. (2020). Monitorização em Unidades de Cuidados Intensivos. Em J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 70-80). LIDEL.
- Andolhe, R., Barbosa, R. L., Oliveira, E. M., Costa, A. L., & Padilha, K. G. (2015). Estresse, coping e burnout da Equipe de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: fatores associados. pp. 58-64. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700009>
- Apóstolo, J. L. (2017). Síntese da Evidência no Contexto da Translação da Ciência. <https://www.esenfc.pt/pt/download/3868/dXeLMhjdjCvHFwDpAvDd>
- Armstrong, T., & Bircher, G. (2005). Insuficiência Renal Aguda. Em N. Thomas. Lusociência.
- Assembleia da República . (2019). Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro - Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Assembleia da República. (2001). Resolução n.º 1/2001 - Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. Diário da República - I Série Nº 2 - 3 Janeiro 2001. <https://files.dre.pt/1s/2001/01/002a00/00140036.pdf>
- Assembleia da República. (2005). Constituição da República Portuguesa - Lei Constitucional n.º 1/2005 - Diário da República n.º 155/2005, Série I-A de 2005-08-12. <https://files.dre.pt/gratuitos/1s/2005/08/155a00.pdf>
- Assembleia da República. (2006). Lei de Bases da Protecção Civil - Lei n.º 27/2006, de 3 de julho. Diário da República n.º 126/2006, Série I de 2006-07-03. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2006-66285526>
- Autoridade Nacional de Emergência e Protecção Civil. (2021). Plano Nacional de Emergência de Protecção Civil . http://www.prociv.pt/bk/Lists/Noticias/Attachments/478/PNEPC_2021_Consulta%20P%C3%ABblica.pdf
- Bastos, C. D., Cordoba, L. E., & Silva, E. R. (2021). Complicações e Boas Práticas Assistenciais Relacionadas ao Cateter Venoso Central para Hemodiálise: Revisão Integrativa da Literatura. pp. 194-208. <https://doi.org/https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.39.194-208>

- Bellomo, R., Ronco, C., Kellum, J. A., Mehta, R. L., Palevsky, P., & workgroup, A. D. (2004). Acute renal failure – definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. pp. 204-2012. <https://doi.org/10.1186/cc2872>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto.
- Coelho, A., & Adriano, P. (2021). Estratégias que Suportam a Integração de Enfermeiros em UCI: Revisão Sistemática de Evidência de Significado. pp. 295-319. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(2\).494.296-319](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(2).494.296-319)
- Coelho, F. U., Watanabe, M., Fonseca, C. D., Padilha, K. G., & Vattimo, M. d. (2017). Nursing Activities Score e a lesão renal aguda. (R. B. Enfermagem, Ed.) 70(3), pp. 499-505. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0266>
- Coimbra, N. (2021). Introdução. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência*. Lidel.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2019). Documento de Tomada de Posição - Lei de Bases da Saúde: Princípios e Fundamentos, um Contributo do CNECV. https://www.ipc.pt/ipc/wp-content/uploads/2020/03/cnecv_tomada_de_decisao_lei_de_bases_da_saude_principios_e_fundamentos_um_contributo_do_cnecv.pdf
- Cunha, N. V., & Magro, M. C. (2021). Lesão renal aguda em pacientes críticos em ventilação mecânica com pressão positiva. (A. P. Enfermagem, Ed.) pp. 1-7. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0326345>
- Danski, M. T., Oliveira, G. L., Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. A. (2017b). Importância da Prática Baseada em Evidências nos Processos de Trabalho do Enfermeiro. pp. 1-6. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i2.36304>
- Danski, M. T., Pontes, L., Schwanke, A. A., & Lind, J. (2017a). Infecção da Corrente Sanguínea Relacionada a Cateter Venoso Central para Hemodiálise: Revisão Integrativa. <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i1.16342>
- Davies, J., & Ling, A. (2020). Gestão do Ciclo de Projetos . <https://learn.tearfund.org/-/media/learn/resources/series/roots/2020-tearfund-roots5-project-cycle-management-pt.pdf>

- Denzin, N. K., & S.Lincoln, Y. (2011). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (4th ed. ed.). SAGE Publications.
- Diário da República. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. Diário da República, 1.ª série — N.º 157 — 16 de agosto de 2018. Lisboa, Portugal.
- Diário da República. (2019). Aviso n.º 16126/2019, 2.ª série. 10 de outubro 2019. Lisboa, Portugal. https://www.ess.ips.pt/files/Plano_Estudos_Mestrado_Reformulado_2019.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa. https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional_d_e_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas a Cuidados de Saúde - Vigilância Epidemiológica de Infecção Nosocomial em Unidades de Cuidados Intensivos. Obtido de https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/04/_images_centrodocs_normas_normas_IACS_HELICS_UCI_Protocol_HELICS_UCI.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf?sequence=4
- Direção Geral de Saúde. (2012). Norma N.º017/2011 - Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/tratamento-conservador-medico-da-insuficiencia-renal-cronica-estadio-5-1.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Norma 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2017a). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-2/>

- Direção Geral de Saúde. (2018). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos - Relatório Anual do Programa Prioritário. Obtido de <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARYszltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfKPAAAA>
- Direção Geral de Saúde. (2022a). Norma Clínica: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022 - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2022b). Norma Clínica: 021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 17/11/2022 - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022-prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- Dunn, J., & Laranjeira, R. R. (2000). Desenvolvimento de entrevista estruturada para avaliar consumo de cocaína e comportamentos de risco. (B. J. Psychiatry, Ed.) 22(1). http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462000000100004&script=sci_arttext
- Dunn, J., & Laranjeira, R. R. (2000). Desenvolvimento de entrevista estruturada para avaliar consumo de cocaína e comportamentos de risco. pp. 11-16. <https://www.scielo.br/j/rbp/a/9GnzCw8SzwzmzpsDpDkMFWNx/?format=pdf&lang=pt>
- EDTNA/ERCA. (2018). *Vascular Access Management and Care - A Nursing Best Practice Guide for Central Venous Catheter*. <https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/publications/free/VA-management-and-care-FMC-free.pdf>
- Eduardo, E. A., Peres, A. M., Almeida, M. d., Roglio, K. d., & Bernardino, E. (2015). Análise de modelo de tomada de decisão de enfermeiros gerentes: uma reflexão coletiva. pp. 668-675. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680414i>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2013). Core competencies for infection control and hospital hygiene professionals in the European Union. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/infection-control-core-competencies.pdf>

- European Centre for Disease Prevention and Control. (2022). Directory of online resources for prevention and control of antimicrobial resistance (AMR) and healthcare-associated infections (HAI). <https://www.ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections>
- Falcó-Pegueroles, A., Rodríguez-Martín, D., Ramos-Pozón, S., & Zuriguel-Pérez, E. (2021). Critical thinking in nursing clinical practice, education and research: From attitudes to virtue. 22(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nup.12332>
- Ferreira, Ó. R., Baixinho, C. L., Medeiros, M., & Oliveira, E. S. (2022). Aprender a usar evidência na graduação em enfermagem: um contributo para a saúde coletiva. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.15672021>
- Figueiredo, T. W., Mercês, N. N., Lacerda, M. R., & Hermann, A. P. (2018). Construção de um protocolo de cuidados de enfermagem: relato de experiência. pp. 3004-3009. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0846>
- Filho, N. S., & Brito, D. J. (2006). Doença Renal Crônica: A Grande Epidemia Deste Milênio. https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v28n3s2a02.pdf
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Lusociência.
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). Diário da República, 2.ª série de 24 de setembro de 2021, N.º 187. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2022). Despacho n.º 10901/2022 - Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Diário da República, 2.ª série. N.º 174. 8 de setembro de 2022. <https://files.dre.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>
- Galvão, A. (2021). *Dia Mundial do Rim*. Obtido de <https://pontosdevista.pt/2021/03/15/dia-mundial-do-rim/>
- Gandra, S., & Pinho, J. A. (2020). Medicina de Catástrofe - A Importância da Formação das Equipas de Cuidados Intensivos. Em J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 322-326). Lidel.

