



**Gestão da dor no doente crítico: atitudes, perceções e conhecimentos  
dos enfermeiros.**

**Ana Catarina Diegues Fernandes**

**Relatório Final De Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do  
Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação  
Crítica**

Orientador – Maria Gorete de Jesus Baptista

Categoria – Professora Doutora

Afiliação – Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde

outubro 2025



**Fernandes, Ana Catarina Diegues.** Gestão da dor no doente crítico: atitudes, percepções e conhecimentos dos enfermeiros.

Relatório Final De Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2025.

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Gorete Baptista, por toda a disponibilidade, apoio científico e ensinamentos ao longo de todo o percurso e por me proporcionar o prazer de aprender com ela.

A todos os docentes do Instituto Politécnico de Bragança pela excelência e gosto de ensinar.

Às orientadoras dos campos de estágio pelo apoio, carinho e pela disponibilidade de aprendizagens que me proporcionaram.

A todos os profissionais de saúde que cruzaram o meu caminho nesta jornada.

Ao meu avô que acompanhou esta caminhada do céu.

Aos meus pais que, como sempre, são os maiores companheiros em todos os meus projetos de vida.

À minha irmã, pela paciência e por estar sempre presente.

Ao meu afilhado, por todo o amor diário.

À minha avó, pelo apoio e pela fé.

O meu muito obrigada a todos.

## RESUMO

Este relatório tem como objetivo refletir sobre o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, com foco no cuidado à pessoa em situação crítica. Além disso, inclui uma investigação sobre a gestão da dor no doente crítico, analisando as atitudes, percepções e conhecimentos dos enfermeiros sobre este tema.

A primeira parte do relatório aborda o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista e mestre, destacando a importância da prática clínica para consolidar conhecimentos teóricos. Foram realizados três estágios clínicos em Unidade Local de Saúde - PPCIRA, Serviço de Medicina Intensiva e Urgência Médico-Cirúrgica, onde foram realizadas atividades fundamentais na aquisição de saberes para o desenvolvimento das competências fundamentais de enfermagem especializada na abordagem ao doente crítico.

Durante esses estágios, de forma específica e voltada para a temática de investigação em apreço, houve oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre a gestão da dor, compreender a importância da sua avaliação sistemática e contínua e reconhecer as intervenções autónomas que podem ser aplicadas para minimizar o desconforto dos doentes.

A dor é considerada pela Direção-Geral de Saúde (DGS) como o 5º sinal vital, sendo essencial a sua correta valorização e monitorização. Em Serviços de Medicina Intensiva, onde os doentes enfrentam quadros complexos de falência orgânica e recuperação difícil, a dor pode ser negligenciada, especialmente em pacientes sedados, que possuem dificuldade em comunicar. A avaliação e reavaliação contínua da dor, através de instrumentos validados e do registo detalhado das intervenções, é crucial para uma gestão mais eficaz e para evitar complicações como sofrimento desnecessário, impactos psicológicos negativos e atraso na recuperação funcional.

Assim, a segunda parte do relatório refere-se à investigação realizada sobre a gestão da dor no doente crítico. Foi conduzido um estudo analítico, transversal e quantitativo, com uma amostra de 44 enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE). Os dados foram recolhidos por meio de um questionário, aplicado nos meses de novembro e dezembro de 2023, respeitando os princípios éticos da investigação. A análise estatística foi realizada com o software IBM SPSS Statistics 26.0.

Os resultados demonstraram que a formação dos enfermeiros na área da gestão da dor ainda é insuficiente: apenas 9,1% dos inquiridos frequentaram formação específica sobre dor no doente crítico, e 4,5% receberam formação geral na área da dor. Quanto à avaliação da dor, os instrumentos mais utilizados são as escalas de BPS (81,8%) e EN (77,3%). No entanto, apenas 9,1% dos enfermeiros avaliam a dor apenas quando o doente se queixa, o que sugere que a avaliação pode não ser sistemática. 79,5% dos enfermeiros avaliam a dor durante procedimentos invasivos, 77,3% quando o doente está sedado e 70,5% durante o posicionamento do paciente. A reavaliação da dor também apresenta fragilidades. Apenas 15,9% dos enfermeiros realizam a reavaliação a cada duas horas, sendo que 81,8% a realizam apenas uma hora após a administração de analgesia, 88,6% quando o doente refere dor, 79,5% após procedimentos invasivos e 75% após o reposicionamento do paciente. Apesar disso, verificou-se que os enfermeiros aplicam estratégias autónomas e interdependentes para a gestão da dor, o que indica que há conhecimento sobre o tema, mas a prática pode ser melhor estruturada. Quanto ao sistema de informação PaTIENT.CARE<sup>®</sup>, os enfermeiros consideram não pertinente a obrigatoriedade da avaliação da dor a cada duas horas, mas apoiam o registo obrigatório da localização, tipo de dor, irradiação e causa sempre que a dor é avaliada. Além disso, valorizam a associação do score da dor às intervenções autónomas de enfermagem. A análise estatística revelou associações significativas entre a valorização das queixas do doente e a perceção sobre o sistema de registos. Foi observado que os enfermeiros que consideram importante o registo sistemático da dor também tende a avaliar e reavaliar a dor de forma mais regular, em vez de apenas quando o doente está sedado ou analgesiado. Estes dados reforçam a importância da sensibilização dos profissionais para a necessidade de uma gestão contínua e estruturada da dor.

Em conclusão, destaca-se que os estágios desempenharam um papel fundamental na aquisição e consolidação de competências do enfermeiro especialista, permitindo a aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos. Relativamente à investigação, conclui-se que os enfermeiros demonstram atitudes positivas na gestão da dor, mas há necessidade de maior investimento na formação profissional. A padronização da avaliação e reavaliação da dor, aliada a uma formação contínua, é essencial para garantir uma gestão eficaz da dor no doente crítico e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

**Palavras-chave:** Enfermeiros, Gestão da dor, Doente crítico, Competências, Formação, Avaliação da dor.

## **ABSTRACT**

This report aims to reflect on the development of the competencies of the nurse specialist in medical-surgical nursing, with a focus on the care of critically ill patients. Additionally, it includes an investigation into pain management in critically ill patients, analyzing nurses' attitudes, perceptions, and knowledge on the topic.

The first part of the report addresses the development of the nurse specialist and master's level competencies, highlighting the importance of clinical practice in consolidating theoretical knowledge. Three clinical placements were carried out at a Local Health Unit – PPCIRA, the Intensive Care Unit, and the Medical-Surgical Emergency Department, where essential activities were undertaken for acquiring knowledge fundamental to the development of specialized nursing skills in the care of critically ill patients.

During these placements, with a specific focus on the research theme in question, there was an opportunity to deepen knowledge about pain management, understand the importance of systematic and continuous pain assessment, and recognize autonomous interventions that can be applied to minimize patients' discomfort.

Pain is considered by the Direção Geral da Saúde (DGS) as the fifth vital sign, making its proper evaluation and monitoring essential. In Intensive Care Units, where patients face complex conditions of organ failure and difficult recovery, pain can be overlooked, especially in sedated patients who struggle to communicate. Continuous assessment and reassessment of pain, through validated tools and detailed documentation of interventions, are crucial for effective management and for avoiding complications such as unnecessary suffering, psychological harm, and delayed functional recovery.

Thus, the second part of the report refers to the research conducted on pain management in critically ill patients. An analytical, cross-sectional, and quantitative study was carried out with a sample of 44 nurses from the Intensive Care Unit of the Local Health Unit of the Northeast (ULSNE). Data were collected through a questionnaire administered during November and December 2023, respecting ethical principles of research. Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics 26.0.

The results showed that nurse training in pain management is still insufficient: only 9.1% of respondents had attended specific training on pain in critically ill patients, and 4.5%

had received general training in pain management. Regarding pain assessment, the most commonly used tools are the BPS scale (81.8%) and the EN scale (77.3%). However, only 9.1% of nurses assess pain solely when the patient complains, suggesting that assessment may not be systematic. About 79.5% of nurses assess pain during invasive procedures, 77.3% when the patient is sedated, and 70.5% during patient positioning.

Pain reassessment also shows weaknesses. Only 15.9% of nurses reassess pain every two hours, while 81.8% do so one hour after analgesia administration, 88.6% when the patient reports pain, 79.5% after invasive procedures, and 75% after patient repositioning. Despite this, it was found that nurses apply both autonomous and interdependent strategies for pain management, indicating knowledge on the topic, although practice could be better structured.

Regarding the PaTIENT.CARE© information system, nurses do not consider the mandatory two-hour pain assessment relevant but support the mandatory documentation of pain location, type, radiation, and cause whenever pain is assessed. Additionally, they value linking the pain score to autonomous nursing interventions. Statistical analysis revealed significant associations between the value placed on patients' complaints and perceptions of the record-keeping system. It was observed that nurses who consider systematic pain documentation important also tend to assess and reassess pain more regularly, rather than only when the patient is sedated or receiving analgesia. These findings reinforce the importance of raising professional awareness about the need for continuous and structured pain management.

In conclusion, the clinical placements played a key role in the acquisition and consolidation of specialist nursing competencies, allowing for the practical application of theoretical knowledge. Regarding the research, it is concluded that nurses show positive attitudes toward pain management, but there is a need for greater investment in professional training. Standardizing the assessment and reassessment of pain, alongside continuous education, is essential for ensuring effective pain management in critically ill patients and, consequently, improving the quality of care provided.

**Keywords:** Nurses; Pain management; Critically ill; Skills; Training; Pain assessment.

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIS – Bispectral Index

BPS – Behavioral Pain Scale

CIPE – Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem

CODU – Comando Operacional de Desastres e Urgências

CVC – Cateter Vascular Central

DGS – Direção Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

ECMO – Extracorporeal Membrane Oxygenation

EN – Escala Numérica

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

EPC - Enterobactereáceas Produtoras de Carbapenemes

EPI – Equipamento de Proteção Individual

HAI-NET SSI – Healthcare Acquired Infection Network Surgical site infection

ILC – Infeção do Local Cirúrgico

INCS – Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

IRCVC – Infeção Relacionada ao Cateter Vascular Central

IRD – Instrumento de Recolha de Dados

IUACV – Infeção Urinária Associada ao Cateter Vesical

KPC – *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase

LRA – Lesão Renal Aguda

MRSA – Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*

MMR – Microrganismo Multirresistente

OBS – Observação

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PAPA – Programa de Apoio à Prescrição Antimicrobiana

PBCI - Precauções Básicas em Controlo de Infeção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PICC – Peripherally Inserted Central Catheter

PNS – Plano Nacional de Saúde  
PPS - Point Prevalence Survey  
RASS – Richmond Agitation-Sedation Scale  
RMN – Ressonância Magnética  
SMI – Serviço de Medicina Intensiva  
STM – Sistema de Triagem de Manchester  
SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica  
SU – Serviço de Urgência  
SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica  
SUB – Serviço de Urgência Básica  
SUP – Serviço de Urgência Polivalente  
TAC – Tomografia Computorizada  
TP – Tuberculose Pulmonar  
TSFRC – Técnica de Substituição da Função Renal Contínua  
TWI – Training Within Industry  
UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios  
UL-PPCIRA – Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos  
ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste  
VA – Veno-arterial  
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação  
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva  
VVS – Via Verde Sepsis  
VVT – Via Verde Trauma  
VV – Veno-Venosa

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Caracterização socioprofissional da amostra.....	83
<b>Tabela 2</b> - Como classifica o conhecimento relativamente aos seguintes instrumentos de avaliação de dor? .....	84
<b>Tabela 3</b> - Práticas na avaliação da dor ('Na sua prática clínica avalia a dor...')	85
<b>Tabela 4</b> - Práticas na reavaliação da dor ('Na sua prática clínica reavalia a dor...') ..	85
<b>Tabela 5</b> - Intervenções autónomas na gestão da dor .....	86
<b>Tabela 6</b> - Registos de avaliação da dor no sistema BSimple PaTIENT.CATE <sup>®</sup> (‘Quando regista a dor no sistema BSimple...’)	87
<b>Tabela 7</b> – ‘Segundo a sua perceção qual o grau de importância das seguintes afirmações’ .....	87
<b>Tabela 8</b> - Relações entre perceções e práticas para com a dor.....	89

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - ‘Que escalas utiliza para avaliação da dor?’ (%).....	84
<b>Gráfico 2</b> - Importância primordial atribuída nas percepções (%).....	88

# ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS .....	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xi
INTRODUÇÃO .....	1
<b>PARTE I – RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM .....</b>	<b>4</b>
<b>1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO .....</b>	<b>5</b>
1.1 Estágio de Opção .....	8
1.2 Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica .....	10
1.3 Serviço de Medicina Intensiva .....	12
<b>2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENSINO CLÍNICO ...</b>	<b>15</b>
<b>2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....</b>	<b>16</b>
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....	17
2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade .....	22
<b>2.1.3 Domínio da gestão dos cuidados .....</b>	<b>29</b>
2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	33
<b>2.2 Desenvolvimento de competências específicas em enfermagem na pessoa em situação crítica .....</b>	<b>36</b>
<b>2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica .....</b>	<b>37</b>
<b>2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da .....</b>	<b>51</b>
<b>conceção à ação .....</b>	<b>51</b>
<b>2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas .....</b>	<b>53</b>
<b>PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA .....</b>	<b>60</b>
<b>1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS .....</b>	<b>61</b>
<b>2. ESTADO DA ARTE .....</b>	<b>62</b>
2.1 Dor .....	62
2.2 Gestão da dor no doente crítico .....	64
2.3 Escalas de Classificação da dor .....	65

2.4 Tratamento Farmacológico da dor .....	67
2.5 Intervenções autónomas de enfermagem no tratamento da dor .....	69
2.6 Sistemas de informação em saúde .....	73
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>75</b>
3.1 Tipo de Estudo .....	75
3.2 População e Amostra .....	75
3.2 Procedimentos de recolha, análise e tratamento de dados .....	76
3.3.1 Instrumento de Recolha de Dados.....	76
3.3.2 Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas .....	79
3.3.3 Modelos de análise e tratamento dos dados.....	81
<b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS .....</b>	<b>82</b>
4.1 Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.....	82
4.2 Conhecimentos e necessidade de formação da amostra na Gestão da Dor ..	83
4.3 Estratégias Autónomas e Interdependentes utilizadas pela amostra na Gestão da Dor .....	86
4.4 Opinião da amostra sobre o Sistema de Informação BS PaTIENT.CARE®	86
4.5 Perceções da amostra sobre a Gestão da Dor .....	87
4.6 Associação entre as perceções e conhecimentos e as intervenções realizadas pela amostra na Gestão da Dor .....	88
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>91</b>
<b>6. CONCLUSÕES DO ESTUDO .....</b>	<b>97</b>
<b>7. SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO .....</b>	<b>101</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>102</b>
<b>APÊNDICES E ANEXOS .....</b>	<b>113</b>
APÊNDICE I – Manual de Integração dos Dinamizadores .....	114
APÊNDICE II - Procedimento PICC e Midlline e CVC .....	145
APÊNDICE III - Cartaz “Pneumonia associada à intubação traqueal (PAI) .....	172
ANEXO I – Questionário .....	173
ANEXO II- Parecer da comissão de ética .....	184
ANEXO III – Comprovativo de submissão do artigo para a revista Millenium .	185

## INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, ministrado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, foi desenvolvido o relatório final de Estágio Profissional, sob a orientação da Professora Doutora Gorete Baptista.

Segundo o Regulamento n.º 429/2018, considera-se pessoa em situação crítica aquela cuja vida está em perigo devido ao mau funcionamento, ou risco iminente de falência de um ou mais órgãos vitais. O êxito do tratamento depende de uma vigilância contínua, de monitorização rigorosa e da aplicação de intervenções terapêuticas adequadas. Esta área de especialidade centra-se tanto na pessoa como na sua família/cuidador, que enfrentam situações complexas relacionadas com a doença. Os profissionais com título de especialista têm como responsabilidade recolher dados de forma contínua, antecipar possíveis complicações, detetar sinais de instabilidade, aplicar protocolos terapêuticos avançados, garantir o conforto e bem-estar do doente e basear as suas intervenções nas mais recentes evidências científicas (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Através do presente documento será feita uma análise crítico-reflexiva sobre o percurso efetuado nos três campos de estágio realizados no Serviço do Programa da Prevenção e Controle de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos, no Serviço de Medicina Intensiva e no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica. Vão ser analisados os conhecimentos adquiridos e as intervenções realizadas passíveis à obtenção do grau de mestre. Este documento irá de igual forma integrar o projeto de investigação desenvolvido.

O artigo 15º do Decreto-Lei nº 65/2018 define que o grau de mestre é atribuído a quem demonstre ter competências e conhecimentos adquiridos ao nível do primeiro ciclo de estudos. Um enfermeiro com o grau de mestre é capaz de desenvolver investigação, aplicar o conhecimento à prática, resolver problemas e lidar com situações complexas. Além disso, tem a capacidade de comunicar as suas conclusões de forma clara e está apto a continuar a aprender ao longo da vida (Diário da República, 2019a).

Ao longo dos campos de estágio (UL-PPCIRA, SUMC, SMI) direcionei a minha atuação por forma a conseguir dar resposta às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-

Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica bem como ao guia orientador e instrumento de avaliação transversais aos três campos de estágio.

No que diz respeito ao projeto de investigação, a escolha pelo tema acima mencionado adveio da crescente consciencialização da importância da gestão eficaz da dor no doente crítico. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, deve ser capaz de gerir a dor de forma especializada e eficaz. Para isso, é necessário que tenha competências que lhe permitam reconhecer rapidamente sinais fisiológicos e emocionais de desconforto no doente. Esse profissional deve dominar tanto estratégias farmacológicas como não farmacológicas no controlo da dor, incluindo a gestão da sedo-analgesia (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

No contexto do exercício profissional num Serviço de Medicina Intensiva, tornou-se evidente a relevância de uma gestão eficaz da dor, reconhecendo-se a sua complexidade e impacto direto no bem-estar da pessoa em situação crítica. A utilização adequada de escalas de avaliação da dor, a implementação de intervenções autónomas e interdependentes e o seu correto registo no sistema informático são aspetos fundamentais deste processo. Perante esta realidade, surgiu a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o tema, procurando compreender as atitudes, perceções e conhecimentos dos enfermeiros deste serviço relativamente à dor e à sua gestão. Uma abordagem transversal e integrada deve promover uma linguagem comum entre os profissionais de saúde, assegurando coerência nas práticas e contribuindo para um cuidado mais seguro e eficaz. Esta investigação visa, em última instância, enriquecer o conhecimento dos enfermeiros sobre a correta aplicação de escalas de avaliação da dor, intervenções a realizar e efetivação de registos, reforçando a importância de uma atuação sistematizada na gestão da dor.

O tratamento da dor deve ter como base a mais atualizada evidência científica e formação transversal de todos os profissionais de saúde para que seja possível prevenir e controlar a dor por forma a melhorar a capacidade funcional do doente (Direção Geral da Saúde, 2017).

É importante considerar que a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, suscetível de causar dano ao doente. A sua natureza é subjetiva, tendo a força e importância que cada doente lhe dá. Não obstante, existem tipologias de doentes que não

são capazes de avaliar a intensidade de sua dor como sejam os pacientes intubados. Este facto é considerado um desafio para a eficiente gestão da dor nestes doentes (Aljumah et al., 2018).

O Regulamento nº 361/2015 referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica reflete a importância deste tema, através da abordagem de todas as etapas importantes da gestão da dor, desde a aplicação de instrumentos de avaliação da dor, instituição de protocolos terapêuticos e aplicação de medidas não farmacológicas como parte integrante do enunciado descritivo do Bem-estar e do Autocuidado.

Para o desenvolvimento do presente relatório, foi utilizada uma metodologia descritiva, exploratória e reflexiva, sustentada por pesquisas em bases de dados científicas. Encontra-se dividido em duas partes. Na primeira faço a contextualização dos campos de estágio, das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica desenvolvidas, bem como a sua análise crítica e a segunda parte diz respeito ao projeto de investigação desenvolvido sobre a Gestão da dor no doente crítico: atitudes, perceções e conhecimentos dos enfermeiros.

**PARTE I – RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO: PRÁTICA ESPECIALIZADA  
EM ENFERMAGEM**

## 1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO

Neste capítulo, pretendo realizar uma descrição sumária dos contextos clínicos onde os estágios foram desenvolvidos. Desta forma, o objetivo é analisar e descrever as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo dos campos de estágio: Opção I (opção Estágio Monovalente I), na qual era facultada a opção de escolher entre distintos serviços nos quais se aborda diretamente o contacto com o doente crítico e Opção II (opção Estágio II), campos de estágio obrigatórios nos serviços de Medicina Intensiva e Urgência Médico-Cirúrgica de diferentes hospitais do país.

Deste modo, no decurso destas unidades curriculares, realizei os seguintes estágios:

- Opção Estágio Monovalente I - Serviço do Programa da Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA) na Unidade Local de Saúde do Nordeste EPE (ULSNE), no período de 08/05/2023 a 31/7/2023.
- Opção Estágio II - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica na Unidade Local de Saúde do Nordeste EPE (ULSNE), no período de 28/09/2023 a 16/12/2023.
- Opção Estágio II - Serviço de Medicina Intensiva (SMI) no Centro Hospitalar Universitário de São João, no período de 09/01/2024 a 06/03/2024.

Cada campo de estágio teve a duração de 200 horas, sendo que todos eles foram orientados por enfermeiros especialistas.

Importa salientar a pertinência da realização de estágios práticos, uma vez que a componente da prática clínica é fundamental para a formação dos enfermeiros. Isto é conseguido através da prestação de cuidados em contexto real o que permite desenvolver e aperfeiçoar competências. Este ambiente propicia a consolidação de conhecimentos teóricos e práticos e o desenvolvimento de atitudes, valores e habilidades que devem ser inerentes à profissão (Pires et al., 2020).

Segundo o Regulamento 429/2018 o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica “íntegra, juntamente com o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista definidas em regulamento próprio, o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2018a, p.19359).

Por este motivo, os objetivos gerais e específicos desenhados para os ensinamentos clínicos, foram definidos com vista no enquadramento regulador para a certificação de competências, sendo ajustados à complexidade de cada campo de estágio:

#### Objetivos Gerais:

- 1- Desenvolver as competências comuns inerentes ao Enfermeiro Especialista;
- 2- Desenvolver as competências específicas inerentes à especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica;
- 3- Aplicar conhecimentos teóricos nos diferentes contextos clínicos;
- 4- Maximizar a resposta a situações de urgência e emergência;
- 5- Desenvolver práticas baseadas nos princípios éticos que regulam a profissão;
- 6- Desenvolver a capacidade de tomadas de decisão assertivas;
- 7- Desenvolver técnicas de comunicação com o doente/família e com a equipa multidisciplinar.

#### Objetivos Específicos:

##### Serviço de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

- 1- Desenvolver competências comuns e específicas na área do controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- 2- Desenvolver competências em situações de surgimento de surtos infecciosos;
- 3- Desenvolver competências relacionadas aos diferentes programas informáticos de registo;
- 4- Desenvolver o conhecimento acerca do Projeto Stop Infeção Hospitalar 2.0;
- 5- Desenvolver o processo de tomadas de decisão assertivas e baseadas em evidência científica;
- 6- Participar em programas de prevenção e controlo de infeção que impliquem a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

##### Serviço de Medicina Intensiva:

- 1- Desenvolver competências na abordagem ao doente crítico;
- 2- Desenvolver conhecimentos e competências na abordagem do doente a realizar ECMO;

- 3- Desenvolver conhecimentos na execução de diferentes técnicas e procedimentos complexos utilizados na abordagem ao doente crítico e/ou em falência orgânica;
- 4- Desenvolver competências para prestar cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e sua família/cuidador;
- 5- Desenvolver estratégias de comunicação para facilitar a abordagem do doente crítico e sua família/cuidador;
- 6- Desenvolver conhecimentos na área da gestão da dor e instituição de protocolos terapêuticos;
- 7- Desenvolver conhecimentos na área da gestão e organização do serviço;
- 8- Basear os cuidados prestados à luz dos princípios da prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos;
- 9- Participar em programas implementados ou a implementar no Serviço.

Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica:

- 1- Desenvolver competências na abordagem ao doente crítico no contexto de sala de emergência;
- 2- Desenvolver competências na abordagem ao doente crítico em contexto de urgência;
- 3- Desenvolver conhecimentos na execução de diferentes técnicas e procedimentos complexos utilizados na abordagem ao doente crítico e/ou em falência orgânica;
- 4- Desenvolver competências e conhecimentos na execução da Triagem de Manchester;
- 5- Desenvolver competências na ativação das diferentes Vias Verdes e na aplicação dos protocolos adequados;
- 6- Desenvolver competências para prestar cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e sua família/cuidador;
- 7- Desenvolver estratégias de comunicação para facilitar a abordagem do doente crítico e sua família/cuidador;
- 8- Desenvolver conhecimentos na área da gestão da dor e instituição de protocolos terapêuticos;
- 9- Desenvolver conhecimentos na área da gestão e organização do serviço;
- 10- Basear os cuidados prestados à luz dos princípios da prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos;

11- Participar em programas implementados ou a implementar no Serviço.

O presente relatório terá por base a elaboração de uma reflexão sistemática acerca dos conhecimentos, práticas e habilidades adquiridas em cada campo de estágio. Para uma melhor organização e compreensão, o relatório dos 3 campos de estágio será elaborado em simultâneo em cada capítulo.

### **1.1 Estágio de Opção**

O primeiro estágio decorreu no Serviço do Programa da Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA) na Unidade Local de Saúde do Nordeste EPE (ULSNE) sob a tutoria da Enfermeira Ângela Fernandes, especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e da Enfermeira Irene Barros que detém a competência acrescida diferenciada em Enfermagem na Prevenção e Controlo de Infecção e orientado pela Professora Gorete Batista.

A vontade de realizar este campo de estágio surgiu da necessidade de integrar conhecimentos de forma aprofundada e detalhada sobre como responder de forma eficaz e diferenciada à prevenção e controlo de infeção e resistência a Antimicrobianos, dada a existência de risco de infeção em vários procedimentos técnicos e de diagnóstico executados pelas equipas de enfermagem e médicas em múltiplos contextos de atuação.

A criação da World Alliance for Patient Safety, em 2004, levou a Organização Mundial da Saúde a considerar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de saúde como uma prioridade global. Esta mudança foi impulsionada por uma crescente consciência internacional sobre os danos evitáveis causados aos doentes. Com o tempo, foram desenvolvidas várias orientações destinadas a prevenir o aparecimento e a propagação de microrganismos multirresistentes. Neste âmbito, o European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) implementou sistemas de vigilância epidemiológica para monitorizar infeções associadas aos cuidados de saúde, resistências microbianas e o uso de antimicrobianos. Em resposta a esta realidade, Portugal criou programas de saúde específicos, entre os quais se destaca o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), formalizado pelo Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro. Este programa tem como principais objetivos a diminuição

das infeções relacionadas com os cuidados de saúde, o uso responsável de antimicrobianos e a redução da resistência microbiana (Diário da República, 2022).

O serviço UL-PPCIRA tem atuação direta nas 3 Unidades Hospitalares e nos 14 centros de saúde que compõe a ULSNE. Tem horário de funcionamento das 08 horas às 16 horas, de segunda-feira a sexta-feira, sendo que, a partir das 16 horas possui um enfermeiro e um médico de prevenção até às 20 horas.

O espaço físico do UL-PPCIRA de Bragança fica localizado no piso 1 e é constituído por um gabinete de trabalho, no entanto, a equipa tem acesso a salas de reuniões sempre que necessário. Possui ainda um gabinete na Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros e na Unidade Hospitalar de Mirandela. A nível organizacional, a UL-PPCIRA é composta por uma equipa multidisciplinar, formada por um núcleo executivo de apoio científico, técnico e consultivo. Desta forma, a equipa é formada pela médica coordenadora Doutora Cristina Nunes, médicos internos, médicos de medicina geral e familiar, 1 médico de saúde pública, 1 farmacêutico, 1 microbiologista, 1 infeciologista, 3 enfermeiras com trabalho a tempo total (1 especialista em saúde comunitária e outra especialista em pediatria sendo que uma delas tem a competência acrescida diferenciada em enfermagem na prevenção e controlo de infeção pela ordem dos enfermeiros) e 3 enfermeiras com trabalho a tempo parcial (1 especialista em Médico-Cirurgica e 2 especialistas em Reabilitação).

A equipa de enfermagem reúne 2 vezes por dia de forma a discutir e planear as atividades em desenvolvimento e atividades futuras, assim como para solucionar problemas que surgem ao longo do dia e definir estratégias de atuação. Reúne também na última terça-feira do mês, para um elemento da equipa apresentar um artigo científico relacionado com a prevenção e controlo de infeção e das resistências a antimicrobianos, e após discussão, perceber se há possibilidade de implementar novas medidas na ULSNE.

Pude depreender ao longo do estágio que a equipa privilegia os modelos de trabalho em equipa, no entanto, cada elemento foca mais o trabalho em determinadas áreas, sendo que os restantes elementos colaboram sempre que necessário. Duas enfermeiras pertencem à equipa de liderança do projeto Stop Infeção Hospitalar 2.0, sendo que uma delas é mentora a nível nacional. Assim, a divisão de tarefas nesta área demanda para uma delas a responsabilidade sobre a base de dados das Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea e para a outra sobre a base de dados da DGS HAI-NET SSI sobre utentes

submetidos a determinadas cirurgias, verificando os doentes que apresentam infeção do local cirúrgico. A plataforma da DGS PBCI tem as responsabilidades divididas por 2 enfermeiras, uma direccionada à higiene das mãos e outra às precauções básicas. Cada elemento sabe a função que desempenha no serviço, por esse motivo, conseguem acompanhar e auxiliar todos os serviços do hospital e centros de saúde em matéria de controlo de infeção e resistência a Antimicrobianos de forma muito positiva. É responsabilidade de toda a equipa a vigilância dos microrganismos epidemiologicamente importantes, tendo de estabelecer o contacto com os diferentes serviços e centros de saúde para dar orientações para a prevenção de surtos e infeções cruzadas.

## **1.2 Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica**

O segundo estágio decorreu no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de Bragança, na Unidade Local de Saúde do Nordeste EPE (ULSNE) sob a tutoria da Enfermeira Sandra Afonso, especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e orientado pela Professora Gorete Batista.

À luz do Despacho Normativo nº 11/2002 art.º 1º, um serviço de urgência é um serviço de ação médica hospitalar. Nos serviços de urgência existe uma atuação multidisciplinar e multiprofissional, com o objetivo de prestar cuidados de saúde em situações de urgência e emergência médicas que exijam uma intervenção médica imediata ou a curto prazo (Diário da República, 2002). Tem, portanto, como finalidade, receber, diagnosticar e tratar doentes acidentados ou com doenças de instalação súbita, que careçam de atendimento rápido em contexto hospitalar (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

O relatório da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/ Urgência define urgência como uma situação que exige intervenção num curto espaço de tempo, já a emergência, é a situação em que poderá existir risco de perda de vida ou função orgânica, carecendo de intervenção num muito curto período de tempo (ACSS, 2015).

O Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) insere-se no Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos da ULSNE e tem abrangência para receber doentes do distrito de Bragança, sendo o seu total de 122.833 habitantes segundo os censos de 2021 (INE, 2024). O serviço recebe doentes que o acedem pelos seus meios, acompanhados pelos Bombeiros do distrito, pelo Instituto Nacional de Emergência

Médica (INEM), referenciados pelos cuidados de saúde primários ou por outras unidades hospitalares.

A título de compreensão, segundo o Despacho 10319/2014, o SUMC considera-se o segundo nível de receção de situações de urgência. Deve servir como apoio diferenciado à rede de SUB e deve referenciar para SUP todas as situações que necessitem cuidados de saúde diferenciados, como as especialidades não presentes no SUMC em questão, elucidadas nas respetivas redes de diferenciação (Diário da República, 2014).