- Gelbcke, F. L., Souzal, L. A., Sasso, G. M., Nascimento, E., & Maria Bettina Camar, M. B. (2009). Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira . pp. 136-139. <https://www.scielo.br/j/reben/a/L7NVY4MfxfM56V4JJT69Tjr/?lang=pt&format=pdf>
- GID. (2023). Estatísticas - Dados Nacionais e Internacionais. <https://gid.min-saude.pt/estatisticas/index.php>
- Gonçalves, S. C., & Carmo, T. I. (2022). Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão. pp. 1-19. <https://doi.org/https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>
- Grossi, S. A. (2006). O manejo da cetoacidose em pacientes com Diabetes Mellitus : subsídios para a prática clínica de enfermagem. pp. 582-586. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/K7mTbpYwmd8XXkGsMPqYkNp/?format=pdf&lang=pt>
- Grupo Português de Triagem. (2010). *História do Grupo Português de Triagem*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/historia-grupo-portugues-triagem/>
- Hafeez, S. B., Ahmed, A., Akhtar, A., Ishtiaq, W., Javed, N. U., Abbas, K., . . . Jawed, A. (2022). Catheter-Related Bloodstream Infection With Femoral Central Access Versus Internal Jugular Access in Patients Admitting to Medical Intensive Care Unit. pp. 1-8. <https://doi.org/10.7759/cureus.29416>
- Hofrichter, M. (2017). *Análise SWOT - Quando Usar e Como Fazer*. Simplíssimo.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). Situação de Exceção: Manual TAS. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). Manual de Suporte Avançado de Vida.
- Internacional Coucil of Nurses. (2022). Nursing Definitions. <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
- International Council of Nurses. (2009). Antimicrobial resistance. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_A_Antimicrobial_resistance_0.pdf
- International Council of Nurses. (2019). Core Competencies in Disaster Nursing - Version 2.0. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf

- International Society of Nephrology. (2021). *The ISN framework for developing dialysis programs in low-resource settings*. Obtido de <https://www.theisn.org/wp-content/uploads/2021/03/ISN-Framework-Dialysis-Report-HIRES.pdf>
- Joanna Briggs Institute. (2016). *The JBI Model of Evidence-Based Healthcare*. <https://jbi.global/jbi-model-of-EBHC>
- Josso, M.-C. (2007). A transformação de si a partir da narração de histórias de vida. pp. 413-438. Obtido de https://wp.ufpel.edu.br/gepiem/files/2008/09/a_tranfor2.pdf
- Larrabee, J. H. (2009). *Nurse to nurse: Evidence-Based Practice*. MC Graw Hill.
- Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to Nurse - Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. Artmed.
- Lau, S. T., E. A., Samarasekera, D. D., & Shorey, S. (2020). Development of undergraduate nursing entrustable professional activities to enhance clinical care and practice. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104347>
- Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., . . . P., R. (2020). *KDOQI CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR VASCULAR*. <https://www.ajkd.org/action/showPdf?pii=S0272-6386%2819%2931137-0>
- Maturana, A. P., & Valle, T. G. (2014). Estratégias de Enfrentamento e Situações Estressoras de Profissionais no Ambiente Hospitalar. pp. 2-23. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v12n2/12n2a02.pdf>
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing - Development and Progress*. Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendes, L., & Fradique, M. d. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. pp. 45-53. <https://doi.org/10.12707/RIII12133>
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2008). Decreto-Lei n.º 107/2008 - Diário da República, 1.ª série — N.º 121 — 25 de Junho. Lisboa. https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/107-2008-456200?_ts=1674086400034
- Ministério da Saúde. (2015). *Despacho n.º 1400-A/2015 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015. . <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>

- Mohazzab, A., Zadeh, M. K., Dehesh, P., Abdolvand, N., Rahimi, Z., & Rahmani, S. (2022). Investigation of risk factors for tunneled hemodialysis catheters dysfunction: competing risk analysis of a tertiary center data. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12882-022-02927-z>
- Nogueira, F. L., Freitas, L. R., Cavalcante, N. d., & dos, V. P. (2016). Percepção do Paciente Renal Crónico Acerca dos Cuidados com Acessos para Hemodiálise. pp. 1-8. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/10/2261/45628-186763-1-pb.pdf>
- Nora, C. R., Deodato, S., Vieira, M. M., & Zoboli, E. L. (2016). Elementos e Estratégias para a Tomada de Decisão Ética em Enfermagem. pp. 1-9. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Nunes, J. M. (2020). Comunicação em saúde. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34438/1/JoseMendesNunes.pdf>
- Nunes, L. (2006). Revista Brasileira de Bioética. *Usuários dos Serviços de Saúde e os seus direitos*, pp. 201-2019. https://www.academia.edu/3443457/Usu%C3%A1rios_dos_Servi%C3%A7os_de_Sa%C3%BAd_e_os_seus_direitos
- Nunes, L. (2008). Fundamentos éticos da deontologia profissional. https://www.researchgate.net/publication/262048659_Fundamentos_eticos_da_deontologia_profissional
- Nunes, L. (2013). Competências morais dos profissionais de enfermagem - «Cinco Estrelas» Revisitadas. *VIII Encontro Enfermagem Centro Hospitalar Leiria-Pombal*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4804/1/Competencias%20morais%20dos%20profissionais%20de%20enfermagem_LN%20Out%202013.pdf
- Nunes, L. (2015). *Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>
- Oliveira, L. M., Queirós, P. J., & Castro, F. V. (2015). pp. 143-157. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018a). 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 (Anexo II). Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. Lisboa, Portugal.

- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual Eunciados Descritivos*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de Posição Sobre a Segurança do Cliente*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Liderança para a Mudança*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/LPM/LPM_brochura.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Parecer N.º20/2015 - Competências do Enfermeiro Chefe de Equipa dos Serviços de Urgência*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_20_EnfermeiroChefeServicosUrgencia.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (25 de Novembro de 2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2018c). Parecer N.º 15 / 2018 - Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Lisboa, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Regulamento da Estrutura para a Qualidade , Inovação e Promoção da Saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17450/regulamento-da-estrutura-para-a-qualidade-inova%C3%A7%C3%A3o-e-promo%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde_assinado.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Regulamento n.º 613/2022 - Regulamento que define o ato do enfermeiro*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26825/regulamento_6132022.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2020a). *As 10 principais causas de morte*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Organização Mundial de Saúde. (2020b). Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade os Cuidados de Saúde. *Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2022a). *Doenças não transmissíveis*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organização Mundial de Saúde. (2022b). *Meta ODS 3.4 Doenças não transmissíveis e saúde mental*. https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_4-noncommunicable-diseases-and-mental-health
- Organização Mundial de Saúde. (2022c). Global report on infection prevention and control. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1425056/retrieve>

- Pereira, R. (2020). Prevenção e Controlo de Infecção. Em J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 162-174). Lidel.
- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. pp. 1-23. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. <https://doi.org/https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2022). Chapter 11: Scoping reviews - JBI Manual for Evidence Synthesis. Obtido de <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687342/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Pinheiro, P. A., & Madureira, A. (2020). Técnicas de Substituição Renal nas Unidades de Cuidados Intensivos. Em J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 176-185). LIDEL.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2009). *Fundamentos de Enfermagem*. Elsevier Editora Ltda.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto - Diário da República, 1.ª série — N.º 157 — 16 de agosto de 2018. <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Trabalho de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. (Percursos, Ed.) 15, 1-38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Savater, F. (2005). *Ética para um Jovem*. Dom Queixote.
- Schwankel, A. A., Danskil, M. T., Pontes, L., Kusma, S. Z., & Lind, J. (2017). Cateter venoso central para hemodiálise: incidência de infecção e fatores de risco. (R. B. Enferm., Ed.) 3(71). <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0047>
- Serrano, M. T., Costa, A. d., & Costa, N. M. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). pp. 15-23. <https://doi.org/10.12707/RIII1019>

- Silva, R. M., Luz, M. D., Fernandes, J. D., Silva, L. S., Cordeiro, A. L., & Mota, L. d. (2017). Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. pp. 147-154. <https://doi.org/https://doi.org/10.12707/RIV17076>
- Simões, Â., & Sapeta, P. (2019). Conceito de dignidade na enfermagem: análise teórica da ética do cuidado. pp. 244-252. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272306>
- Small, C., & Laycock, H. (2022). Acute postoperative pain management. pp. 70-80. [10.1002/bjs.11477](https://doi.org/10.1002/bjs.11477)
- Sociedade Portuguesa Nefrologia. (2022). *Portuguese Registry of Kidney Replacement Therapy 2022*. SPN.
- Sousa, L. M. (21-39 de Maio de 2018). Modelos de Formulação da Questão de Investigação na Prática Baseada na Evidência. https://www.researchgate.net/profile/Luis-Sousa-21/publication/325699143_MODELOS_DE_FORMULACAO_DA_QUESTAO_DE_INVESTIGACAO_NA_PRATICA_BASEADA_NA_EVIDENCIA/links/5d7d257392851c87c389c428/MODELOS-DE-FORMULACAO-DA-QUESTAO-DE-INVESTIGACAO-NA-PRATICA-BASEADA-NA
- Suhonen, R., Stolt, M., Habermann, M., Hjaltadottir, I., Vryonides, S., Tonnessen, S., . . . Scott, P. A. (2018). Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. pp. 25-42. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.006>
- Teixeira, A. C., & Barbieri-Figueiredo, M. d. (2020). 2.1 Qualificação para uma Prática de Sucesso. Em J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 8-20). Lidel.
- Thomas, N. (2005). Hemodiálise. Em N. Thomas, *Enfermagem em Nefrologia* (2ª Edição ed., pp. 185-223). Lusociência.
- Timsit, J.-F., Rupp, M., Bouza, E., Chopra, V., Kärpänen, T., Laupland, K., . . . Zingg, W. (2018). state of the art review on optimal practices to prevent, recognize, and manage complications associated with intravascular devices in the critically ill. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00134-018-5212-y>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Lusociência.
- Universidade de Évora. (2015). Apresentação do pedido corrigido - Novo ciclo de estudos: NCE/14/01772. Évora. Obtido de <https://gdoc.uevora.pt/384829>

- Val, L. F., Almeida, P. S., & Silva, G. P. (2018). Auditoria De Enfermagem: Fragilidades E Potencialidades Para Melhoria Da Qualidade Da Assistência Em Saúde. 5(3). <https://doi.org/10.29247/2358-260X.2018v5i3.p15-25>
- Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro Da Compaixão à Proeficiência* (3ª Edição ed.). Lisboa: Universidade Católica.
- Vijayan, A., Abdel-Rahman, E. M., Liu, K. D., Goldstein, S. L., Agarwal, A., Okusa, M. D., & Cerda, J. (2021). Recovery after Critical Illness and Acute Kidney Injury. pp. 1601–1609. <https://doi.org/10.2215/CJN.19601220>
- Wooten, R., Kothari, D., Pryor, R., & Bearman, G. (2022). Preventing Hemodialysis Catheter-Related Bloodstream Infections: Barriers, Controversies, and Best Practices. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11908-022-00773-6>
- Yang, H., Chen, Y., & Fu, M. (2022). Research on the Application Effect of Strengthening Risk Management in Continuous Renal Replacement Therapy Management in Continuous Renal Replacement Therapy. (Hindawi, Ed.) 2022, pp. 1-6. <https://doi.org/Management in Continuous Renal Replacement Therapy>

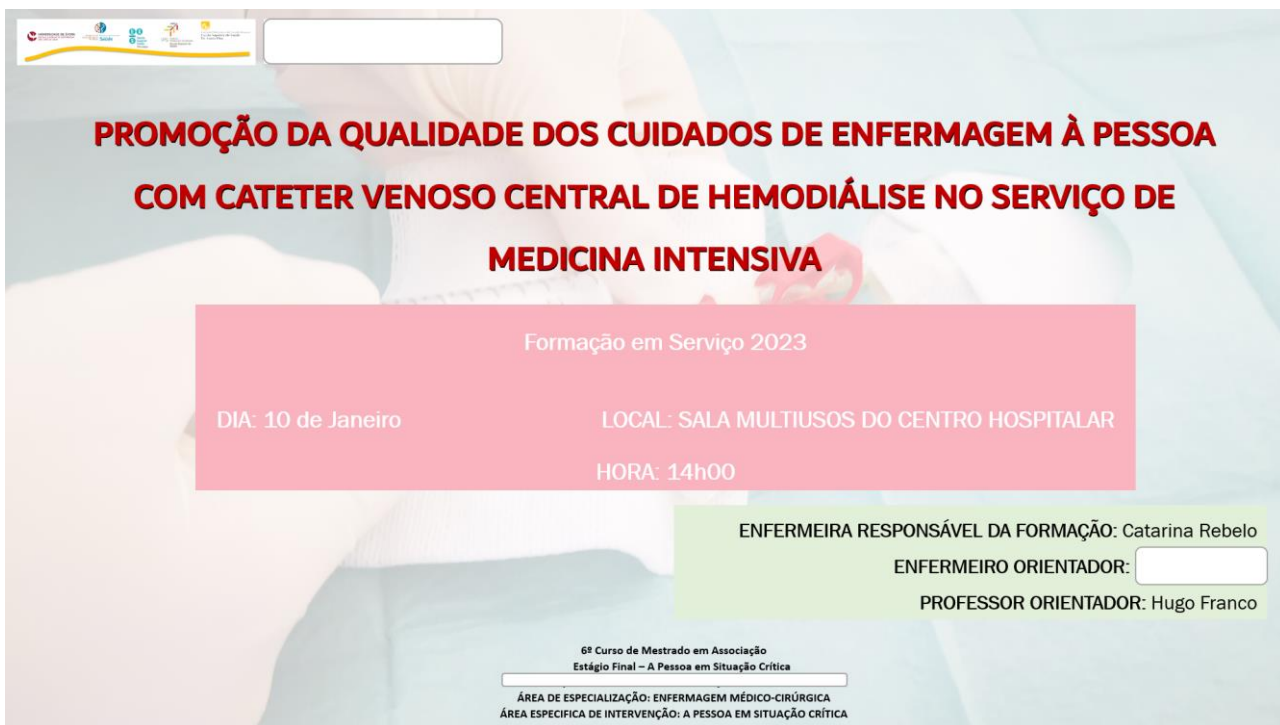
APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma de Atividades

FASE	ATIVIDADES/INTERVENÇÕES	2022				2023
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Diagnóstico de Situação	Reunião com o Enfermeiro Gestor e Orientador. Realização da Entrevista Exploratória.					
	Identificação da área de Intervenção em Serviço.					
	Elaboração da Análise SWOT					
	Definição do Objetivo Geral					
	Elaboração do PIM. Divulgação académica do PIM.					
	Pesquisa Bibliográfica sobre recomendações nacionais e internacionais. Pesquisa de normas no Centro Hospitalar.					
	Desenvolver Revisão da Literatura.					
Planeamento	Definição dos Objetivos Específicos					
	Elaboração do Cronograma de Atividades					
	Definição das atividades/intervenções a implementar e desenvolver					
Execução	Identificar as intervenções promotoras da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem na abordagem à pessoa com CVC para HD					
	Reunião com o Enfermeiro Gestor e Orientador					
	Elaboração do Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infecção do CVC para HD no SMI					
	Apresentação da Proposta de Procedimento de Enfermagem à Equipa de Enfermagem do SMI					
Avaliação	Realização da RS					
	Questionário de Satisfação à Equipa de Enfermagem					
	Proposta de Auditoria ao Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infecção do CVC para HD no SMI					
Realização do Relatório Final						

Tabela 2 - Cronograma de Atividades

Apêndice II - **Cartaz de divulgação da Sessão de Formação em Serviço**



PROMOÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM CATETER VENOSO CENTRAL DE HEMODIÁLISE NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Formação em Serviço 2023

DIA: 10 de Janeiro LOCAL: SALA MULTIUSOS DO CENTRO HOSPITALAR
HORA: 14h00

ENFERMEIRA RESPONSÁVEL DA FORMAÇÃO: Catarina Rebelo
ENFERMEIRO ORIENTADOR:
PROFESSOR ORIENTADOR: Hugo Franco

6º Curso de Mestrado em Associação
Estágio Final – A Pessoa em Situação Crítica

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Apêndice III - **Proposta de Procedimento Enfermagem para a Prevenção da Infecção do CVC para HD no SM**

	Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infecção do Cateter Venoso Central para Hemodiálise no Serviço de Medicina Intensiva	Data de entrada em vigor:	--/--
		Versão ##	--/--
		Próxima revisão:	--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

1. Objetivo

Descrever as intervenções cuja eficácia demonstra a redução da infecção originada pelo Cateter Venoso Central (CVC) para Hemodiálise (HD).