Relativamente ao espaço físico, o SUMC de Bragança é constituído por diferentes áreas clínicas: uma área de admissão aos doentes e atendimento administrativo, uma sala de triagem de prioridades, uma sala de espera para doentes que ainda não foram triados, uma sala de espera para doentes que já foram triados e aguardam atendimento, três gabinetes de avaliação médica, 1 gabinete de enfermagem, sala de emergência com capacidade para dois doentes (de acordo com o preconizado para uma urgência médico-cirúrgica segundo a Administração central do Sistema de Saúde, 2019) sala laranja com capacidade para 4 doentes, área para tratamento de adultos com cadeirões, área de macas capacitada com 6 macas, sala de ortopedia e traumatologia, sala de pequena cirurgia, área de Observação de adultos com 8 camas munidas de monitorização contínua e zona de atendimento de pediatria com gabinete de avaliação médica, sala de nebulizações/hidratação oral e sala de observação pediátrica com capacidade para 4 camas. Faz ainda parte deste serviço a assistência pré-hospitalar, com uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação. Para uma eficaz gestão de equipamentos, o serviço dispõe ainda de uma sala para armazenamento de materiais e consumíveis e de duas zonas de stock de farmácia (área central da urgência e OBS), na qual a dispensa de medicação é feita através do sistema Pyxis MedStation®.

A equipa de enfermagem é constituída por 47 enfermeiros, a contar com o enfermeiro gestor, dos quais 15 deles são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. Os horários instituídos no serviço são de 12 horas, sendo que no turno do dia trabalham 7 enfermeiros e o Enfermeiro Gestor e no turno da noite trabalham 7 enfermeiros. Neste serviço de urgência impera o modelo de trabalho em equipa, no qual é feita a distribuição da equipa pelos diferentes setores.

### **1.3 Serviço de Medicina Intensiva**

O terceiro estágio decorreu no Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar Universitário São João, sob a tutoria das Enfermeiras Jéssica Salas e Isabel Pires, ambas especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e orientado pela Professora Gorete Batista.

Uma unidade de Cuidados Intensivos é um serviço dotado de recursos humanos e técnicos qualificados para receber doentes com disfunção de um ou mais órgãos. Os doentes das unidades de cuidados intensivos são aqueles que se encontram em alto risco de perder a vida, com problemas existentes ou potenciais. É o local onde se pretende controlar e reverter quadros de doenças ou falências com implicações vitais (Urden et al., 2008). Tendo em vista as necessidades da população, esta definição de 2008 foi ganhando outra forma. Nos últimos anos, várias unidades de Cuidados Intensivos do país evoluíram para Serviços de Medicina Intensiva, objetivando a missão de gerir a pessoa em situação crítica a nível hospitalar. As UCI passaram a integrar unidades de nível I, nível II e nível III, num único serviço do hospital. Esta estratégia teve por base a potencialização e organização dos cuidados prestados através da gestão de leitos com eficiência e justiça, reduzindo o número de eventos adversos, readmissões e aumento dos custos relativos a procedimentos, tratamentos e terapêuticas instituídas (Paiva et al., 2017). Desta forma, Paiva et al., (2017, p.6), define medicina intensiva como “uma área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)”. Com isto, a Medicina Intensiva é um serviço hospitalar capacitado com recursos humanos e materiais básicos para admitir doentes clinicamente instáveis e com diagnósticos complexos, exigindo cuidados de saúde com maior nível de diferenciação e complexidade. É, por isso, um dos serviços mais dispendiosos economicamente, o que acarreta uma necessidade crescente de demonstrar eficácia clínica e eficiência económica (Rocheta, 2018).

Paiva et al., (2017), esclarece que doentes de nível I são aqueles que possuem risco de falência ou falência iminente de um órgão, mas que não necessitam de monitorização invasiva. Os doentes de nível II são aqueles que necessitam de monitorização invasiva, mas o seu estado clínico não obriga a ventilação mecânica invasiva e os doentes de nível III são aqueles que detêm 2 ou mais funções vitais em falência e necessitam, por esse

motivo, de 2 ou mais formas de suporte orgânico. Para Rocheta (2018), uma unidade de tipologia nível I equivale a uma Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM) e admite doentes com risco ou falência de órgão. Este tipo de unidade é dotado de vigilância e monitorização dos doentes de forma não/pouco invasiva e tem a possibilidade de se articular com outras unidades de nível superior. Uma unidade de nível II detém monitorização invasiva e tem a capacidade de suporte de órgão, no entanto, não tem acesso permanente a meios de diagnóstico e a especialidades diferenciadas como neurocirurgia, cirurgia torácica e cirurgia vascular. Uma unidade de nível III, é constituída por uma equipa de enfermagem e médica qualificada, com assistência médica por um intensivista durante 24h. As instalações têm acesso a meios de monitorização, diagnóstico e tratamento diferenciados, dando resposta ao SU e restantes serviços Hospitalares. Possui ainda controlo contínuo de qualidade e programas de formação/ensino em cuidados intensivos.

O Serviço encontra-se localizado no piso 6. O espaço encontra-se dividido em 3 salas (alas) independentes, com capacidade total de 30 camas para doentes de nível I, nível II e nível III. A Ala A tem capacidade de 12 camas, sendo que 8 delas se encontram distribuídas num local em open space e 4 em quartos de isolamento. A Ala B tem capacidade de 8 camas, 6 delas localizadas em open space e 2 em quartos de isolamento. A Ala C tem capacidade de 10 camas, 6 delas localizadas em open space e 4 em quartos de isolamento, no entanto, estava encerrada no momento do estágio. Este Serviço tem possibilidade de realizar ECMO em 12 doentes em simultâneo, sendo que os doentes a realizar este tipo de tratamento são preferencialmente alocados na Ala A.

Todas as áreas de open space são dotadas com um posto de vigilância de monitorização hemodinâmica na zona central da sala, o que permite a rápida visualização e vigilância de todos os doentes e equipamentos. É também nesta área que se encontram computadores, que permitem o acesso rápido aos sistemas de informação utilizados no serviço. Os quartos de isolamento, com portas e janelas de vidro, possibilitam igualmente a fácil e rápida vigilância dos doentes e do seu ambiente. Todas as unidades são equipadas com camas articuladas, monitorização hemodinâmica, e suporte ventilatório invasivo ou não invasivo, bem como um carro de apoio com o material mais comumente utilizado na prestação de cuidados de enfermagem. Cada ala dispõe da zona de stock de farmácia, na qual a medicação é facultada através do sistema Pyxis MedStation®, e armazenamento de soros e nutrições entéricas e parentéricas. Cada ala dispõe, igualmente, de uma copa e

armazém de consumíveis, uma área de limpos e sujos bem como de um gabinete médico dotado de computadores. Existem a meio das alas dois elevadores (que dão acesso ao resto do hospital) o gabinete do chefe de enfermagem, o gabinete do administrativo, uma área de espera para as visitas e uma sala para reuniões com os familiares dos doentes, privilegiando a privacidade dos mesmos. O serviço comporta ainda um gabinete para a enfermeira responsável pelo Follow-up.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por 103 enfermeiros, sendo 21 deles especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e é ainda dotada por enfermeiros especialistas em Reabilitação. Dois Enfermeiros da equipa detém a função única de exercer apoio à Gestão. A restante equipa multidisciplinar é constituída por médicos especialistas em Medicina Intensiva, médicos internos de diferentes especialidades, fisioterapeutas, assistentes operacionais e farmacêuticos. A equipa do serviço de Medicina Intensiva conta também com a colaboração de Técnicos de Saúde de Diagnóstico e de médicos de diferentes especialidades, que prestam apoio e acompanhamento ao longo do internamento do doente, consoante as suas necessidades. A equipa multidisciplinar do SMI dedica funções em presença física 24h por dia, de acordo com as recomendações do Regulamento nº 743/2019 da Norma para cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Diário da República, 2019b).

A UCIP do Hospital de São João do Porto está classificada como nível III, uma vez que tem capacidade para monitorização invasiva, suporte de funções vitais, e garante o acesso a meios de diagnóstico diferenciados e diferentes especialidades médico-cirúrgicas. O rácio de doentes por enfermeiro é definido consoante o nível da unidade e, em consequência, o tipo e complexidade dos cuidados prestados aos doentes. Desta forma, segundo o Regulamento nº 743/2019 (2019b), as unidades de nível I têm um rácio enfermeiro/doente de 1:3, as de nível II têm um rácio de 1:2 e as unidades de nível III têm um rácio de 1:1, verificando-se que esta unidade cumpre estes requisitos (Diário da República, 2019b).

Os horários de trabalho da equipa de enfermagem variam entre turnos de 12, 8 e 6 horas. Em cada turno de 12 horas há um responsável de equipa, sem doentes atribuídos para a prestação de cuidados, com a função de fazer a distribuição de enfermeiros para os turnos seguintes, monitorizar e auxiliar todas as atividades realizadas e fazer um briefing de cada doente no fim do turno, para na passagem de turno os enfermeiros terem noção das mudanças no estado de saúde de todos os doentes.

## **2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENSINO CLÍNICO**

A Enfermagem tem vindo a evoluir significativamente ao longo dos anos, especialmente devido aos avanços tecnológicos e científicos que acompanham a prática de cuidados. Por este motivo, acompanhar esta mudança torna-se essencial para os profissionais desta área. A realização de ensinamentos clínicos é parte fundamental da formação contínua da profissão de enfermagem. É através deles que o enfermeiro coloca em prática todos os conhecimentos e habilidades adquiridas em contexto teórico. A experiência adquirida em ambientes clínicos facultam a consolidar competências técnicas e promove a capacidade de tomar decisões adequadas à prestação de cuidados. É, de igual forma, importante para o aprimoramento de habilidades de comunicação e de trabalho com a equipa multidisciplinar. Para Tseng et al., (2013) a aprendizagem proveniente da prática efetiva revela-se o elemento-chave da formação em enfermagem. A mesma fonte reflete que o contexto de atuação clínica, onde existe possibilidade de vivenciar múltiplas experiências e refletir sobre elas, se revela de primordial importância para o desenvolvimento de competências essenciais ao exercício da profissão.

Desta forma, é importante a aquisição de competências específicas por parte dos enfermeiros para que seja possível prestar cuidados de alto nível e rigor. O Regulamento n.º 140/2019 (2019, p.4745), elucida que a detenção de “competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista 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”.

O Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro, estabelece que o grau de mestre é atribuído a quem demonstre capacidade para utilizar o conhecimento científico em atividades de investigação, incluindo a produção de trabalhos originais. Um enfermeiro com este grau deve ser apto a aplicar os seus conhecimentos em diferentes contextos profissionais, enfrentando situações complexas, resolvendo-as de forma adequada e emitindo pareceres fundamentados eticamente. Além disso, deve ser capaz de comunicar eficazmente as suas conclusões à equipa multidisciplinar e assumir uma postura de aprendizagem contínua ao longo da sua trajetória profissional.

A Ordem dos Enfermeiros definiu de forma inequívoca as competências que os enfermeiros devem adquirir para cada área da especialidade. Assim, a especialidade em

enfermagem médico-cirúrgica concentra em si quatro áreas de especialidade que possuem competências específicas relacionadas ao seu campo de atuação, são elas: enfermagem à pessoa em situação crítica; enfermagem à pessoa em situação crônica; enfermagem à pessoa em situação paliativa; enfermagem à pessoa em situação perioperatória (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Sendo o presente relatório direcionado para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, importa abordar as competências comuns e específicas desta área.

O Regulamento n.º 140/2019 clarifica os domínios de competências transversais a todos os enfermeiros especialistas: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O Regulamento n.º 429/2018 clarifica as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

As competências adquiridas ao longo dos campos de estágio (UL-PPCIRA, SMI e SUMC), serão analisadas em conjunto em cada domínio de competência. Deste modo, irão primeiramente ser abordadas as competências comuns do enfermeiro especialista e em seguida, as competências específicas na área da Pessoa em Situação Crítica. Serão, desta forma, relatadas as competências adquiridas, as dificuldades sentidas e as diversas atividades desenvolvidas ao longo dos campos de estágio.

## **2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

O Regulamento n.º 140/2019 estabelece as competências comuns do Enfermeiro Especialista, que são aplicáveis a todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da área de especialização. O Enfermeiro

Especialista deve ser capaz de conceber, gerir e supervisionar cuidados, fundamentando as suas práticas especializadas em formação contínua e investigação, além de desempenhar um papel consultivo para os demais membros da equipa. Assim, é essencial que o Enfermeiro Especialista possua um conjunto de competências que o habilitem com conhecimentos científicos, técnicos e humanos específicos à sua área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Compreende-se, desta forma, que o papel do enfermeiro Especialista deverá ser dinâmico e ajustável ao conhecimento científico mais recente. Para obter o título de especialista, o Enfermeiro tem de submeter candidatura à Ordem dos Enfermeiros aquando da conclusão do Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem ou aquando da conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem numa área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Neste capítulo, serão abordados os conhecimentos adquiridos e as atividades desenvolvidas para a aquisição de faculdades nos quatro domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

### **2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, é imperativo que o Enfermeiro Especialista esteja capacitado para exercer as suas práticas com base na ética e no profissionalismo. Para isso, deve possuir um sólido conhecimento em ética e deontologia, a fim de realizar uma avaliação sistemática de cada situação, tomando as melhores decisões e executando as melhores práticas de enfermagem, sempre com foco no interesse e bem-estar do doente e da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

O código Deontológico do Enfermeiro, concentra em si os princípios éticos e deontológicos que regulam a profissão. Quer isto dizer que o enfermeiro deve basear a sua prática em princípios como a igualdade, a liberdade, a verdade, a justiça, a solidariedade e a competência (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A teoria principialista de Beauchamp e Childress, criada em 1979, é ainda hoje amplamente aceite pela profissão e é das teorias que mais influência teve no desenvolvimento da Bioética. Segundo a mesma, existem quatro grandes princípios em

ética médica: o princípio da autonomia, que defende a legítima autonomia da pessoa relativa às suas escolhas e decisões, verdadeiramente informadas, livres e autónomas; o princípio da beneficência que reflete a obrigação de promover o bem; o princípio da não-maleficência que assenta na premissa de não fazer mal a terceiros e o princípio da justiça que incide sobre a equidade, ou seja, dar a cada um aquilo a que tem direito, tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto. Deste modo, o enfermeiro deve atuar com imparcialidade e deve procurar distribuir os recursos de forma equilibrada e equitativa (Rego et al., 2009).

De forma geral, o Enfermeiro Especialista tem um dever ético para com a comunidade, compreendendo e orientando as necessidades da população, de acordo com os valores humanos, zelando pelos direitos de cada pessoa, sem discriminação de ordem económica, religiosa, étnica ou política. Todos os doentes têm o direito à vida e à qualidade de vida, à assistência, à informação, ao sigilo, à privacidade e ao respeito, especialmente nas situações de fim de vida. O Enfermeiro Especialista deve priorizar a excelência no exercício profissional, a humanização dos cuidados e o compromisso com a profissão e com a equipa multidisciplinar (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O Regulamento nº 140/2019 também estabelece que o Enfermeiro Especialista deve incorporar elementos jurídicos no julgamento da profissão, promovendo as práticas profissionais com base nos códigos deontológicos e assumindo um papel de consultor (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Todos os pressupostos em cima mencionados foram tidos em consideração ao longo dos 3 campos de estágio (UL-PPCIRA, SMI e SUMC). Para que melhor se compreenda, irão ser mencionados os princípios do Código Deontológico do Enfermeiro trabalhados ao longo dos três campos de estágio e as atividades desenvolvidas nesse contexto.

Importa salientar que princípios éticos como o respeito pela dignidade humana, intimidade, privacidade, autodeterminação, fiabilidade e veracidade foram respeitados ao longo do processo de cuidar (Diário da República, 2015b).

Relativamente ao respeito pela dignidade humana, o Código Deontológico do Enfermeiro (2015), esclarece que “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.8078 ).