2. Campo de aplicação

Aplica-se aos enfermeiros que prestam cuidados ao doente com CVC para HD, no Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

3. Siglas, abreviaturas e definições

CVC – Cateter Venoso Central

HD – Hemodiálise

LRA – Lesão Renal Aguda

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

Cateter Venoso Central – É considerado um acesso vascular de uso imediato, podendo ser utilizado no âmbito das urgências dialíticas (Santos et al., 2021). Ferreira et al. (2021) salientam a frequência do uso do CVC nos SMI, uma vez que têm como finalidade administração de fármacos e hemoderivados, vigilância hemodinâmica contínua do doente, administração de nutrição parentérica sendo ainda acesso para técnicas dialíticas.

Hemodiálise - A HD é considerada uma Técnica Substitutiva da Função Renal (TSFR), sendo a mais utilizada em todo o mundo [Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI), 2022]. O objetivo desta técnica consiste em depurar substâncias nocivas para o organismo e substituí-las por outras em concentrações adequadas necessárias à sobrevivência, através de uma membrana designada de filtro, ou rim artificial [Direção Geral de Saúde (DGS), 2012].

4. Referências

	Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infecção do Cateter Venoso Central para Hemodiálise no Serviço de Medicina Intensiva	Data de entrada em vigor:	---/---/---
		Versão ##	---/---/---
		Próxima revisão:	---/---/---
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

Direção Geral de Saúde (DGS). (2022). *Norma 022/2015 - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central.pdf>

ElaheTajeddin, MarjanRashidan, MaryamRazaghi, Javadi, S. S., Somayeh J. Sherafat, M. A., Sarbazic, M. R., . . . Zalib, M. R. (2016). The role of the intensive care unit environment and health-care workers in the transmission of bacteria associated with hospital acquired infections. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jiph.2015.05.010>

Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., . . . P., R. (2020). *KDOQI CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR VASCULAR*. <https://www.ajkd.org/action/showPdf?pii=S0272-6386%2819%2931137-0>

Mohazzab, A., Zadeh, M. K., Dehesh, P., Abdolvand, N., Rahimi, Z., & Rahmani, S. (2022). Investigation of risk factors for tunneled hemodialysis catheters dysfunction: competing risk analysis of a tertiary center data. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12882-022-02927-z>
National Kidney Foundation. (2022).

Diretrizes e Comentários. Obtido de https://www.kidney.org/professionals/guidelines/guidelines_commentaries#:~:text=The%20National%20Kidney%20Foundation%20Kidney,CKD%20care%20or%20dialysis%20care

Direção Geral de Saúde. (2012). *Norma 017/2011 - Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crônica Estádio 5*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0172011-de-28092011-atualizada-a-14062012-jpg.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (OE). (Julho de 2018). Regulamento n.º 429/2018. *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica*, pp. 19359 - 19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Santos, K. F., Breitsameter, G., Proença, M. C., Boni, F. G., & Echer, I. C. (2021). Tempo de permanência e motivos de retirada do cateter venoso central de pacientes renais crônicos em hemodiálise ambulatorial. <https://doi.org/https://doi.org/10.22491/2357-9730.107790>

Timsit, J.-F., Rupp, M., Bouza, E., Chopra, V., Kärpänen, T., Laupland, K., . . . Zingg, W. (2018). state of the art review on optimal practices to prevent, recognize, and manage complications associated with intravascular devices in the critically ill. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00134-018-5212-y>

	<i>Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infecção do Cateter Venoso Central para Hemodiálise no Serviço de Medicina Intensiva</i>		Data de entrada em vigor:	--/--/--
			Versão ##	--/--/--
			Próxima revisão:	--/--/--
			Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

Vijayan, A., Abdel-Rahman, E. M., Liu, K. D., Goldstein, S. L., Agarwal, A., Okusa, M. D., & Cerda, J. (2021). Recovery after Critical Illness and Acute Kidney Injury. pp. 1601–1609. <https://doi.org/10.2215/CJN.19601220>

Wooten, R., Kothari, D., Pryor, R., & Bearman, G. (2022). Preventing Hemodialysis Catheter-Related Bloodstream Infections: Barriers, Controversies, and Best Practices. <https://doi.org/https://doi.org/10.1681/asn.2012070643>

World Health Organization (WHO). (2022). Global report on infection prevention and control - Executive summary. [who_ipc_global-report_executive-summary.pdf](https://www.who.int/ipcc/global-report/executive-summary.pdf)

World Health Organization. (2022). Global report on infection prevention and control . <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1425056/retrieve>

Yang, H., Chen, Y., & Fu, M. (2022). Research on the Application Effect of Strengthening Risk Management in Continuous Renal Replacement Therapy Nursing of Critically Ill Patients. Obtido de <https://doi.org/10.1155/2022/2363877>

5. Responsabilidades

A Diretora do SMI pela sua aprovação, a Enfermeira Coordenadora pela divulgação e implementação do Procedimento. Os Enfermeiros são responsáveis pela sua aplicação.

6. Procedimento

A falência da função renal no doente crítico acarreta a necessidade de recorrer-se com frequência a Terapêuticas Substitutivas da Função Renal (TSFR), como a HD (Timsit et al., 2018). A Lesão Renal Aguda (LRA), de acordo com Vijayan et al. (2021) é das complicações mais frequentes dos doentes hospitalizados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), sabendo-se que cerca de 50% desses podem desenvolver a LRA. Os mesmos autores salientam que a LRA se encontra associada a uma maior taxa de mortalidade e morbilidade nesses doentes (Vijayan et al., 2021).

Para tal, é necessário recorrer-se a um acesso vascular que permita a realização desta técnica, sendo o CVC o acesso utilizado na maioria das vezes nas situações de emergência (Danski, et al., 2017).

	Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infecção do Cateter Venoso Central para Hemodiálise no Serviço de Medicina Intensiva		Data de entrada em vigor:	--/--
			Versão ##	--/--
			Próxima revisão:	--/--
			Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

No SMI devem ser implementadas medidas (gerais e específicas) com o intuito de prevenir a infecção associada a este tipo de cateter. Essas medidas estão agrupadas em “Feixe de Intervenções”, cuja eficácia se baseia em resultados comprovados cientificamente de uma forma consistente (evidência proveniente de, pelo menos, uma Revisão *Scoping*, pela análise de quatro estudos), que procurou identificar as intervenções de enfermagem que visam reduzir a taxa de infecção associada ao CVC para HD.

O feixe de intervenções é de uso obrigatório em doentes a realizar TSFR, no SMI:

FEIXE DE INTERVENÇÕES/MEDIDAS GERAIS:

Sabe-se que os CVC para HD, são responsáveis por taxas de infecção oito vezes superiores ao invés de outro acesso vascular para HD, bem como por infecções da corrente sanguínea (Wooten et al., 2022). É de extrema importância a precoce identificação das complicações associadas ao CVC, nomeadamente para a prevenção da infecção, uma vez que as infecções associadas a este dispositivo são consideradas as de maior gravidade (Mohazzab et al., 2022).

De acordo com o estudo de Timsit et al. (2018), as taxas de infecção associadas ao CVC para HD e infecção da corrente sanguínea associada ao cateter variam de 9 a 28/1000 cateter-dia e 13/1000 cateter-dia. Embora que a infecção seja menor nos doentes que realizam TSFR Contínua, ao invés do que realizam HD intermitente, a prevalência da infecção associada a este tipo de cateter em concreto visa a aumentar após dez dias de TSFR Contínua (Timsit et al., 2018).

Timsit et al., (2018), explicitam que a pertinência da existência de um feixe de intervenções no âmbito deste tipo de cateter em particulares, é justificada pelo seu *design* característico e funções específicas, que levam a riscos acrescidos para este tipo de doentes ao invés dos existentes para os CVC habituais.

Prevenção da Infecção associada ao CVC para HD:

- Realizar da correta higienização das mãos com recurso posterior à técnica asséptica.
- Utilizar de forma correta os Equipamentos de Proteção Individual (EPIS) durante a conexão e desconexão (Máscara para profissional e doente);
- Desinfetar o orifício de saída do CLD com Solução de Clorexidina a 2%. Em caso de reação alérgica ou hipersensibilidade pode usar-se iodopovidona ou álcool a 70°.

Avaliação diária do Penso do CVC para HD:

- Manter-se externamente limpo e seco;
- Substituir sempre que visivelmente sujo ou contaminado;
- Substituir a cada 7 dias em pensos de poliuretano (transparentes);

	Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infecção do Cateter Venoso Central para Hemodiálise no Serviço de Medicina Intensiva		Data de entrada em vigor:	--/--
			Versão ##	--/--
			Próxima revisão:	--/--
			Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XX.00

- Substituir diariamente em pensos de gaze.

FEIXE DE INTERVENÇÕES/MEDIDAS ESPECIFICAS:

CONEXÃO DO CVC:

- Se aplicável, explicar o procedimento ao doente. Solicite que durante a conexão deve evitar falar e mobilizar a cabeça para o lado do CVC;
- Colocar a máscara ao doente;
- Agir em conformidade com os protocolos locais e colocar EPIS (máscara, touca, avental e luvas) pelo risco de exposição de sangue e fluidos;
- Realizar a correta higienização das mãos;
- Remover com as luvas limpas adesivos e pensos;
- Proceder à desinfecção das mãos;
- Abrir o material necessário para a conexão, ou utilizar kit de penso para CVC, que deve conter o seguinte material: 2 campos cirúrgicos esterilizados, com e sem buraco; penso estéril 10x10cm; 2 seringas 10cc; 2 seringas 5 cc; Soro Fisiológico 0,9% para preencher seringas de 10cc e 2 pares luvas esterilizadas;
- Preparar previamente as linhas da máquina de HD em sistema fechado para conexão posterior. Desinfetar as portas de entrada com Solução Clorexidina a 2%;
- Colocar o 1º par de luvas esterilizadas. Com a mão dominante colocar o primeiro campo (sem buraco) em baixo do CVC e com a mão não dominante remover a bolsa protetora, mantendo técnica assética. Remover o 1º par de luvas esterilizado no final desse passo. Desinfetar ambos os lumens com Solução Clorexidina a 2%, deixando atuar de acordo com as indicações do fabricante;
- Colocar o 2º par de luvas esterilizado e o 2º campo com buraco. Observar o local de inserção do orifício do CVC e proceder à sua desinfecção. No final aplicar o penso seco.
- Posteriormente, colocar 1 compressa esterilizada por baixo de 1 dos lumens de limpar a tampa. Certificar que o lúmen se encontra clampedo e adaptar a seringa de 5cc para remover 2 a 5cc de sangue com a solução de bloqueio do CVC. Posteriormente adaptar a seringa de 10cc para posterior lavagem do lúmen. Repetir o procedimento para o outro lúmen.
- Descartar o material usado e conectar as linhas da máquina ao doente, fechando o campo com buraco, mantendo a assepsia.

DECONEXÃO DO CVC:

- Se aplicável, explicar o procedimento de re-infusão de sangue ao doente, agindo em conformidade com os protocolos das unidades;
- Agir em conformidade com os protocolos locais e colocar EPIS (máscara, touca, avental e luvas) pelo risco de exposição de sangue e fluidos;

	Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infecção do Cateter Venoso Central para Hemodiálise no Serviço de Medicina Intensiva	Data de entrada em vigor:	---/---/---
		Versão ##	---/---/---
		Próxima revisão:	---/---/---
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

- Realizar a correta higienização das mãos;
- Abrir o material necessário para a desconexão, ou utilizar kit de penso para CVC, que deve conter o seguinte material: 1 campo cirúrgicos esterilizados, sem buraco; bolsa estéril protetora; 2 seringas 10cc; 2 seringas 2 cc; agulha diluição; Soro Fisiológico 0,9% para preencher seringas de 10cc; solução de bloqueio (citrato ou heparina) e 2 pares luvas esterilizadas;
- Abrir o campo com buraco e proceder à desinfecção das linhas e dos lúmens do CVC;
- Colocar o 1º par de luvas esterilizadas. Coloque o campo sem buraco por cima do campo com buraco. Clampar o lúmen arterial. Proceder à limpeza do lúmen e adaptar a seringa de 10cc com solução salina para lavagem.
- Adaptar a seringa com a solução de bloqueio utilizada na unidade e instile a mesma com as recomendações indicadas;
- Clampar o lúmen e proceder à limpeza do mesmo novamente.
- Colocar a tampa protetora do lúmen;
- Repetir todos os passos do procedimento anterior, para o lúmen venoso;
- Colocar a bolsa protetora de forma a proteger o CVC para HD.
- Descartar todo o material usado.

7. Anexos

Esta secção lista pelo título os suportes documentais necessários para certificar ou provar que as tarefas referidas no procedimento têm sido realizadas e verificadas. Quando possível apresentará um exemplar de cada um dos suportes indicados.

Versão, Revisão, Aprovação/Ratificação:

Versão:

Versão	Data	A rever em	Descrição das Modificações	Autor(es)
01			Versão original	Catarina Rebelo

Revisão:

A rever por:	Cargo/Comissão com responsabilidade na revisão do documento no prazo máximo de 3 anos	Data da próxima revisão:
--------------	---	--------------------------

Aprovação/Ratificação:

Aprovado por:	- De acordo com a Estrutura hierárquica/organizacional do Serviço/Unidade Funcional Nas Descrições de Funções deve estar de acordo com o ponto 4. "Dependência Hierárquica e Funcional"	Data:
---------------	--	-------

	<i>Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infecção do Cateter Venoso Central para Hemodiálise no Serviço de Medicina Intensiva</i>	Data de entrada em vigor:	--/--
		Versão ##	--/--
		Próxima revisão:	--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

	- Órgão/Comissão da Área (quando aplicável)	Data:
Ratificado por:	Conselho de Administração/Diretor do Serviço/Unidade Funcional Autônoma	Data:

Apêndice IV - **Resumo da Revisão Scoping**



VI Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica
Unidade Curricular Estágio Final - A Pessoa em Situação Crítica
2ºano/1º semestre

PROMOÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM CATETER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISE

SCOPING REVIEW

Docente Responsável pela Unidade Curricular:

Professora Doutora Dulce Santiago

Docente Orientador:

Professor Hugo Franco

Enfermeiro Orientador:

FP

Discente:

Catarina Rebelo, n.º 1098

Setúbal, fevereiro de 2023



VI Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica
Unidade Curricular Estágio Final - A Pessoa em Situação Crítica
2ºano/1º semestre

PROMOÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM CATETER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISE

SCOPING REVIEW

Docente Responsável pela Unidade Curricular:

Professora Doutora Dulce Santiago

Docente Orientador:

Professor Hugo Franco

Enfermeiro Orientador:

FP

Discente:

Catarina Alexandra Neves Rebelo, n.º 210531098

Ano Letivo 2022/2023
Setúbal, fevereiro de 2023

Resumo

A infecção do Cateter Venoso Central (CVC) para Hemodiálise (HD) é frequente, acarretando complicações, pelo que o papel do enfermeiro no âmbito da prevenção de infecção deste acesso se torna fundamental.

A Scoping Review (SR) sobre *A Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa com CVC para HD*, em contexto de internamento de cuidados críticos hospitalares, tem como finalidade responder à questão de investigação: **“Quais as intervenções à pessoa em situação crítica com CVC para HD, que contribuem para a redução das taxas de infeção?”**

O objetivo delineado para este estudo passa por mapear a evidência mais atual acerca das intervenções de enfermagem, que visem a redução das taxas de infeção, na pessoa em situação crítica, legitimando o papel do *Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, na área de intervenção específica, *A Pessoa em Situação Crítica*.

Na SR, foram incluídos estudos de natureza primária e secundária, em inglês, publicados no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2022. A pesquisa resultou em artigos selecionados das bases de dados da B-on, PubMed e SCOPUS, tendo sido incluídos 4 artigos sobre a temática em desenvolvimento.

Embora que a evidência pouco explique quais as intervenções específicas que visem a prevenção das complicações associadas ao CVC para HD, os autores destacam as elevadas taxas de complicações trombóticas e infecciosas deste dispositivo. A presente SR foi passível de ser concluída, pelo recurso a outras fontes de evidência tais como Guidelines corroborando a sua fiabilidade e validade científica.

Palavras-chave

Cateter Venoso Central (CVC); Hemodiálise (HD); Infecções Associadas ao Cateter; Cuidados Críticos; Cuidados de Enfermagem.

Abstract

Infection of the Central Venous Catheter (CVC) for Hemodialysis (HD) is frequente, leading to complications, so the role of nurses in preventing infection of this access becomes fundamental.

The Scoping Review (SR) on The Promotion on of Quality of Nursing Care to the Person with a CVC for HD, in an inpatient setting in an hospital critical care, it's aim is to answer the question *"What interventions in a critical care patient with CVC for HD can reduce infection rates?"*

The planned goal for the study is to map the current evidence on nursing interventions, aimed at reducing infection rates in critically ill patients, legitimating the role of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing in the specific area of The Critically Ill.