Ao longo dos campos de estágio realizados no Serviço de Urgência e no Serviço de Medicina Intensiva foram surgindo questões éticas relativas a tratamentos ou continuidade dos mesmos, que foram resolvidas de forma eficaz. Os enfermeiros desta tipologia de serviços deparam-se diariamente com pessoas num estado previsivelmente terminal, e muitas vezes, a continuação de tratamentos invasivos poderá ser apenas o prolongamento do seu sofrimento. Neste sentido, os enfermeiros, que são os profissionais de saúde com maior proximidade com o doente e a sua família, são grandes detentores de conhecimento sobre as vontades e o estado clínico dos mesmos. Isto permite-lhes uma visão privilegiada da melhor forma de solucionar diferentes dilemas éticos e realizar uma tomada de decisão consciente. Por este motivo, denotei que em ambos os campos de estágio a opinião da equipa de enfermagem era tida em conta, e bastante solicitada por toda a equipa multidisciplinar. Deste modo, foi-me possível participar em várias reuniões disciplinares e debater diferentes questões à luz de princípios éticos. Existem situações em que a instabilidade permanente dos doentes críticos leva os profissionais de saúde a focar a sua atenção no foco de instabilidade e perder um pouco o foco na sua totalidade como pessoa, no entanto, denotei sempre um esforço acrescido pelas duas equipas para que isso não acontecesse. Ao longo dos campos de estágio, busquei fazer sessões de acolhimento aos doentes e às famílias, ouvi os seus receios e esclareci as suas dúvidas. Considero a apresentação dos serviços muito importante, porque em ambos há um imenso ambiente desconhecido. Se os equipamentos, alarmes e rotinas não forem explicados, os medos e dúvidas do doente e da sua família vão aumentar, tornando o processo de doença e hospitalização mais doloroso. Ao longo destes campos de estágio tive a oportunidade de aprofundar as minhas capacidades reflexivas e críticas sobre quais os comportamentos a adotar em diferentes situações, tendo em consideração os valores éticos que regulam a profissão. O que mais me marcou e vai melhorar o meu percurso profissional na passagem por estes campos de estágio foi compreender que nem sempre curar a doença deve ser a principal finalidade do processo de cuidar.

Relativamente aos valores humanos que regem a profissão, nos três campos de estágio foquei a minha atuação para tratar cada doente de forma holística e humanizada, independentemente da sua religião, cultura, princípios, situação académica, económica ou política, idade ou etnia. Tendo em mente que todo o doente tem direito a um tratamento justo, salguei os interesses de pessoas menos capazes e procurei não emitir juízos

de valor sobre qualquer temática pessoal, colocando em prática a teoria principialista de Beauchamp e Childress.

Relativamente aos valores que regem a vida e a qualidade de vida, foquei as minhas intervenções para atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, e zelar pelo seu conforto ao longo da prestação de cuidados. Todo o doente tem direito ao cuidado, em tempo útil, sem que haja atraso do tratamento ou diagnóstico. Procurei responder em todas as situações de forma a garantir a continuidade de cuidados com os profissionais adequados. Em várias situações nos três campos de estágio, afigurou-se necessário desenvolver aptidões para comunicar com os diferentes profissionais de saúde implicados no tratamento dos doentes, fornecendo-lhes informações pertinentes ao sucesso do mesmo. No Serviço de Medicina Intensiva esta realidade tem ainda mais realce, pela necessidade de tratamento multidisciplinar e readaptação funcional dos doentes, abrangendo diferentes áreas da medicina e carecendo do auxílio de fisioterapeutas, terapeutas da fala e nutricionistas.

Relativamente ao direito à autodeterminação, assumi ao longo dos 3 campos de estágio uma postura de respeito para com os doentes. Informei sempre à cerca dos cuidados de enfermagem prestados, promovi o respeito pelo consentimento livre e esclarecido e forneci informações e explicações da minha prática sempre que fui solicitada, esclarecendo igualmente sobre os recursos a que cada doente podia ter acesso. Para responder de forma eficaz a este ponto, senti necessidade de adaptar a linguagem ao doente em questão e utilizar estratégias de comunicação, para garantir a compreensão de diferentes situações. Considerei estas atitudes muito importantes nos três campos de estágio, sendo que quando os doentes se sentiam verdadeiramente informados, ficavam mais calmos, tranquilos e o processo de doença tornava-se para eles menos penoso.

No que diz respeito ao dever de sigilo, procurei em todos os campos de estágio salvaguardar as informações referentes aos doentes e sua família, partilhando informação sobre os mesmos apenas com os profissionais implicados no processo de cuidados, tendo em mente as situações que exigem a violação de segredo. O sigilo profissional é parte constituinte no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE). O artigo 106º no ponto 1 refere que o enfermeiro está sujeito a guardar segredo profissional sobre todas as informações que obtém no exercício da sua profissão. Deste modo, deve considerar intransmissíveis todas as informações que obtém sobre o doente e a sua família, seja qual for a fonte (Diário da República, 2015b).

No estágio realizado na UL-PPCIRA, procurei respeitar em todas as situações a confidencialidade de informações, visto ser um serviço que requer transmissão de informação através de diferentes sistemas informáticos. Neste campo de estágio foi essencial resolver problemas e adotar condutas antecipatórias para prevenir a sua recorrência, procurando soluções com respeito pela dignidade humana. A título de exemplo, a execução da avaliação de situações de risco de infeção ou transmissão entre utentes e os consequentes problemas potenciais, à luz dos princípios éticos. Ao longo do estágio foi feita uma análise sistemática de informações de modo a aumentar a segurança das práticas e identificar práticas de risco, garantindo a sua correção. No decurso deste campo de estágio surgiu um doente com Tuberculose Pulmonar (TP), com um internamento de 10 dias aquando da sua deteção. A TP é uma doença de notificação obrigatória na plataforma de apoio ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica pelas implicações que pode ter na saúde pública. Desta forma, o resultado teve de ser notificado e comunicado ao doente, sendo que a informação foi partilhada de forma a manter o sigilo. O mesmo teve de iniciar medidas e isolamento e teve de ser feito o levantamento de contactos de risco, tanto de doentes internados como de profissionais de saúde. O direito de informação afigurou-se nesta situação muito importante, uma vez que o doente foi informado pelo médico e enfermeiro sobre a sua doença e sobre o facto de esta ser contagiosa, bem como sobre o processo de notificação. Isto permitiu-lhe compreender a necessidade da partilha de informação sobre ele na notificação e com as pessoas que haviam tido contacto de risco com ele. Importa salientar que nesta situação, o artigo 34º do Código Penal, faz alusão ao facto de a quebra de sigilo profissional não ser ilegal quando o motivo for o afastamento de doença ou morte ou quando são colocados em risco interesses judicialmente protegidos (Diário da República, 1995).

Relativamente ao respeito pela intimidade, procurei sempre que dependesse de mim, respeitar e proteger a privacidade dos doentes. A intimidade e privacidade dos doentes nem sempre é fácil de respeitar na forma desejada devido à própria infraestrutura. No Serviço de Urgência, há situações que exigem a mobilização dos doentes, como por exemplo ir fazer exames complementares de diagnóstico, ou devido à elevada afluência de pessoas, os doentes precisavam ser colocados em macas nos corredores. No entanto, mesmo nestas situações, que eram temporárias, procurei resguardar a intimidade do doente, tapando partes do seu corpo com um lençol e tentando colocá-los em zonas mais resguardadas à passagem de outros doentes.

No que concerne ao respeito pela pessoa em fim de vida, procurei acompanhar os doentes nas diferentes fases de fim de vida, facilitando-lhes a companhia das pessoas que desejavam ter perto de si e auxiliando o processo de luto do próprio doente e família. No Serviço de Medicina Intensiva e no Serviço de Urgência esta é uma realidade muito presente. Pelo que procurei sempre adotar uma postura que permitisse a menor penosidade possível ao doente e à sua família. A humanização dos cuidados impera nesta situação, pelo que procurei sempre colocar a família numa posição de conforto, fornecendo-lhe cadeiras e água bem como apoio psicológico em todas as fases do processo. Procurei de igual forma respeitar a pessoa na prestação de cuidados pós-morte, seguindo o regulamento interno dos serviços.

Posto estes pressupostos, a humanização dos cuidados exige presença na prestação de qualquer atitude terapêutica e para que se concretize, a privacidade, intimidade do paciente e garantia de sigilo profissional devem ser respeitadas em todas as fases do processo de cuidar. No estágio realizado na UL-PPCIRA procurei desempenhar funções como consultora para as diferentes equipas de enfermagem dos serviços da ULSNE, à luz do preconizado pelo código deontológico que baseia a profissão. No Serviço de Medicina Intensiva e no Serviço de Urgência procurei adotar a mesma atitude, baseando sempre o meu ponto de vista, em momentos de reunião multidisciplinar, na produção científica mais atual. Considero que os princípios éticos e deontológicos exigidos a um Enfermeiro Especialista foram respeitados em todos os momentos dos 3 campos de estágio, tanto por mim como por toda a restante equipa multidisciplinar, havendo sempre interesse e preocupação em não causar dano ou constrangimento a nenhum doente, com vista ao bem comum.

### **2.1.2 Domínio da melhoria continua da qualidade**

De acordo com o Despacho nº 5613/2015, a qualidade em saúde está diretamente relacionada com os prestadores de cuidados. Define-se pela segurança dos cuidados oferecidos, pela informação clara sobre os procedimentos (sejam curativos ou de diagnóstico) e pela prestação de cuidados acessíveis e equitativos a toda a população, tanto portuguesa quanto estrangeira. A qualidade em saúde também envolve a adequação dos recursos disponíveis às necessidades de cada doente, garantindo que os cuidados sejam proporcionais às suas necessidades específicas (Diário da República, 2015a)

O Plano Nacional de Saúde (PNS) apresenta como meta para 2021-2030 “Melhorar a saúde e o bem-estar da população em todo o ciclo de vida, através de um compromisso social para a saúde sem deixar ninguém para trás, preservando o planeta e sem comprometer a saúde das gerações futuras” (DGS, 2022b, p.11). Baseia os seus princípios na participação, sustentabilidade, transparência, equidade e centralidade nas pessoas e incentiva o investimento contínuo na qualidade em saúde, na educação dos profissionais e na construção de contextos de trabalho adequados à prática (DGS, 2022b). A qualidade em saúde orienta a sua atuação para a implementação de medidas que promovam cuidados de excelência, bem como para a monitorização e avaliação dessas medidas, visando garantir uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados (Diário da República, 2015a).

Relativamente à Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, o Regulamento nº 361/2015 referente aos Padrões de Qualidade enumera os Enunciados Descritivos dos Cuidados de Enfermagem, nos quais o enfermeiro deve procurar de forma sistemática a excelência do exercício profissional relativa ao nível de satisfação da pessoa a viver processos complexos de doença crítica ou falência orgânica:

- A satisfação do cliente, que enfatiza uma abordagem holística do cuidar, o respeito pelo cliente, o uso de uma comunicação eficaz e a minimização dos impactos negativos causados pelas mudanças de ambiente;
- A promoção da saúde, que promove o desenvolvimento e a aquisição de novas habilidades, maximizando o potencial do cliente;
- A prevenção de complicações, que favorece a identificação de problemas potenciais por meio da prescrição de intervenções de Enfermagem precisas, que previnem tais problemas, como a referência para outras especialidades, monitorização de tarefas delegadas, execução adequada de cuidados complexos, implementação de medidas de suporte avançado de vida e gestão de protocolos terapêuticos complexos;
- O bem-estar e o autocuidado, que visa supervisionar e complementar as atividades da vida diária com precisão técnica e responsabilidade. O enfermeiro deve assegurar um controlo eficaz da dor, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas, além de gerir a relação terapêutica com o doente e a sua família, considerando também o impacto emocional;

- A readaptação funcional, na qual o enfermeiro elabora estratégias de adaptação aos problemas de saúde, por meio de orientações, treino e preparação para a alta;
- A organização dos cuidados especializados, com base em quadros de referência para o exercício da profissão, na existência de um sistema de registos de enfermagem e na presença de enfermeiros especialistas;
- A prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados, que tem como objetivo maximizar a intervenção de Enfermagem na prevenção e controlo da infeção, participando na elaboração de planos, definição de estratégias e no ensino das equipas profissionais (Diário da República, 2015c).

Defende o Regulamento nº 140/2019, que o Enfermeiro Especialista desempenha um papel central na criação de estratégias de governação clínica e na conceção e execução de projetos institucionais na área da qualidade. Além disso, atua como consultor para a restante equipa e garante a aplicação de princípios que promovem a segurança do doente (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Relativamente ao estágio realizado na UL-PPCIRA, com vista ao desenvolvimento destas competências, e tendo sempre em mente os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem à pessoa em situação crítica, participei nos projetos de melhoria continua da qualidade implementados e em implementação da UL-PPCIRA na ULSNE, foram eles:

- a) Equipa de acessos vasculares;
- b) Programa de apoio á prescrição antimicrobiana (PAPA);
- c) Inquérito de prevalência das Infeções associadas aos cuidados de Saúde (PPS 2023);
- d) STOP Infeção Hospitalar 2.0.

A equipa de acessos vasculares é uma equipa integrada por múltiplos profissionais de saúde (1 médica e 3 enfermeiras). O objetivo é a colocação de acessos venosos com duração de curto e médio prazo: Peripherally Inserted Central Catheter (PICC) e Midlines. Esta equipa está ainda responsabilizada pela formação aos profissionais de saúde sobre a colocação e manutenção destes dispositivos. Para que se compreenda, o PICC é um dispositivo de acesso venoso de inserção periférica que atinge uma posição

central: a área de transição entre a veia cava superior e a aurícula direita. A Midline é um dispositivo de acesso venoso, inserido no terço médio do braço, colocado com o objetivo de a ponta chegar à área torácica: veia axilar ou na veia subclávia. A inserção destes dispositivos poderá ser realizada por enfermeiros que detenham formação acreditada (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

O Programa de apoio à prescrição antimicrobiana (PAPA), consiste na otimização do uso de antimicrobianos com vista a diminuir resistências. Este programa é Médico, tem por base um modelo de prescrição restritivo e requer a validação de antimicrobianos de último recurso pela equipa PAPA. Uma das intervenções deste programa consiste em avaliar e validar, até às 72 horas, todas as prescrições de quinolonas, carbapenemes, ceftolozano/tazobactam, cefatazidima/avibactam, colistina, vancomicina, linezolid, daptomicina e de novos antibióticos que surjam em contexto hospitalar (Ministério da Saúde, 2022).

Tive a oportunidade de participar no Inquérito de prevalência das Infeções associadas aos cuidados de Saúde e do uso de antimicrobianos: *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals* (PPS 2023). Este projeto está inserido em vários hospitais europeus, foi implementado pelo European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) e é realizado a cada 5 ou 6 anos. A aplicação destes inquéritos visa identificar áreas que carecem intervenções de melhoria contínua. Os resultados permitem aos hospitais que participam, identificar os padrões de infeção e práticas de prescrição de antimicrobianos identificando assim áreas críticas passíveis de mudança.

Importa salientar a importância do projeto STOP Infeção Hospitalar 2.0, no qual foquei a minha atenção vários dias do estágio. O projeto STOP Infeção 2.0 nasceu da necessidade de enfrentar uma das maiores fragilidades do sistema de saúde em Portugal: a elevada taxa de infeções hospitalares, uma das mais altas da Europa. A Fundação Calouste Gulbenkian lançou então o desafio de provar que seria possível, em apenas três anos, reduzir essa taxa para metade em instituições do Serviço Nacional de Saúde. Foram selecionados 19 hospitais e definidas quatro áreas prioritárias de intervenção: infeções associadas à algaliação, ao cateter vascular central, à intubação e à ferida operatória. Ao fim de três anos, os resultados revelaram uma redução superior a 50% nas quatro tipologias de infeção. Cinco anos após o início do projeto, verificou-se que as boas práticas implementadas se mantiveram nos hospitais envolvidos, o que motivou a criação

do STOP Infecção Hospitalar 2.0, agora expandido a 22 hospitais em todo o país. Este projeto resulta de uma parceria entre a Fundação Gulbenkian e o Institute for Healthcare Improvement, sendo coordenado pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos da Direção-Geral da Saúde (Fundação Calouste Gulbenkian, 2023).