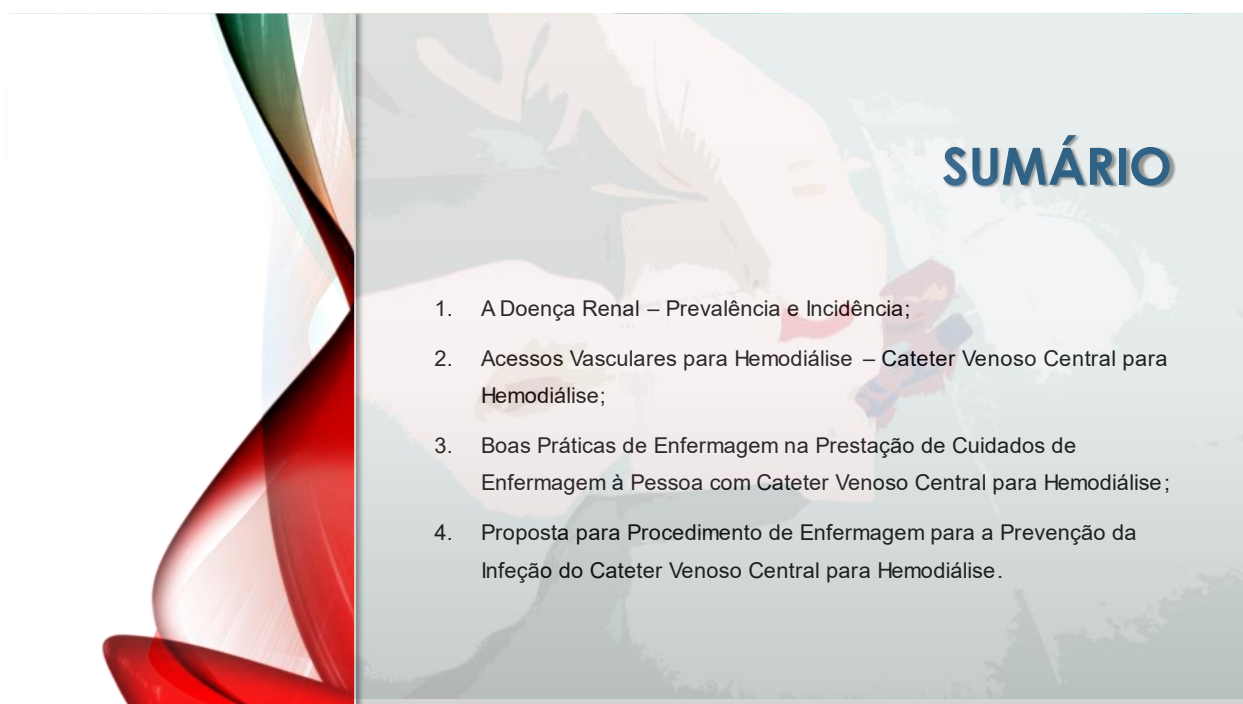
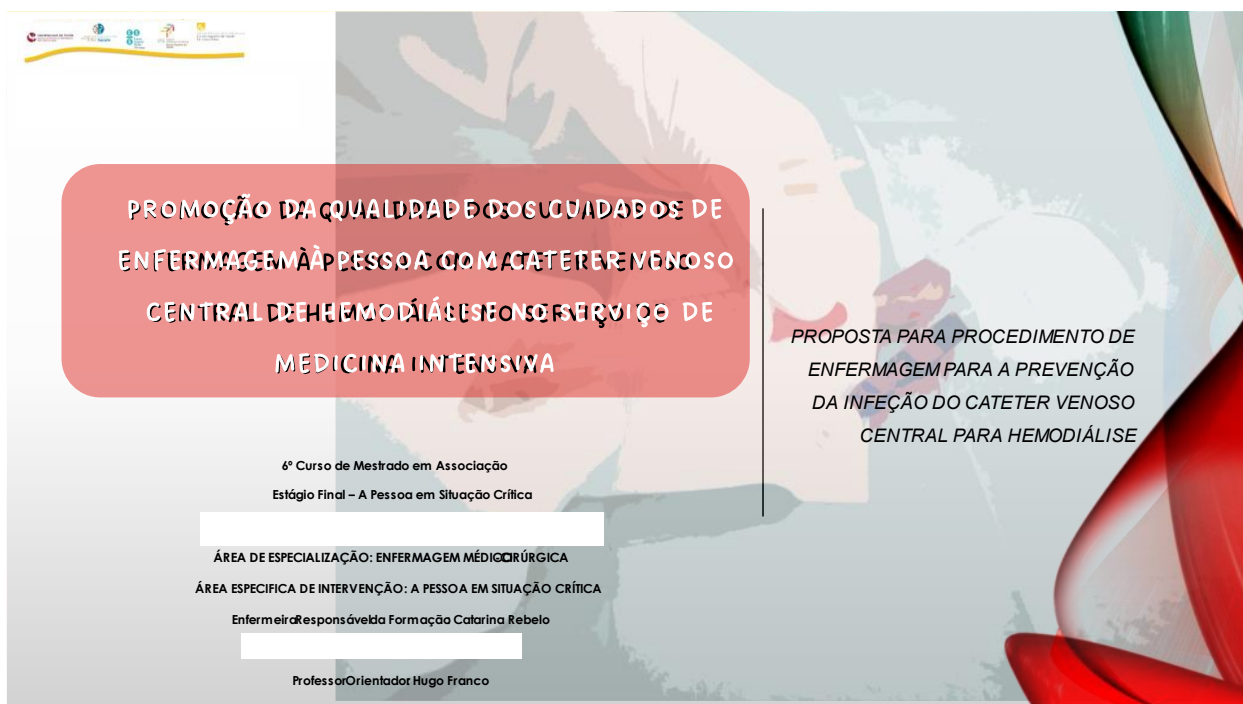
On this SR, primary and secondary nature studies were included, published in English, from January 2018 to December 2022. The research included articles from B-on, PubMed and SCOPUS and 4 articles were selected on the subject.

Although the evidence does not specify interventions aimed at preventing complications associated with HD CVCs, the authors emphasize the high rates of thrombotic and infectious complications of this device. The present SR could be concluded by the use of other sources of evidence such as guidelines that supported the evidence gathered, corroborating its reliability and scientific validity.

Keywords

Central Venous Catheter (CVC); Hemodialysis (HD); Catheter Associated Infections; Critical Care; Nursing Care.

Apêndice V - Apresentação Sessão de Formação em Serviço





OBJETIVOS

GERAL

- Apresentar a Proposta para Procedimento para a Prevenção da Infecção do Cateter Venoso Central (CVC) para Hemodiálise (HD).

ESPECÍFICOS

- Compreender a importância da Prevenção da Infecção associada ao CVC para HD;
- Rever de forma breve conhecimentos sobre Insuficiência Renal no âmbito do Doente Crítico;
- Analisar a Proposta para Procedimento de Enfermagem para a Prevenção da Infecção do CVC para HD;
- Refletir sobre as competências do Enfermeiro no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) a nível da prevenção e controlo de infeção.



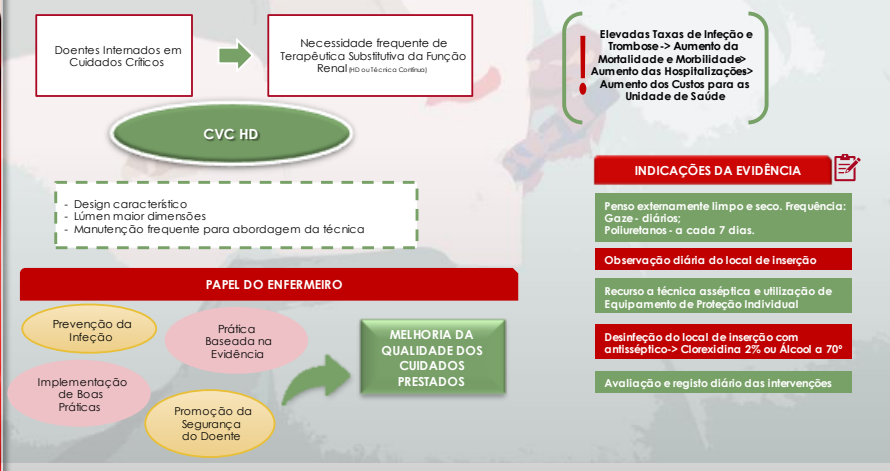
1. A DOENÇA RENAL – PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA

- Os doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), dispõem de risco elevado para a aquisição de infeções, sendo os CVC, responsáveis por cerca de 30% destas [World Health Organization (WHO), 2022].
- A necessidade da Terapêutica Substitutiva da Função Renal encontra-se patente em um por cada dez doentes internados em cuidados críticos (Timsit et al., 2018).

2. ACESSOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISE – CATETER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISE

- De acordo com a *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI)* (2020) o CVC é um dispositivo que permite aceder de forma direta à aurícula direita do coração, permitindo realização de tratamentos com alto volume e fluxo, como o tratamento dialítico.
- As indicações para a sua utilização são variáveis, sendo que no âmbito do doente crítico permitem acesso emergente à circulação para realização desta modalidade terapêutica.
- O tempo de permanência do CVC provisório, não deve ser superior a duas semanas, face aos riscos de infeção que se lhe encontram associados, bem como bacteriemia ou hospitalizações associadas ao acesso vascular (KDOQI, 2020).

3. BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM CATETER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISE



4. PROPOSTA PARA PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISE

VÍDEO CONEXÃO CVC DH



4. PROPOSTA PARA PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISE

·OBJETIVO

Descrever as intervenções cuja eficácia demonstra a redução da infecção originada pelo Cateter Venoso Central (CVC) para Hemodiálise (HD).

·CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se aos enfermeiros que prestam cuidados ao doente com CVC para HD, no Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

·SIGLAS, ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

CVC – Cateter Venoso Central
HD – Hemodiálise
LRA – Lesão Renal Aguda
SMI – Serviço de Medicina Intensiva
UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

4. PROPOSTA PARA PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISE

·SIGLAS, ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

Cateter Venoso Central – É considerado um acesso vascular de uso imediato, podendo ser utilizado no âmbito das urgências dialíticas (Santos et al., 2021). Ferreira et al. (2021), salientam a frequência do uso do CVC nos SMI, uma vez que têm como finalidade administração de fármacos e hemoderivados, vigilância hemodinâmica contínua do doente, administração de nutrição parentérica sendo ainda acesso para técnicas dialíticas.

Hemodiálise - A HD é considerada uma Técnica Substitutiva Função Renal (TSFR), sendo a mais utilizada em todo o mundo [Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI), 2022]. O objetivo desta técnica consiste em depurar substâncias nocivas para o organismo e substituí-las por outras em concentrações adequadas necessárias à sobrevivência, através de uma membrana designada de filtro, ou rim artificial [Direção Geral de Saúde (DGS), 2012].

·RESPONSABILIDADES

A Diretora do SMI pela sua aprovação, a Enfermeira Coordenadora pela divulgação e implementação do Procedimento. Os Enfermeiros são responsáveis pela sua aplicação.

4. PROPOSTA PARA PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISE

·PROCEDIMENTO

A falência da função renal no doente crítico, acarreta a necessidade de recorrer-se com frequência a terapêuticas substitutivas da função renal, como a HD (Timsit et al., 2018). A Lesão Renal Aguda (LRA), de acordo com Vijayan et al. (2021) é das complicações mais frequentes dos doentes hospitalizados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), sabendo-se que cerca de 50% desses podem desenvolver a LRA. Os mesmos autores, salientam que a LRA se encontra associada a uma maior taxa de mortalidade e morbilidade nesses doentes (Vijayan et al., 2021).

Para tal, segundo Danski, et al. (2017), é necessário recorrer-se a um acesso vascular que permita a realização desta técnica, sendo o CVC o acesso utilizado na maioria das vezes nas situações de emergência.

Nos SMI devem ser implementadas algumas medidas (gerais e específicas) com o intuito de prevenir a infeção associada a este tipo de cateter. Essas medidas estão agrupadas em "Feixe de Intervenções", cuja eficácia se baseia em resultados comprovados cientificamente de uma forma consistente (evidência proveniente de, pelo menos, uma Revisão Scoping, pela análise de quatro estudos), que procurou identificar as intervenções de enfermagem que visam reduzir a taxa de infeção associada ao CVC para HD.

4. PROPOSTA PARA PROCEDIMENTO PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISE

PROCEDIMENTO

O feixe de intervenções é de uso obrigatório em doentes a realizar TSFR, no SMI.

FEIXE DE INTERVENÇÕES/MEDIDAS GERAIS:

Sabe-se que os CVC para HD, são responsáveis por taxas de infeção oito vezes superiores ao invés de outro acesso vascular para HD, bem como por infeções da corrente sanguínea (Wooten et al., 2022).

É de extrema importância a precoce identificação das complicações associadas ao CVC, nomeadamente para a prevenção da infeção, uma vez que as infeções associadas a este dispositivo são consideradas as de maior gravidade (Mohazzab et al., 2022).

De acordo com o estudo de Timsit et al. (2018), as taxas de infeção associadas ao CVC para HD e infeção da corrente sanguínea associada ao cateter variam de 9 a 28/1000 cateter-dia e 13/1000 cateter-dia.

Embora que a infeção seja menor nos doentes que realizam TSFR Contínua, ao invés do que realizam HD intermitente, a prevalência da infeção associada a este tipo de cateter em concreto visa a aumentar após dez dias de TSFR Contínua (Timsit et al., 2018).

Timsit et al., (2018), explicitam que a pertinência da existência de um feixe de intervenções no âmbito deste tipo de cateter em particulares, é justificada pelo seu design característico e funções específicas, que levam a riscos acrescidos para este tipo de doentes ao invés dos existentes para os CVC habituais.

4. PROPOSTA PARA PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISE

PROCEDIMENTO

Prevenção da Infeção associada ao CVC para HD:

- Realizar da correta higienização das mãos com recurso posterior à técnica asséptica.
- Utilizar de forma correta os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) durante a conexão e desconexão (Máscara para profissional e doente);
- Desinfetar o orifício de saída do CLD com Solução de Clorexidina a 2%. Em caso de reação alérgica ou hipersensibilidade pode usar-se iodopovidona ou álcool a 70°.

Avaliação diária do Penso do CVC para HD:

- Manter-se externamente limpo e seco;
- Substituir sempre que visivelmente sujo ou contaminado;
- Substituir a cada 7 dias em pensos de poliuretano (transparentes);
- Substituir diariamente em pensos de gaze.

4. PROPOSTA PARA PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISE

PROCEDIMENTO



FEIXE DE INTERVENÇÕES/MEDIDAS ESPECÍFICAS:

CONEXÃO DO CVC:

- Se aplicável, explicar o procedimento ao doente. Solicite que durante a conexão deve evitar falar e mobilizar a cabeça para o lado oposto ao CVC;
- Colocar a máscara ao doente;
- Agir em conformidade com os protocolos locais e colocar EPIS (máscara, touca, avental e luvas) pelo risco de exposição de sangue e fluidos;
- Realizar a correta higienização das mãos;
- Remover com as luvas limpas adesivos e pensos;
- Proceder à desinfecção das mãos;
- Abrir material necessário para a conexão, ou utilizar kit de penso para CVC, que deve conter o seguinte material: 2 campos cirúrgicos esterilizados, com e sem buraco; penso estéril 10x10cm; 2 seringas 10cc; 2 seringas 5 cc; Soro Fisiológico 0,9% para preencher seringas de 10cc e 2 pares luvas esterilizadas;

4. PROPOSTA PARA PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISE

PROCEDIMENTO

FEIXE DE INTERVENÇÕES/MEDIDAS ESPECÍFICAS:

CONEXÃO DO CVC:

- Preparar previamente as linhas da máquina de HD em sistema fechado para conexão posterior. Desinfetar as portas de entrada com Solução Clorexidina a 2%;
- Colocar o 1º par de luvas esterilizadas. Com a mão dominante colocar o primeiro campo (sem buraco) em baixo do CVC e com a mão não dominante remover a bolsa protetora, mantendo técnica asséptica. Remover o 1º par de luvas esterilizadas no final desse passo. Desinfetar ambos os lumens com Solução Clorexidina a 2%, deixando atuar de acordo com as indicações do fabricante;
- Colocar o 2º par de luvas esterilizadas e o 2º campo com buraco. Observar o local de inserção do orifício do CVC e proceder à sua desinfecção. No final aplicar penso seco.
- Posteriormente, colocar 1 compressa esterilizada por baixo de 1 dos lumens. Proceder à limpeza da tampa. Certificar que o lúmen se encontra clamped e adaptar a seringa de 5cc para remover 2 a 5cc de sangue com a solução de bloqueio do CVC. Posteriormente adaptar a seringa de 10cc para posterior lavagem do lúmen. Repetir o procedimento para o outro lúmen.
- Descartar o material usado. Conectar as linhas da máquina ao doente, fechando o campo com buraco, mantendo a assepsia.

4. PROPOSTA PARA PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISE

PROCEDIMENTO

FEIXE DE INTERVENÇÕES/MEDIDAS ESPECÍFICAS:

DESCONEXÃO DO CVC:

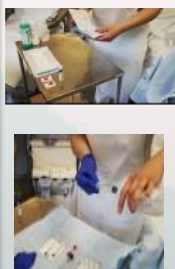
- Se aplicável, explicar o procedimento de re-infusão de sangue ao doente, agindo em conformidade com os protocolos das unidades;
- Agir em conformidade com os protocolos locais e colocar EPIs (máscara, touca, avental e luvas) pelo risco de exposição de sangue e fluidos;
- Realizar a correta higienização das mãos;
- Abrir o material necessário para a desconexão, ou utilizar kit de penso para CVC, que deve conter o seguinte material: 1 campo cirúrgico esterilizados, sem buraco; bolsa estéril protetora; 2 seringas 10cc; 2 seringas 2 cc; agulha diluição; Soro Fisiológico 0,9% para preencher seringas de 10cc; solução de bloqueio (citrato ou heparina) e 2 pares luvas esterilizadas;
- Abrir o campo com buraco e proceder à desinfecção das linhas e dos lúmens do CVC, com Solução de Clorexidina a 2%;

4. PROPOSTA PARA PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISE

PROCEDIMENTO

FEIXE DE INTERVENÇÕES/MEDIDAS ESPECÍFICAS:

DESCONEXÃO DO CVC:



- Colocar o 1º par de luvas esterilizadas. Colocar o campo sem buraco por cima do campo com buraco. Clampar o lúmen arterial, procedendo à limpeza do lúmen, adaptando a seringa de 10cc com solução salina para lavagem.
- Adaptar a seringa com a solução de bloqueio utilizada na unidade e instilar a mesma com as recomendações indicadas;
- Clampar o lúmen e proceder à limpeza do mesmo novamente.
- Colocar a tampa protetora do lúmen;
- Repetir todos os passos do procedimento anterior, para o lúmen venoso;
- Colocar a bolsa protetora de forma a proteger o CVC para HD.
- Descarte todo o material usado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As infeções relacionadas como o CVC para HD são frequentes e com riscos mais elevados para os doentes em cuidados críticos.

As intervenções especializadas e baseadas na evidencia científica visam a promoção da segurança do doente, pelo que o papel do enfermeiro em UCI, passa pela implementação das melhores práticas promotoras da qualidade.

Pretende-se com o presente procedimento uniformizar os cuidados de enfermagem à pessoa com CVC para HD, no SMI, reduzindo-se as complicações que lhe estão associadas, atuando-se a nível do domínio da Prevenção e Controlo de Infeção

REFERÊNCIAS

- Direção Geral de Saúde (DGS). (2022). *Norma 022/2015 - Fluxo de intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter*. <https://hormas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/fluxo-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central.pdf>
- Elahe Tajeddin, Marjan Rashid, Maryam Razaghi Javadi S. S., Somayeh J. Sherafat, M. A. Sarbazi, M. R., ... Zailb, M. R. (2016). The role of the intensive care unit environment and health-care workers in the transmission of bacteria associated with hospital-acquired infections. <https://doi.org/10.1016/j.jhph.2015.05.010>
- Lok, C. E., Hubert, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yezlin, A. S., Abreo, K., ... P. R. (2020). *KDOQI/CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR VASCULAR*. [https://www.ajkd.org/action/showPdf?pii=S2724-6388\(20\)32931-1370](https://www.ajkd.org/action/showPdf?pii=S2724-6388(20)32931-1370)
- Mohazzab A., Zadeh, M. K., Dehesti P., Abdolvand N., Rahimi, Z., & Rahmani, S. (2022). Investigation of risk factors for tunneled hemodialysis catheters dysfunction: competing risk analysis of a tertiary center data. <https://doi.org/10.1186/s12862-022-02927-z>
- National Kidney Foundation. (2022).
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2013). *Norma 017/2011 - Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estágio 5*. <https://www.dgs.pt/directiva-da-dgs/hormas-circulares-normativas/horman-0172011-de-28092011/abaixada-14062013/pg.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (Julho de 2018). Regulamento nº 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica pp. 19359 - 19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/842011568537.pdf>
- Santos, K. F., Breilameier, G., Proença, M. C., Boni, F. G., & Echer, I. C. (2021). Tempo de permanência: motivos de retirada do cateter venoso central de pacientes renais crônicos em hemodiálise ambulatorial. <https://doi.org/10.22492/2357-9730.107790>
- Timsit, J.-F., Rupp, M., Bouza, E., Chopra V., Kärpänen T., Laupland K., ... Zingg, W. (2018). state of the art review on optimal practices to prevent recognize and manage complications associated with intravascular devices in the critically ill. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5212-y>
- Vijayan, A., Abdel-Rahman, E. M., Liu, K. D., Goldstein, S. L., Agarwal, A., Okusa, M. D., & Cerda, J. (2021). Recovery after Critical Illness and Acute Kidney Injury. pp. 1601-1609. <https://doi.org/10.2215/CJN.19601220>
- Woolen, R., Kothari, D., Pryor, R., & Bearman, G. (2022). Preventing Hemodialysis Catheter-Related Bloodstream Infections: Barriers, Controversies and Best Practices. <https://doi.org/10.1667/aaen.2012070643>
- World Health Organization (WHO) (2022). Global report on infection prevention and control: Executive summary. <https://www.who.int/publications/m/item/global-report-on-infection-prevention-and-control>
- World Health Organization (2022). Global report on infection prevention and control. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/3425058>
- Yang, H., Chen, Y., & Fu, M. (2022). Research on the Application Effect of Strengthening Risk Management in Continuous Renal Replacement Therapy Nursing of Critically Ill Patients. Obtido de <https://doi.org/10.1155/2022/2363877>

Apêndice VI - **Poster de Participação no Congresso Investir em ‘Enfermagem, dar Valor à Saúde’**



ANEXOS

Anexo I - Certificado de Participação no Congresso 'Investir em Enfermagem, dar Valor à Saúde'



A Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros declara que o
trabalho

**Promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem
à pessoa com catete venoso central (cvc) para
hemodiálise (hd) – revisão scoping**

elaborado por

Catarina Alexandra Neves Rebelo (Autora)

Membro N.º 79494 desta Ordem, foi apresentado em forma de Póster no âmbito do

**IV Congresso Regional do Sul da Ordem dos
Enfermeiros**

que decorreu nos dias 06 e 07 de Dezembro em Santarém.

Sérgio Branco

Presidente do Conselho Directivo Regional
Secção Regional do Sul
Ordem dos Enfermeiros

Anexo II - Certificado de Participação do Curso Suporte Básico de Vida



Anexo III - Certificado de Participação do Curso Suporte Avançado de Vida



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

Catarina Alexandra REBELO

29/06/1991

Received the ERC qualification
Advanced Life Support (ALS)
Provider
In Setúbal, Portugal

Vanda Maria SEROMENHO
course director



Date last course: 04/06/2022

The holder of this certificate is responsible for the periodical update of their knowledge, skills and retraining.
To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-628-833148

Anexo IV - Certificado de Participação do Curso International Trauma Life Support



ITLS
International
Trauma Life Support

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

Certificate of Participation

Catarina Alexandra Neves Rebelo, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date
6/5/2022

course site
IP Setúbal, Setubal, INTL (International)

course director
Dr. Ana Ferreira, MD MD

course coordinator
Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

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

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

Card Holder's Signature

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

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS 349449-48576
International
Trauma Life Support

Catarina Alexandra Neves Rebelo, RN

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

Advanced Provider Course

Card Issue Date **6/5/2022**

Expiration Date **06/2025**

Course Number **48576**

Course Location **IP Setúbal, Setubal, INTL (International)**