Neste estágio, tive a oportunidade de compreender a dimensão do projeto, a forma organizada como todas as etapas se processam e todas as especificidades que abrangem o controlo de infeção. Tive oportunidade de conhecer as equipas de melhoria (equipa de liderança, equipa nuclear e equipa alargada), participar nas reuniões hospitalares e com outros hospitais da região norte, nas quais era feito o ponto de situação de cada hospital e serviços hospitalares envolvidos e onde eram discutidas estratégias de melhoria e as principais barreiras encontradas. Estive presente nas sessões de aprendizagem virtuais e tive oportunidade de cooperar na realização da preparação do relatório mensal e na colocação de dados relativos a indicadores de processo e indicadores de resultado. Este, é para mim o maior projeto de melhoria contínua da qualidade implementado no Hospital, uma vez que está a mudar mentalidades e formas de atuação por todos os serviços. Ainda no contexto do campo de estágio na UL-PPCIRA realizei, junto com as enfermeiras do serviço e com os dinamizadores da UL-PPCIRA, auditorias internas como a adesão à higiene das mãos, à triagem de resíduos e à descontaminação das unidades dos doentes. Participei também nas auditorias dos “Feixes de Intervenção” relativos à infeção urinária associada ao cateter vesical (IUACV), à infeção relacionada ao cateter vascular central (IRCVC), à prevenção da infeção do local cirúrgico (ILC) e à pneumonia associada à intubação (PAI). Aproveitei estes momentos para esclarecer dúvidas às equipas e fazer esclarecimentos necessários ao bom funcionamento destas auditorias.

Em relação ao planeamento de programas de melhoria contínua e por forma a dar um contributo para a prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, elaborei em conjunto com uma colega o procedimento relativo ao feixe de intervenções para a prevenção de infeção associada ao Cateter Vascular Central segundo a norma de 2022 da DGS bem como o procedimento relativo ao feixe de intervenções para a prevenção de infeção associada ao cateter Midline e PICC segundo a norma de 2022 da DGS (Apêndice II). A elaboração destes procedimentos surgiu do constatar de dúvidas das equipas de enfermagem na sua manutenção. Elaborei, também, em conjunto com uma colega, o manual de integração do

dinamizador da UL-PPCIRA (Apêndice I). Este documento é um guia orientador para as práticas dos dinamizadores nos serviços clínicos da ULSNE com o serviço de prevenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos. Contém um conjunto de recomendações organizadas, servindo como um recurso fundamental para as práticas relacionadas com o controlo e prevenção de infeções.

No que diz respeito aos campos de estágio realizados no Serviço de Urgência e no Serviço de Medicina Intensiva, estes foram desenvolvidos tendo como princípio geral de atuação os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem à pessoa em situação crítica, que foram sempre respeitados e aplicados na prática clínica, por mim e pelas orientadoras de estágio. Em ambos os campos de estágio, abordei os doentes com respeito pela sua individualidade, envolvendo sempre que possível e de sua vontade a sua família na prestação de cuidados. Valorizei a comunicação com linguagem fácil e utilizei estratégias facilitadoras de comunicação com o doente e sua família. Garanti sempre a segurança no acondicionamento, preparação e administração de terapêutica, cuidados de enfermagem e realização de exames. No que diz respeito à responsabilidade perante a medicação, considero que ambos os serviços adotaram o melhor sistema para minimizar erros, através do uso do sistema Pyxis MedStation®. Este equipamento permite a retirada da medicação correta, na dose correta conforme a prescrição médica. Por forma a garantir a melhoria continua da qualidade dos cuidados é importante considerar os registos de enfermagem. No estágio realizado no serviço de Urgência verifiquei que os registos são realizados no programa SClínico. É um programa intuitivo, com possibilidade de os registos serem feitos em notas gerais, permitindo ao enfermeiro escrever todas as informações importantes sobre os doentes. Já no SMI, o sistema de registos utilizado é o BS PaTIENT.CARE. Considero o sistema bem-adaptado à tipologia do serviço, rápido e bastante intuitivo na sua utilização. Relativamente à comunicação multidisciplinar, é importante que haja diálogo constante entre a equipa de médicos e enfermeiros por forma a beneficiar o doente. Verifiquei em ambos os serviços uma relação multidisciplinar sólida e favorável a uma comunicação eficaz e conseqüente aumento de informação sobre a totalidade de cada doente. No SMI eram feitas reuniões multidisciplinares diárias, na presença de enfermeiros onde se discutia o plano de cuidados e terapêutico de cada doente, aumentando a qualidade dos serviços prestados. Ao longo dos dois estágios tive sempre presente a necessidade de efetuar uma comunicação eficiente na transmissão de informação para adequar a

continuidade de cuidados de saúde, usando a ferramenta ISBAR, a qual se baseia na Identificação dos intervenientes na comunicação e do doente; na Situação atual, descrevendo o motivo da necessidade de cuidados; no Background ou antecedentes; na Avaliação, descrevendo o estado atual do doente, sinais vitais, folha terapêutica e formas de tratamento da doença e na Recomendação alusiva ao plano terapêutico mais adequado à clínica (Direção Geral da Saúde, 2017a). Ambos os serviços possuem instrumentos, materiais e equipamentos muito específicos (maioria deles para monitorização invasiva e suporte de vida). Neste sentido, verifiquei o seu funcionamento sempre que necessário, sendo que no SMI e na sala de emergência verifiquei uma vez por turno, para garantir o seu correto funcionamento aquando de uma necessidade urgente ou emergente. Relativamente ao controlo de Infeção, no Serviço de Urgência verifiquei que a equipa de enfermagem adequa todas as técnicas à luz das indicações emanadas pela DGS. O mesmo se verificou no serviço de Medicina Intensiva, onde existiam visitas regulares de elementos da UL-PPCIRA. Ao longo dos dois campos de estágio respeitei e cumpri em todas as ocasiões os feixes de intervenção emanados pela DGS. A utilização correta de EPI continua a ser uma meta a nível de qualquer hospital, por forma a evitar dano aos doentes, é papel do enfermeiro cumprir as normas de correto fardamento, bem como auxiliar outras classes profissionais. Relativamente aos projetos de melhoria contínua da qualidade implementados nos serviços ao longo dos campos de estágio, verifiquei que no SMI se efetuavam auditorias internas semanais relativas à infeção associada ao cateter vesical, à pneumonia associada à intubação, à infeção associada ao cateter vascular central e à infeção do local cirúrgico. Verifiquei também que eram efetuadas semanalmente auditorias relativas ao surgimento úlceras de pressão associadas a dispositivos médicos. Houve dois projetos de melhoria contínua da qualidade implementados no serviço que chamaram a minha atenção de forma positiva, foram eles os guias de acolhimento ao serviço dados aos doentes e à sua família, nos quais eram explicados de forma fácil e breve os procedimentos a que o doente estava a ser submetido, como por exemplo o ECMO e a existência de um diário do doente. Este diário estava presente na unidade do doente, com a sua autorização, ou da família quando o mesmo não estava capaz de a consentir, e era escrito diariamente pelos profissionais de saúde e pela sua família o seu estado clínico, avanços clínicos, recuos e emoções e preocupações dos próprios familiares. Já no serviço de Urgência, também existem e são facultados guias de acolhimento, e existem pósteres afixados com informações pertinentes aos doentes, a título de exemplo, a etiqueta respiratória e higiene das mãos. No SMI e no SU, existia

também um projeto implementado de elevada importância, relativo ao uso seguro de medicamentos, direcionado para os medicamentos Look-Alike Sound-Alike e de Alerta Máximo. Existia sinalética de diferentes cores no armazém de medicação bem como era feita formação para os enfermeiros estarem conscientes da semelhança visual de algumas medicações e soros.

Devido ao facto de no SMI existirem muitos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva, decidi elaborar juntamente com uma colega, um cartaz baseado nas recomendações atualizadas na norma em vigor da DGS para a “Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (PAI)”, para fácil e rápido acesso em caso de surgirem dúvidas aos elementos da equipa (Apêndice III). No Serviço de Urgência não foi possível realizar nenhum projeto de melhoria contínua, devido ao facto da forte demanda de trabalho existente ao longo do desenvolvimento do estágio, que ocorreu no pico da Gripe.

### **2.1.3 Domínio da gestão dos cuidados**

O Regulamento nº 140/2019 destaca a importância de o Enfermeiro Especialista gerir os cuidados de enfermagem de forma a otimizar a performance da equipa. Este profissional é responsável por supervisionar tarefas delegadas, garantir a segurança e qualidade dos cuidados, utilizar os recursos de maneira eficiente e promover um ambiente favorável ao trabalho em equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Não se pode falar em gestão de cuidados sem se compreender o papel do Enfermeiro gestor. Deste modo, segundo a alínea c) do Artigo 2.º, do Regulamento n.º76/2018, o enfermeiro gestor possui um conhecimento profundo e um pensamento sistematizado tanto na disciplina de enfermagem quanto na gestão. Com competência técnica e científica, é capaz de gerir o seu ambiente organizacional, identificando fatores que possam comprometer o planeamento, execução, controlo e avaliação. É responsável por agregar valor económico à organização e valor social aos enfermeiros, promovendo a prestação de cuidados de alta qualidade (Diário da República, 2018).

O desenvolvimento desta competência nos 3 campos de estágio (UL-PPCIRA, SMI e SUMC), exigiu reflexão constante, bem como o contacto próximo com a gestão de cuidados de enfermagem e gestão de materiais e infraestruturas. O facto de realizar os 3 campos de estágio com enfermeiros coordenadores como tutores, facilitou o

desenvolvimento e integração de aprendizagens no conhecimento das funções de gestão de recursos humanos e materiais assim como na resolução de problemas e tomadas de decisão.

Ao longo do estágio realizado na UL-PPCIRA fiz visitas de acompanhamento a diferentes serviços, acompanhada das enfermeiras orientadoras e restantes enfermeiras da equipa, por forma a gerir da forma mais eficiente as diferentes medidas de isolamento a instituir e colaborei com as equipas dos serviços na gestão e erradicação de surtos. Houve uma situação de surto de EPC, que trouxe consigo a imensa necessidade de gerir de forma rápida e adequada os isolamentos e tratamentos a instituir.

Participei nas comissões de escolhas de materiais e equipamentos. Colaborei com a equipa nas suas atividades diárias no âmbito da vigilância epidemiológica, nomeadamente: Infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS); Helics Cirurgia; Helics UCI e Vigilância dos Microrganismos Multirresistentes.

Relativamente à gestão dos recursos humanos, reitera o Despacho n.º 10901/2022 do Diário da República (2022), que a equipa de enfermagem da UL-PPCIRA deverá ser composta pelo enfermeiro gestor e outro enfermeiro por cada 150 camas a nível hospitalar e por um enfermeiro com 35 horas por semana dedicadas aos cuidados de saúde primários. No que concerne a nível hospitalar, as 3 enfermeiras existentes com horário completo suprimem as necessidades de 1 enfermeiro para 150 camas, uma vez que a ULSNE tem 441 camas em funcionamento. No Serviço utiliza-se o método de trabalho em equipa. Todos os dias é decidido na passagem de turno da manhã o plano de distribuição de trabalho do dia.

Relativamente aos Campos de estágio realizados no serviço de Urgência e no Serviço de Medicina Intensiva, tive a oportunidade de aprimorar a minha prestação de cuidados diferenciados ao doente crítico, gerindo adequadamente o tempo, estabelecendo prioridades de atuação e tomando decisões com vista ao maior benefício do doente. Ambos os serviços apresentam a mesma tipologia de gestão, existindo o enfermeiro gestor e o enfermeiro coordenador em cada turno de trabalho, sendo que o enfermeiro coordenador de turno assume funções de gestão necessárias ao bom funcionamento do serviço e presta cuidados diretos ao doente. Tive a oportunidade de acompanhar e colaborar com o enfermeiro coordenador de turno na gestão dos dois serviços e acompanhar e colaborar com a enfermeira gestora do SMI na coordenação do serviço.

Em ambos os serviços o papel do enfermeiro coordenador foi preponderante na supervisão e coordenação dos cuidados de enfermagem e tarefas a realizar ao longo do dia, como exames complementares de diagnóstico e idas ao bloco operatório. Particpei juntamente com a enfermeira coordenadora do SMI na requisição de materiais consumíveis e não consumíveis e terapêutica em falta. Em dias específicos da semana é necessário fazer o levantamento de materiais em falta e fazer a requisição dos mesmos, de acordo com a oferta disponível e os seus custos. Colaborei com os enfermeiros coordenadores de ambos os serviços na gestão de vagas de forma antecipada e em articulação com a equipa médica e na comunicação dos planos à restante equipa de enfermagem. Cabe ao enfermeiro gestor e ao enfermeiro coordenador de turno verificar ou delegar a verificação do correto funcionamento de materiais, equipamentos e infraestruturas, estabelecendo contacto com as entidades reparadoras quando necessário. Estes têm um papel essencial como elemento consultor central quando surge alguma dúvida por parte da equipa, por isso necessitam estar sempre a par do processo terapêutico de todos os doentes bem como de alterações do estado de saúde ao longo do turno. O enfermeiro gestor é ainda responsável por fazer os horários da equipa de auxiliares e de enfermagem e pela distribuição dos doentes pela equipa de enfermagem no turno seguinte. O SMI utiliza o sistema de avaliação da carga de trabalho de enfermagem Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28) que avalia a gravidade dos pacientes internados em Serviços de Medicina Intensiva e auxilia a fazer uma distribuição de doentes equitativa pela equipa de enfermagem. Em Cuidados Intensivos, o rácio de doentes por enfermeiro é definido consoante o nível da unidade e, em consequência, o tipo e complexidade dos cuidados prestados aos doentes. Desta forma, segundo o Regulamento nº 743/2019 (2019b), as unidades de nível I têm um rácio enfermeiro/doente de 1:3, as de nível II têm um rácio de 1:2 e as unidades de nível III têm um rácio de 1:1. O Regulamento da Norma para o cálculo de Dotações seguras dos cuidados de Enfermagem prevê que as unidades consideradas de nível II tenham um rácio de enfermeiro/doente de 1:2 e as unidades de nível III apresentem um rácio de 1:1 (Diário da República, 2022). Sendo que o Serviço de Medicina Intensiva do Hospital de São João está apto a receber doentes das 2 tipologias, verifica-se que os requisitos acima mencionados são cumpridos. Importa salientar que por norma o enfermeiro responsável não tem doentes atribuídos aos seus cuidados e que na possibilidade de algum enfermeiro ficar distribuído a apenas um doente, será ao doente que requer mais cuidados de enfermagem. Este regulamento faz ainda referência ao facto de ser recomendado que 50%

da equipa em turno seja especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica de preferência na área de Enfermagem à Pessoa Crítica (Diário da República, 2022). Deste modo, verifica-se que o serviço utiliza os rácios enfermeiro/doente recomendado, não utilizando a percentagem de especialistas recomendada em todos os turnos dado a equipa não ser constituída pelo número necessário de enfermeiros especialistas em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. No entanto, sempre que é possível há preocupação em cumprir esta recomendação.

Relativamente ao Serviço de Urgência, os enfermeiros são distribuídos pelos diferentes postos de trabalho (triagem, sala de emergência, sala laranja, macas, cadeirões, pediatria, OBS adultos e OBS crianças), que têm sempre um número fixo de enfermeiros. Não obstante, sempre que se verifica maior afluência de doentes num determinado setor, os enfermeiros que estejam com menor carga de trabalho vão auxiliar. O Regulamento da Norma para o cálculo de Dotações seguras dos cuidados de Enfermagem prediz que o posto de triagem de cada tipologia de urgência deverá ser ocupado por enfermeiros com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades, o que se verificou sempre ao longo do estágio (Diário da República, 2022). No que refere à triagem de prioridades nas urgências de adultos, o recomendado é este posto ser assegurado por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. O Regulamento nº743/2019 recomenda ainda que os enfermeiros que asseguram a sala de emergência e os que são designados como coordenadores de turno, sejam Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e que 50% da equipa de enfermagem presente em 24 horas seja constituída pelos mesmos profissionais acima mencionados (Diário da República, 2019b). Estes critérios foram cumprido sempre que possível, no entanto o insuficiente número de enfermeiros nesta condição académica não permitia o seu cumprimento em todos os turnos.

Pude compreender ao longo dos 3 campos de estágio, que a gestão e coordenação de um serviço exige trabalho e dedicação diários. Percebi de igual forma a importância que os Enfermeiros coordenadores de turno detêm para o bom funcionamento dos Serviços e para a prestação de cuidados de qualidade. A Gestão eficiente de materiais afigura-se de extrema importância na economia de custos, na qualidade dos cuidados prestados, na segurança do doente ao longo do internamento e na sustentabilidade hospitalar. Já a gestão eficiente de recursos humanos irá contribuir para a valorização da Enfermagem, para a

melhoria dos cuidados prestados e para a melhoria da comunicação multidisciplinar e até com os próprios doentes e sua família/cuidador.

#### **2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O Regulamento nº 140/2019 sugere que o Enfermeiro Especialista se destaca como promotor da aprendizagem, atuando como formador, identificando necessidades de formação e gerindo programas formativos, contribuindo para a atualização contínua do conhecimento. Além disso, toma a iniciativa na análise de situações clínicas e utiliza métodos de pesquisa apropriados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Na prestação diária de cuidados, os enfermeiros deparam-se com diferentes problemas, em diferentes contextos de atuação. Não raras vezes, são situações complexas que exigem a mobilização de um conjunto de saberes próprios adquiridos na prática clínica e na atualização científica de saberes, através da integração de conhecimentos, atitudes, práticas e ações que possibilitem melhorar práticas autónomas e interdependentes de enfermagem. O Artigo 100º do Código Deontológico, defende que o enfermeiro deve efetivar a atualização constante e contínua dos seus conhecimentos por via da presença em ações de qualificação profissional. Já o Artigo 109º prediz a necessidade de o enfermeiro garantir a atualização contínua dos saberes da sua profissão e a competência no uso de diversas tecnologias (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Este dever de atualização perante a profissão é preponderante a uma prática de enfermagem de excelência, pela defesa do direito do doente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes atualizações de saberes nos diversos domínios.

Com vista a desenvolver esta competência, ao longo do campo de estágio realizado na UL-PPCIRA, procurei incrementar o autoconhecimento e a assertividade, por forma a aprimorar a prática clínica diária à luz do controlo de infeção hospitalar. Atualizei os meus conhecimentos à luz da mais recente produção científica sempre que surgiram dúvidas. Colaborei com a equipa da UL-PPCIRA na área de formação no domínio da prevenção e controlo das IACS e na elaboração de procedimentos clínicos de atuação. Participei em ações de formação na área de prevenção e controlo de infeção e visitei um bloco operatório, um serviço de reprocessamento de dispositivos médicos (esterilização), um serviço de Patologia Clínica e a Unidade de Cirurgia de Ambulatório por forma a integrar novos conhecimentos e perceber a sua importância.

A visita ao bloco operatório permitiu-me conhecer os circuitos de materiais sujos e limpos e compreender toda a dinâmica que envolve o serviço, sendo um serviço que carece um controlo apertado de infeção.

O Serviço de Reprocessamento de Dispositivos Médicos (SRDM) desempenha um papel importante na prevenção de infeções através da garantia de que todos os dispositivos reutilizáveis são devidamente limpos, desinfetados ou esterilizados. Este serviço é também responsável por garantir o restabelecimento da segurança funcional dos dispositivos por forma a prevenir infeção cruzada e complicações. Estão também encarregues de garantir a eficiência no reprocessamento de dispositivos por forma a evitar falhas de stock de materiais e equipamentos esterilizados, poupando recursos financeiros à instituição. Verifiquei dispositivos que são lavados manualmente e dispositivos em termo-desinfetadoras. O processo de desinfeção e esterilização são escolhidos de acordo com as normas do fabricante.

O serviço de Patologia Clínica é responsável por fornecer resultados laboratoriais que auxiliam no diagnóstico e tratamento contínuo de doenças. Este serviço também auxilia na implementação e ajuste de terapêutica através da monitorização contínua de análises clínicas laboratoriais. O funcionamento do serviço estabelecia-se para garantir a precisão nas diferentes etapas do processo laboratorial desde a receção de amostras à emissão de resultados. Dado o trabalho diário com resultados analíticos, foi importante compreender como as análises de amostras se processam, tornando esta experiência extremamente enriquecedora.

A Unidade de Cirurgia de Ambulatório permite a efetivação de procedimentos cirúrgicos sem a necessidade de o doente ser internado. As especialidades cirúrgicas presentes são a cirurgia geral, oftalmologia, otorrinolaringologia, estomatologia, urologia, ginecologia, estomatologia e cirurgia vascular. O pilar basilar desta unidade é garantir uma recuperação segura e rápida ao utente, através de um internamento no período máximo de 24 horas. Esta tipologia de Cirurgia permite proporcionar maior conforto ao doente, que recupera em casa, junto da sua família, e diminuir o risco de infeção associada ao processo de hospitalização. De notar que ao longo do processo, são aplicadas listas de verificação para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados.

Neste campo de estágio tive a oportunidade de aprender sobre metodologias de treino, como o Training Within Industry (TWI), e a certificação pelo sistema Kamishibai. Este

projeto tem como finalidade padronizar as práticas de controlo de infeção no próprio ambiente de trabalho. Foi implementado nos serviços aquando da minha passagem pela UL-PPCIRA e, para que se compreenda melhor, consiste numa abordagem de prática para treinar trabalhadores no seu local de trabalho. Surgiu no contexto do projeto Stop Infeção Hospitalar 2.0, e visa melhorar as práticas no controlo de infeção por via de instruções de processo. A instrução de processo tem como foco o ensino no formato de simulação, na qual o enfermeiro deve simular o procedimento, dizer os pontos importantes e explicar o porquê de cada etapa do procedimento, com aquisição final dessa competência. As instruções de processo podem abordar diferentes temas alusivos ao controlo de infeção hospitalar (PAI, ILC, IRCVC, IUACV). Posteriormente ao treino, surge a certificação pelo Kamishibai que é uma ferramenta visual de “auditoria” na qual se utilizam cartões para verificar o cumprimento de intervenções. Esta auditoria é realizada uma vez por dia em cada serviço.

Relativamente aos campos de estágio realizados no Serviço de Urgência e no Serviço de Medicina Intensiva, importa compreender que só é possível a existência de serviços de maior qualidade com o apoio da investigação e incentivo de ensino contínuo dentro e fora do hospital. Só com a junção destes 2 pilares basilares do conhecimento se vai impulsionar o conhecimento, inovação e desenvolvimento da profissão. Os hospitais que são hoje reconhecidos como referência de qualidade e eficiência integram a componente da assistência à população, do ensino contínuo e da investigação em diversas áreas (Diário da República, 2016). Ao longo dos dois campos de estágio muni-me de vários recursos para o desenvolvimento de novas aprendizagens, como a partilha de experiências com a equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar e o acesso a bibliografia atualizada para encontrar referenciais teóricos que sustentem a prática clínica. Procurei desenvolver o autoconhecimento, através do conhecimento dos meus limites pessoais e profissionais, compreendendo as implicações desses limites no meu desempenho como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica e aprendi a fazer uma melhor gestão emocional em momentos de crise. Desenvolvi a assertividade, por forma a conseguir expressar as minhas dúvidas e crenças. Procurei desenvolver as minhas aprendizagens com uma postura de participação e interesse na apresentação dos serviços, no conhecimento dos sistemas de informação existentes, no conhecimento das normas dos serviços e na sua dinâmica. Procurei, de igual forma, aprofundar o meu conhecimento sobre gestão dos serviços e de

recursos, sobre a relação terapêutica com o doente e a sua família, sobre estratégias de comunicação facilitadoras, sobre o bem-estar, sobre gestão de conflitos e sobre os princípios éticos e deontológicos que regulam a profissão. No campo de estágio no Serviço de Urgência tive a oportunidade de aprender novas técnicas e formas de abordagem ao doente crítico e no Serviço de Medicina Intensiva tive a oportunidade de aperfeiçoar conhecimentos já detidos pela minha experiência profissional em Cuidados Intensivos e tive a oportunidade de aprender sobre ECMO. Todos estes conhecimentos adquiridos serão detalhadamente abordados no ponto 2.2.1 do presente relatório.

## **2.2 Desenvolvimento de competências específicas em enfermagem na pessoa em situação crítica**

O enfermeiro especialista deve adquirir conhecimentos e competências no domínio da sua especialidade de forma a conseguir prestar cuidados de enfermagem de alto nível. A Ordem dos Enfermeiros especificou as competências dos enfermeiros de acordo com o recetor dos cuidados e o contexto da intervenção. Isto porque existia uma grande abrangência da especialidade em Médico-cirúrgica e surgiram áreas emergentes com necessidade de cuidados direcionados e especializados. Assim, foi publicado o Regulamento nº 429/2018. Este documento pontua que “Tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos 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, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19360). Posto isto, “a área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como alvo a pessoa em situação crítica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19362).

Neste capítulo, serão abordados os conhecimentos adquiridos e as atividades desenvolvidas ao longo dos 3 campos de estágio (UL-PPCIRA, SUMC, SMI) para a aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.

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

Para desenvolver esta competência, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, deve ser capaz de compreender a complexidade inerente a cada situação clínica e responder de forma eficaz às necessidades tanto do doente em estado crítico e/ou com falência orgânica, como da sua família/cuidador. É fundamental que possua a capacidade de integrar diferentes saberes e competências, adotando uma abordagem holística e centrada na pessoa. A deteção precoce de sinais de instabilidade é crucial para uma intervenção rápida e eficaz. Além disso, este profissional deve estar preparado para aplicar protocolos terapêuticos complexos, gerir a dor de forma diferenciada e promover o conforto e bem-estar do doente. A comunicação interpessoal eficaz e a competência na gestão do processo de morte também fazem parte do seu perfil de atuação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A pessoa em situação crítica é aquela que tem a sua vida em risco por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Segundo Benner et al., (2011) a pessoa em situação crítica, encontra-se em constante risco de desenvolver instabilidade fisiológica, sendo, deste modo, dependente de cuidados intensivos contínuos e tecnologia de apoio.

Para exercer funções de alto nível de qualificação num Serviço de Medicina Intensiva ou Serviço de Urgência, é necessário, primeiramente, conhecer os equipamentos e materiais existentes no mesmo. Assim, conheci e compreendi como funcionam os monitores de vigilância de sinais vitais, bombas e seringas de perfusão contínua, equipamentos de substituição da função renal e equipamentos de fornecimento de oxigénio, como Oxigenioterapia Nasal de Alto Fluxo e dispositivos de Ventilação Mecânica Invasiva e Não Invasiva.

A pessoa em situação crítica necessita de monitorização hemodinâmica e vigilância rigorosas ao longo do internamento e é alvo de protocolos terapêuticos complexos, consoante a complexidade do seu estado de saúde. Não raras vezes, o doente crítico necessita de monitorização invasiva, colocação de drenos torácicos, técnicas de substituição da função renal, intubação orotraqueal e colocação de ventilação mecânica não invasiva. Nestas situações, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-

Cirurgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica necessita prestar cuidados de saúde complexos e geri-los de acordo com o seu nível de importância. É essencial que detenha conhecimentos na deteção de focos de instabilidade, através da vigilância hemodinâmica (frequência cardíaca, tensão arterial, frequência respiratória e saturação de oxigénio), da interpretação de gasometrias arteriais, análises ao sangue, urina, secreções e exames complementares de diagnóstico, bem como controlo do balanço hídrico do doente. Assim, conseguirá evitar situações de instabilidade através, por exemplo, da correção de iões ou ajuste de oxigenioterapia. Através da gasometria arterial, a equipa consegue perceber a quantidade de oxigénio e de dióxido de carbono no sangue do doente e consegue avaliar o equilíbrio ácido-base (pH) do corpo. Consegue também identificar distúrbios metabólicos ou respiratórios. Para além da execução deste exame dar informações importantes sobre o estado clínico do doente, permite antecipar o processo de ventilar o doente de forma controlada e tranquila.

Relativamente ao Serviço de Urgência, foi sempre minha curiosidade desenvolver competências no âmbito do Sistema de Triagem de Manchester. Cumprir turnos dedicados a esta área da urgência, juntamente com a enfermeira orientadora que me apresentou o sistema e todas as suas especificidades. Com este objetivo pretendi desenvolver juízo crítico e reflexivo no processo de tomada de decisão na atribuição de prioridades, e compreender como efetuar o devido encaminhamento de cada doente.

O Protocolo de Triagem de Manchester tem como objetivo padronizar a triagem nos serviços de urgência, baseando-se na avaliação do risco clínico. A sua implementação nos hospitais procurou promover uma linguagem comum e fomentar o consenso entre médicos e enfermeiros na tomada de decisões. Em termos práticos, este sistema permite definir a prioridade clínica com base na principal queixa do doente, tendo como referência o sinal ou sintoma predominante, quer seja referido pelo próprio doente, quer seja identificado pelo profissional de saúde (Grupo Português de Triagem, 2021).

A triagem tem um papel fundamental na identificação precoce, objetiva e contínua de pessoas que necessitam de cuidados urgentes, contribuindo ainda para a integração eficaz das vias verdes e dos normativos nos serviços de urgência (Direção Geral da Saúde, 2018). Este processo deve ser realizado de forma célere, preferencialmente num intervalo de dois a cinco minutos (Oliveira et al., 2022).

O STM funciona através de uma escala de cinco categorias de prioridade, que foi desenvolvida por um grupo multidisciplinar de especialistas em cuidados de emergência. Refere a norma nº 002/2018, que a mesma se objetiva segundo os seguintes níveis de prioridade e por cor da pulseira:

- Prioridade vermelha: doentes emergentes que requerem atendimento imediato;
- Prioridade laranja: doentes muito urgentes com necessidade de atendimento até 10 minutos;
- Prioridade amarela: doentes urgentes com tempo de atendimento até 60 minutos;
- Prioridade verde: doentes pouco urgentes com tempo de atendimento até 120 minutos;
- Prioridade azul: doentes não urgentes com tempo de atendimento até 240 minutos (DGS, 2018).

Durante o estágio, e através do acompanhamento de diferentes momentos no posto de triagem verifiquei que o manuseio do sistema é intuitivo e rápido. Este integra todos os fluxogramas e atribui de imediato a prioridade de atendimento baseada na sintomatologia descrita. Foi um dos objetivos que exigiu mais períodos de reflexão com a enfermeira orientadora, dada a especificidade de cada indivíduo. Presenciei doentes que desvalorizavam sintomas importantes, e em polo oposto, doentes que supervalorizavam sintomas, o que dificulta em larga escala a efetivação de um juízo real da situação. Considero que o tempo de experiência neste setor da urgência facilita o estabelecimento de prioridades eficiente, com consciência de que necessitaria de muito mais tempo para aprimorar a minha atuação. No entanto, cumpri este objetivo de forma muito favorável, e senti-me sempre confortável com as minhas decisões.

Também desenvolvi competências no âmbito dos protocolos das vias verdes. Tive oportunidade de contactar com cada tipo de via verde (Sépsis, Trauma, AVC e Coronária) e compreender as especificidades de cada uma delas, individualmente. Tudo começa no posto de triagem, onde o enfermeiro avalia o doente de forma sistémica obedecendo à sequência “ABCDE” (Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure) e decide se o doente tem critérios ou não para a ativação de via verde. Uma vez ativada, iniciam-se todos os procedimentos inerentes a cada tipologia de via verde.

A via verde trauma, foi algumas vezes presenciada por mim. Segundo a norma 012/2022 a Via Verde do Trauma (VVT) faz parte do Sistema Integrado de Emergência Médica

(SIEM) e utiliza a totalidade dos seus meios, nomeadamente pré-hospitalar e hospitalar. As redes de trauma devem ser capazes de se organizar com o objetivo de garantir o acesso a cirurgia em menos de 45 minutos do tempo de trajeto a partir do local de ocorrência. Deste modo, o hospital deve mostrar-se capaz de antecipar os procedimentos necessários, como material e equipamento indicados para a abordagem da vítima de trauma, e garantir a organização dos meios humanos com formação específica. Para uma resposta eficiente, o CODU deve fazer articulação entre o meio pré-hospitalar e o meio hospitalar e deve existir uma equipa multidisciplinar de trauma (Direção Geral da Saúde, 2022c).

Aquando de uma situação de VVT, verifiquei que a sala de emergência tem todo o material necessário para dar assistência ao doente, como plano duro, aranha, colar cervical, imobilizadores de cabeça, cintas pélvicas e torniquetes. Toda a equipa trabalha de forma eficaz, e são acionadas diferentes especialidades medicas para dar resposta a cada situação.

No que se refere à via verde AVC, segundo a norma 015/2017 existe um conjunto de sinais de alerta a considerar para a sua ativação, que são eles: falta de força no membro, dificuldade em falar e boca ao lado. A confirmação da suspeita de AVC, deve incluir dados como a hora e circunstâncias do início dos sintomas, a história médica prévia, o exame objetivo geral, o exame neurológico, e a quantificação do deficit neurológico. Devem ser realizadas análises sanguíneas e exames complementares de diagnóstico como TAC, RMN e ECG para decidir qual a terapêutica a instituir (fibrinolítica ou endovascular) (Direção Geral da Saúde, 2017b). Ao longo do meu percurso tive oportunidade de efetuar todos estes procedimentos e tive contacto com doentes que realizaram fibrinólise e com doentes que foram encaminhados para outros centros hospitalares para realizar trombectomia.

No que concerne à Via Verde Sépsis a norma nº010/2016 atualizada a 16/05/2017 descreve os passos sequenciais para a sua ativação. Em primeiro, deve ser feita a identificação atempada do caso sugestivo de VVS, na triagem no SU, na VMER ou no Heli; em seguida deve ser feita a identificação do caso confirmado de VVS pela equipa, depois deve garantir-se o cumprimento do algoritmo básico de avaliação e terapêutica e por fim o cumprimento do algoritmo avançado de avaliação e terapêutica. Devem ser tidos em conta como critérios de presunção de infeção alterações da temperatura corporal associadas aos seguintes sintomas: dispneia, confusão mental, tosse, dor abdominal, icterícia, dor lombar, disúria/polaquiúria, sinais cutâneos extensos e cefaleias. Como

sinais de gravidade a norma apresenta hiperlactacidemia, hipotensão arterial e hipoxemia. A instituição de antibioterapia precoce torna-se essencial à manutenção da vida (Direção Geral da Saúde, 2017c). Ao longo do campo de estágio tive oportunidade de contactar com uma VVS, e discuti toda a forma de atuação com a enfermeira orientadora.

Por fim, a via verde coronária deve ser considerada quando se verifica um ou mais dos seguintes sintomas: dor no peito de início súbito, com ou sem irradiação para o membro superior esquerdo, costas ou mandíbula, suores frios intensos, náuseas e vômitos. O encaminhamento dos doentes através desta Via Verde é feito baseado em critérios clínicos específicos, que preveem o tratamento precoce de determinados tipos de EAM, em que é possível a desobstrução mecânica da(s) artéria(s) coronárias, através da realização de um procedimento terapêutico específico – angioplastia primária. Esta intervenção deve ser realizada o mais rapidamente possível, apenas sendo eficaz quando realizada num curto intervalo de tempo após o início dos sintomas (Serviço Nacional de Saúde, 2021). Verifiquei ao longo do estágio que a ativação desta via verde é a mais ambígua, no sentido em que assisti a doentes triados, nos quais esta patologia não se vinha a confirmar apesar de toda a sintomatologia presente ser coincidente com o diagnóstico. No entanto, também contactei com doentes com EAM efetivo, nos quais realizei os procedimentos necessários ao seu tratamento.

Na abordagem aos diferentes doentes com ativação de via verde garanti junto com a enfermeira orientadora uma triagem adequada, de forma atempada e eficiente. Preparei o equipamento e materiais necessários à abordagem do seu estado hemodinâmico. Fiz sempre uma avaliação baseada no “ABCDE” (Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure), antecipando focos de instabilidade, garantindo material para via aérea, cateterizando acessos venosos periféricos, preparando e administrando medicação complexa, colocando sondas nasogástricas, cateteres vesicais e os demais dispositivos que garantissem a monitorização do estado hemodinâmico do doente. Colaborei na colocação de cateteres venosos centrais e arteriais, bem como na colocação de drenos torácicos. Fiz a leitura de exames complementares de diagnóstico e análises sanguíneas e encaminhei os doentes para os serviços devidos. Todos estes procedimentos foram realizados tendo em conta as prioridades de cada situação.

Considero que desenvolvi variadas competências no âmbito do funcionamento e prestação de cuidados na Sala de Emergência. Nos vários turnos dedicados à sala de emergência, tive a oportunidade de aperfeiçoar técnicas e conhecer os materiais que

compõem obrigatoriamente uma sala desta tipologia. Todos os equipamentos são testados uma vez por turno, bem como são revistos todos os materiais. A Sala de Emergência compõe o ponto intermédio entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar. Percebe-se, por esse motivo, a sua importância como a área adequada para a melhor abordagem ao doente crítico. Deve deter o espaço físico adequado às necessidades para o apoio muito urgente ou emergente de doentes em estado crítico, apresentando condições para a efetivação de suporte avançado de vida (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019). Ainda baseada na fonte supracitada, a Sala de Emergência é figurada em espaço aberto, com capacidade de unidades individuais de reanimação para 2 doentes, indo de encontro ao preconizado em Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica. Considero os recursos humanos muito disponíveis e capazes de dar resposta em diferentes situações. Os materiais, medicações e equipamentos estão organizados por categorias e dispostos em locais de fácil acesso, o que considero aumentar o sucesso em situações de emergência.

Perante uma pessoa em situação crítica, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica deve responder prontamente na correção de todos os focos de instabilidade. Isto obriga-o a ser detentor de um corpo sólido de conhecimentos atualizados nos quais baseia a sua prática. Para além do apoio dado em sala de emergência a doentes em choque ou com ativação de vias verdes, ao longo do estágio surgiu uma situação de paragem cardiorrespiratória, o que permitiu melhorar a minha resposta em situações de stress que exigem resposta imediata. Exercendo as minhas funções como enfermeira num serviço de Medicina Intensiva, já detenho alguma experiência em situações de paragem cardiorrespiratória. No entanto, na minha prática, as PCR ocorrem num local mais controlado e organizado e já existe um conhecimento prévio do estado hemodinâmico, patologias e antecedentes pessoais do doente. Por este motivo, fazer turnos na sala de emergência melhorou a minha prática clínica no sentido de dar resposta técnica e científica efetiva numa situação de PCR ou instabilidade, num doente em que às vezes se desconhece toda a história clínica. Esta falta de informação obriga os profissionais de saúde a fazer um juízo clínico rápido para dar a melhor resposta possível à situação. Foi por este motivo uma das competências que mais me deu gosto desenvolver, uma vez que consegui otimizar respostas e antecipar focos de instabilidade. Para o sucesso de uma reanimação em situação de paragem cardiorrespiratória é importante que exista organização da equipa, sendo crucial a

existência de um Team Leader. Em contexto de Sala de Emergência, o Team Leader é o médico Intensivista alocado. Este é responsável por organizar as tarefas de cada elemento da equipa, definir objetivos e tomar decisões conjuntas com a equipa. A linguagem utilizada por toda a equipa deve ser concisa e clara e todos devem basear a sua atuação na calma e assertividade. Durante este momento foi possível comprovar a importância da comunicação multidisciplinar e do conhecimento do algoritmo de suporte avançado de vida de acordo com o protocolo American Heart Association.

Outro ponto que despertou a minha atenção pela sua complexidade é o transporte intra-hospitalar do doente crítico. Na minha prática este tipo de transporte aconteceu quando o doente era transferido da sala de emergência para o serviço de Medicina Intensiva ou aquando da realização de exames complementares de diagnóstico (TAC e RMN). Este momento requer uma grande ponderação clínica, planeamento e organização antes de acontecer, para minimizar a possibilidade de ocorrência de intercorrências aquando do próprio transporte. As principais intercorrências identificadas por Gilles et al., (2010) incluem eventos cardiocirculatórios como hipotensão/hipertensão arterial graves, arritmias, paragem cardiorrespiratória, morte e eventos respiratórios como hipoxia grave, broncospasmo, pneumotórax, extubação, entubação eletiva, desadaptação do doente/ventilador. Incluem de igual forma eventos neurológicos como agitação e hipertensão intracraniana; evento por hipotermia; por distúrbios do equipamento e eventos por erros humanos. Compreende-se assim os riscos inerentes a um transporte intra-hospitalar mal planeado. Deste modo, a Ordem dos Médicos refere que a decisão do momento do transporte depende de fatores como o estado da pessoa, da distância até ao destino final, da experiência e do número de elementos que vão efetuar o transporte e do equipamento disponível (Ordem dos Médicos, 2023). Cabe ao enfermeiro especialista reunir todo o material necessário ao transporte. O mesmo é responsável por testar o ventilador, verificar o nível de oxigénio, e levar a mala de transporte. Cabe também ao Enfermeiro garantir o correto funcionamento de seringas e bombas perfusoras bem como a duração das perfusões contínuas, garantindo que as mesmas não terminam antes do doente estar alocado no novo serviço ou até que regresse ao serviço de urgência. O mesmo deve garantir a monitorização invasiva e não invasiva durante todo o transporte e é responsável por clampar e desclampar drenos e cateter vesical, bem como por garantir a integridade de todos os dispositivos médicos. Denote-se que o momento em que o doente é transferido para o Serviço de Medicina Intensiva é um momento em que a transição dos

cuidados de Saúde deve ser tida em consideração. Pelo que procurei fornecer todas as informações relevantes acerca do doente ao colega que iria ficar responsável pelo mesmo através do método ISBAR, reduzindo assim o risco de erros e perda de informações importantes.

Na sala de pequena cirurgia pude, de forma independente, auxiliar em procedimentos cirúrgicos e executar pensos complexos em contexto decorrente por exemplo de acidentes de viação sem gravidade, agressões ou pequenas cirurgias. Melhorei a minha atuação e o meu conhecimento na abordagem a doentes com trauma ortopédico através do auxílio na colocação de aparelhos gessados e variados materiais ortopédicos.

Quando se fala em doente crítico, importa salientar a importância da Ventilação Mecânica Invasiva bem como das intervenções de Enfermagem realizadas. A VMI está indicada em casos de insuficiência respiratória, comprometimento neurológico ou para a realização de procedimentos cirúrgicos. Através dela, aplicam-se pressões positivas num sistema que trabalha com pressões negativas, administrando altas concentrações de oxigénio, mantendo a permeabilidade da via aérea, o equilíbrio acido-base e reduzindo o trabalho respiratório (Hetland et al., 2018). Cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica possuir conhecimento avançado para monitorizar este tipo de doentes e antecipar situações e focos de instabilidade. Este deve verificar a pressão do cuff do Tubo Endotraqueal, mantendo-a entre 20-30 cmH<sub>2</sub>O e garantir a sua fixação adequada atentando a problemas potenciais como o surgimento de úlceras de pressão. É também necessário que o mesmo faça vigilância dos alarmes do ventilador e que garanta a integridade e troca adequada dos circuitos. Afigura-se de suma importância o conhecimento da norma da DGS para a prevenção da pneumonia associada à intubação (colocar o leito a 30°, aspiração de secreções traqueobrônquicas e realização de higiene oral).

Quando o doente apresenta Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) moderado a severo e apresenta uma relação de pressão parcial de oxigénio (paO<sub>2</sub>) /fração de oxigénio FiO<sub>2</sub> abaixo de 150mmHg, necessitando um FIO<sub>2</sub> superior a 60% poderá ser colocado em decúbito ventral (Bamford et al., 2019). Através desta prática, no estágio realizado no serviço de Medicina Intensiva pude verificar que os doentes por mim abordados melhoraram a sua condição clínica nas horas seguintes. Esta melhoria deve-se à melhoria da oxigenação e ventilação pela redução da compressão pulmonar e aumento da perfusão. Este decúbito diminui a distensão alveolar ventral e o colapso alveolar dorsal tornando a

ventilação mais homogênea (Petrone et al., 2021) Este decúbito é utilizado a maior parte das vezes durante 16h. Neste período, é responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica monitorizar o estado hemodinâmico do doente e trocas gasosas e tentar manter a integridade da pele do doente, através da mudança da posição de partes do corpo de 2 em 2 horas bem como a realização de massagens e alívio de zonas de pressão. Aquando da colocação do doente em decúbito ventral é importante que o material seja reunido previamente e que se prepare a unidade antes de iniciar o processo.

O estágio realizado no Serviço de Medicina Intensiva, deu-me a oportunidade de desenvolver competências novas na minha atuação, como assistir um encerramento de um tórax num doente pós-transplante cardíaco e assistir lavagens pulmonares em doentes com a função pulmonar gravemente lesada. Efetuei a avaliação da Pressão Intra-Abdominal (PIA) em diferentes doentes, para descartar a presença de ascite, distensão abdominal por síndrome do intestino obstruído ou em doentes com trauma abdominal. Esta avaliação é crucial para a manutenção da função dos órgãos vitais e prevenção de complicações graves. Também melhorei a gestão de cuidados, definindo prioridades de atuação ao longo do turno com o resto da equipa multidisciplinar. Tive oportunidade de refletir sobre práticas efetuadas de forma diferente da minha realidade e identificar qual a melhor forma de atuar. Assisti diferentes procedimentos, como a colocação de cânulas para realizar ECMO, colocação de drenos torácicos, cateteres arteriais, cateteres vasculares centrais, de hemodiálise, de Swan Ganz, fiz estudos hemodinâmicos de doentes e auxiliei a realização de exames complementares de diagnóstico. Preparei medicação complexa e fiz associação dos seus efeitos colaterais e interação com outras medicações.

Desenvolver competências na abordagem ao doente a realizar ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorporal) foi um dos pontos que motivou a minha escolha em realizar o estágio de Medicina Intensiva no Hospital de São João, uma vez que o tratamento através de ECMO sempre suscitou o meu interesse. Para que se compreenda, depois de efetuadas todas as medidas de suporte orgânico artificial num doente, sem conseguir alterar o seu estado crítico, e quando ainda se prevê reversibilidade do quadro, pode ser efetuado o tratamento com Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO). Deste modo, o ECMO pode ser uma ponte para a recuperação, tratamento definitivo ou para o transplante (CHUSJ, 2024).

Existem duas diferentes estratégias de canulação para ECMO. A modalidade Veno-Venosa (VV) está indicada no caso de hipoxemia grave ou hipercapnia, já a modalidade Veno-Arterial está indicada em situações de falência cardíaca com choque cardiogénico refratário à farmacologia convencional e paragem cardiorrespiratória. A decisão entre uma e outra depende da gravidade da doença de base e da rapidez do declínio funcional (Kon et al., 2017).

O Hospital de São João tem uma equipa de ECMO, constituída por médicos, enfermeiros e técnicos “ecmistas” que estão sempre junto dos doentes, efetuando a manutenção do equipamento e estudando o estado hemodinâmico do doente. Tive oportunidade de estar em contacto direto com a equipa na prestação de cuidados, que prontamente me integrou em todos os aspetos importantes da técnica. Como enfermeira em formação para a especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica considerei necessário desenvolver estratégias e competências para cuidar do doente e da sua família e para monitorizar e aceder ao equipamento prevenindo complicações. Uma falha no circuito do ECMO pode ser um risco fatal, uma vez que estes doentes têm a sua função vital assegurada por ele, por isso, necessitei adquirir um alto nível de perícia na competência tecnológica e vigilância hemodinâmica. Aprender a prestar cuidados de enfermagem a doentes em ECMO foi um desafio, uma vez que, depois de extubados, é promovida a sua readaptação funcional o mais rapidamente possível. Assim, estes doentes fazem levantar para cadeirões, fisioterapia e reabilitação funcional. Isto requer confiança na prestação de cuidados, confiança essa que fui ganhando ao longo do contacto com este tipo de doentes, tornando a minha experiência muito positiva. Assim, baseei a minha conduta na antecipação de complicações prevenindo o dano direto ao doente.

A gestão de cuidados efetuados ao doente em tratamento de ECMO é complexa, na sua maioria são transversais a todos os doentes críticos, no entanto existem algumas especificidades. Importa salientar que aquando da transferência destes doentes para os cadeirões são necessários vários profissionais para assegurar a integridade das cânulas e que no caso de doentes em ECMO VA é necessária a colocação de uma “gaiola” em cima das cânulas para evitar o dano da “ponte” e o comprometimento do tratamento.

Ao longo dos turnos realizados no Serviço de Medicina Intensiva tive a oportunidade de trabalhar com doentes sob técnica de substituição da função renal. Como já não é uma realidade nova para mim, não senti dificuldades na vigilância e monitorização destes

doentes. Os equipamentos de terapia eram diferentes aos disponíveis no meu local de trabalho, mas muito intuitivos, pelo que a aprendizagem no seu manuseio foi rápida.

Todos os doentes com os quais contactei estavam a realizar Técnica de Substituição da Função Renal Contínua (TSFRC) devido a LRA. Entenda-se que a LRA se caracteriza pela perda abrupta da função renal, com redução da taxa de filtração glomerular e/ou oligúria, provocada pela acumulação de produtos nitrogenados como creatinina sérica e ureia, distúrbios hidroeletrólíticos e acido-base. Esta condição pode ser reversível (Santos & Novais, 2021).

As Técnicas de Substituição da Função Renal concentram em si todas as técnicas extracorporais que substituem a função renal e purificam o sangue por um determinado período de tempo. Assim, esta técnica remove fluídos e resíduos e faz a troca de eletrólitos, proteínas, glicose e outros solutos através de uma membrana permeável. Para que isto seja possível é utilizado um circuito sanguíneo extracorporal (Welbaum, 2021).

Para que seja possível realizar este tratamento, deve ser colocado um Cateter Central de Hemodiálise no doente, para que a bomba da TSFRC faça a extração do sangue para o conduzir até ao dialisador. Cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica deter conhecimentos e técnicas avançadas para oferecer a prestação de cuidados de enfermagem especializados e de qualidade. Monitorizar alterações gasométricas e hemodinâmicas é de extrema importância nesta situação. Como operador da Técnica, este deve deter um conhecimento aprofundado sobre o equipamento e circuitos, garantindo a correta efetivação do tratamento e resolução rápida de problemas que possam surgir. Desta forma colaborei com as enfermeiras orientadoras na monitorização hemodinâmica, prevenindo a hipotensão arterial e desequilíbrios eletrolíticos. Colaborei também na vigilância do balanço hídrico para posterior ajuste da taxa de ultrafiltração ou reposição endovenosa de fluídos e na montagem da máquina de diálise. É importante a vigilância apertada dos circuitos e do correto funcionamento e conexão do cateter de diálise à técnica, dado que a sua desconexão coloca a vida do doente em risco.

A avaliação do estado neurológico do doente crítico afigura-se de extrema importância. A Escala de Coma de Glasgow é utilizada para avaliar o nível de consciência de um doente. Baseia-se em três critérios: abertura ocular, resposta motora e resposta verbal. A pontuação total varia de 3 a 15. Quanto menor a pontuação, pior o prognóstico do doente.

A escala de RASS, utilizada em doentes internados em cuidados intensivos, avalia o nível de sedação ou agitação de um paciente. Varia de +4 a -5 com a pontuação normal no 0 que significa que o doente está acordado e colaborante. A utilização desta escala ao longo dos estágios afigurou-se muito importante devido a permitir o controlo mais eficiente da sedação nos doentes. Também a utilização do Índice de Sedação BIS se afigurou de extrema importância uma vez que permite monitorizar a profundidade de sedação no doente. O cálculo é feito a partir de um eletroencefalograma que avalia a atividade elétrica do cérebro. Deste modo, o valor varia de 0 a 100. Valores entre 40 e 60 são considerados como sedação adequada num doente ventilado, valores de 100 significam que o doente está em plena consciência e valores de 0 refletem ausência de atividade cerebral (Kelley, 2010).

Uma problemática muito observada por mim ao longo do estágio no Serviço de Medicina Intensiva foi o surgimento da Síndrome Delirium hiperativo, hipoativo e misto em vários doentes. Alguns por síndrome de intoxicação ou abstinência, outros por consequência direta da sua condição médica. A American Psychiatric Association, (2013) define Delirium como a condição clínica que se manifesta por disfunção cerebral aguda. É considerada uma perturbação global da consciência promovendo um estado mental flutuante, desatenção e pensamento desorganizado, que sofre flutuações ao longo do dia. Foram utilizadas algumas técnicas em conjunto com as enfermeiras orientadoras e equipa médica para prevenir o surgimento de Delirium, tais como diminuição de exposição dos doentes a sedativos e analgésicos potentes ao mínimo possível, utilização de estratégias de desmame ventilatório rápido, mobilização precoce dos doentes e controlo do ambiente por forma a torná-lo calmo e sem muitos estímulos visuais e auditivos.

O estabelecimento de uma comunicação eficaz com doentes críticos, sedados e muitas vezes entubados nem sempre é fácil e acarreta um enorme desafio diário para as equipas de saúde. Não se pode falar de comunicação, sem antes reconhecer que é um instrumento terapêutico no cuidado ao doente crítico. É importante conceder ao doente estratégias facilitadoras de comunicação e interação com o meio envolvente. Através de uma comunicação eficaz a prestação de cuidados vai aumentar a sua qualidade e contribuir para a recuperação e reabilitação do doente. Desta forma, consegue-se evitar o isolamento, a frustração, a confusão e todas as complicações inerentes à perda da capacidade de falar (Handber & Voss, 2018). Um doente incapaz de falar vai apresentar sintomas depressivos, solidão, insegurança, pânico, agitação, agressividade e delirium

(Pinto, 2022). Gomes (2020), identifica como estratégias facilitadoras da comunicação o uso de quadros de comunicação com letras do alfabeto e imagens, escrita em papel e listas de atividades com perguntas previamente estabelecidas e gestos. Considero que ao longo dos 2 campos de estágio estabeleci uma comunicação eficaz com o doente e a sua família, dotando o discurso de estratégias de comunicação fiáveis, as em cima mencionadas, e adaptando a linguagem à condição clínica, social e educacional de cada doente/família/cuidador. Importa também falar da importância da família no processo terapêutico e da importância de a envolver no processo de hospitalização, atitude que tive ao longo de todo o meu percurso. A família faz parte do processo saúde/doença dos seus membros e constitui uma importante fonte de suporte emocional à pessoa doente hospitalizada. Esta poderá ter um papel ativo na prestação de cuidados e na tomada de decisões. No papel de recetora de cuidados, a família exige informação e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, de forma a garantir as melhores condições para lidar com a situação de doença. Na relação enfermeiro/família geram-se conhecimentos, estratégias e recursos facilitadores na transição saúde-doença (Martins, 2012). Por este motivo, a comunicação com a família do doente deve ser clara, objetiva, sem ambiguidades e deve ser-lhe facultado tempo para assimilar as informações recebidas. Estas devem ser repetidas sempre que necessário, e deve sempre ter-se em consideração todos os sentimentos que possam surgir em cada conversa tida com a família (Urden et al., 2008). Para Mendes, (2020) a família vive um processo constante de incerteza ao longo do internamento de um dos seus membros. Assim, a relação que o enfermeiro estabelece com a mesma deve ser mediada pela vivência da incerteza num imprevisto constante, tendo em conta sentimentos de impotência, incerteza e negação. Posto isto, procurei focar a minha atuação no estabelecimento de uma comunicação eficaz, adaptada ao doente e à sua família. Procurei fazer uma explicação de todo o ambiente envolvente ao doente ao mesmo e à sua família aquando de uma visita, desde monitores de vigilância hemodinâmica, ECMO, técnicas de substituição da função renal, ventiladores, e qualquer outro equipamento ou material que suscitasse dúvidas e medos na família. Tanto no Serviço de Urgência como no Serviço de Medicina Intensiva havia uma grande flexibilidade nos horários de visita e atenção com a família neste momento, o que me permitiu desenvolver habilidades de comunicação de forma livre. Também na transmissão de má notícias deve ser utilizada uma linguagem humana, simples e direta. Aquando do estágio realizado no Serviço de Medicina Intensiva, tive a oportunidade de presenciar reuniões entre o médico e a família (tanto na sala da família como na unidade

do doente) e auxiliá-la no momento da visita e no esclarecimento de dúvidas que surgiam através do estabelecimento de uma relação empática.

O desenvolvimento de competências na gestão eficaz da dor é também tema do meu projeto de investigação, assim baseei a minha atuação tendo em consideração toda a pesquisa bibliográfica realizada para o mesmo, enunciada no capítulo a seguir. Procurei utilizar as escalas de avaliação da dor adequadas a cada situação. Instituí medidas farmacológicas e medidas não farmacológicas, como a diminuição de luzes e ruídos, a imaginação guiada, o reposicionamento, massagens e aplicação de calor ou frio. Após a instituição de intervenções autónomas de enfermagem, pude confirmar a diminuição da dor em todos os doentes, a título de exemplo, um doente internado no Serviço de Medicina Intensiva referia dor no ombro direito com 4 dias de evolução. Após administração de analgesia a dor diminuía, mas nunca passava. Decidiu-se então a aplicação de medidas não farmacológicas para alívio da dor através da aplicação de calor no local para ajudar a relaxar a musculatura, a realização de exercícios de alongamento e massagens terapêuticas bem como a realização de técnicas de relaxamento como respiração profunda e imaginação guiada. No segundo turno que instituímos estas medidas, o doente referiu melhoras e mostrava-se mais calmo com a situação.

Importa salientar a relevância da Teoria das Transições de Meleis na abordagem ao doente crítico, tanto em contexto do SUMC como no SMI. De forma a aprimorar a atuação especializada junto desta tipologia de doentes, recorri a esta teoria como base para compreender e apoiar as múltiplas transições vividas por eles. Estes doentes são frequentemente confrontados com mudanças súbitas no seu estado de saúde, o que pode gerar instabilidade física e emocional. A Teoria das Transições de Meleis destaca-se neste contexto ao auxiliar os enfermeiros na compreensão destas experiências e na adaptação da prestação de cuidados, tornando-a mais humanizada e holística. Esta abordagem promove a continuidade dos cuidados e facilita a adaptação dos doentes à sua nova realidade, contribuindo para uma recuperação mais tranquila e eficaz e evitando a readmissão hospitalar (Meleis, 2010).

No que diz respeito ao estágio realizado no Serviço da UL-PPCIRA não houve contacto direto com o doente crítico, apenas foi facultada ajuda aquando do surgimento de dúvidas relativas a isolamentos.

A realização destes campos de estágio foi uma mais-valia para a minha prática clínica futura, uma vez que tive oportunidade de desempenhar tarefas que não eram habituais ao meu dia-a-dia. Foi através deles que pude compreender todos os requisitos inerentes a um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica e pude colocá-los em prática, tendo sempre em mente a necessidade de prestar cuidados de enfermagem avançados e de excelência.

### **2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação**

Segundo o Regulamento nº 429/2018, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe e gere os cuidados a ela inerentes.

Colabora com o nível estratégico na elaboração de planos de emergência e de catástrofe, e organiza a resposta a estas situações com base no conhecimento dos planos existentes e nos princípios de atuação definidos para contextos de catástrofe (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

De acordo com o mesmo Regulamento, considera-se situação de emergência aquela em que o indivíduo é submetido a uma agressão provocada por um fator que compromete gravemente a sua saúde, de forma súbita e intensa, colocando em risco a integridade de um ou mais órgãos vitais e, conseqüentemente, a sua vida. Já uma situação de exceção é definida como um cenário em que há um desequilíbrio entre as necessidades imediatas e os recursos disponíveis, exigindo uma gestão criteriosa e eficaz dos meios humanos e técnicos existentes.

O Decreto-Lei n.º 27/2006, que estabelece a Lei de Bases da Proteção Civil, define no artigo 3.º, ponto 2, a catástrofe como um acidente grave, ou um conjunto de acidentes graves, suscetíveis de causar elevados prejuízos materiais e vítimas. Trata-se de um acontecimento que compromete gravemente as condições de vida e afeta o tecido socioeconómico, podendo incidir sobre áreas específicas ou estender-se a todo o território nacional (Diário da República, 2006).

O estatuto da Ordem dos Enfermeiros refere no artigo 100.º, alínea d) que o enfermeiro deve “Ser solidário com a comunidade, de modo especial, em caso de crise ou catástrofe,

atuando sempre de acordo com a sua área de competência” (Diário da República, 2015d). Todos os hospitais são suscetíveis à ocorrência de uma situação de catástrofe ou de exceção. Estas situações interrompem o normal funcionamento dos serviços e a sua gestão requer uma abordagem multidisciplinar organizada e coordenada. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica desempenham um papel preponderante na gestão destas situações dadas as suas diferentes aptidões técnicas e vastos conhecimentos científicos. O objetivo final será sempre salvar o maior número possível de vítimas, através da coordenação e do estabelecimento de prioridades de atendimento.

A preparação do serviço de urgência e dos restantes serviços do hospital é crucial para que haja uma resposta eficaz em situação de exceção ou catástrofe. O serviço de urgência é a porta de entrada para todos os doentes, e por esse motivo deverá haver “a definição de normas de esvaziamento do serviço, bem como a reafecção de espaços, tendo em conta critérios de gravidade, número de vítimas e patologias envolvidas” (Malagutti & Martins, 2011, p. 277).

Não tive oportunidade de presenciar nenhuma situação de exceção e catástrofe ao longo dos 3 campos de estágio. No entanto, procurei aprofundar o meu conhecimento sobre esta temática no estágio de Urgência, juntamente com a enfermeira orientadora. Assim, foi-me apresentado o armário de catástrofe onde estão guardados todos os materiais específicos e onde se encontram as orientações para uma provável situação de catástrofe ou de exceção. Desta forma, foi feita a leitura do manual interno de catástrofe da ULSNE, o qual especifica qual deve ser a atuação adequada em situação de catástrofe. Este Manual define os níveis de resposta em caso de catástrofe, define o plano de emergência externa hospitalar, nomeadamente os objetivos e comissão de catástrofe, define as listas de potenciais riscos e esclarece quanto ao grau de prioridades de risco, avaliações dos riscos e catálogo de recursos humanos. Define os sistemas de comunicação, como é processado o alerta e feita a comunicação em situação de catástrofe, a atuação em catástrofe, organização e áreas da urgência e gabinete de crise. Este manual define ainda a constituição e função dos elementos do gabinete de crise, o grupo operacional, a ativação do plano de emergência externa, a definição de áreas em situação de catástrofe, os meios de transporte, define o armário do plano de emergência externa, os planos de contingência da implementação do plano de emergência externa e a desativação do plano de emergência externa. Importa salientar que o referido serviço de Urgência tem capacidade

de receber 50 doentes nesta situação. Após a leitura deste documento, considero ter apreendido informações importantes acerca desta temática.

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

O recurso a múltiplas e diferenciadas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêuticas nos múltiplos e complexos contextos de atuação, obriga a consideração do risco de infeção a eles associado. Por este motivo, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica deve possuir competências na conceção de planos de prevenção e controlo de infeções e resistência a antimicrobianos, a fim de atender às necessidades do doente em situação crítica e/ou falência orgânica. Para tal, é essencial que demonstre conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeções e Resistência a Antimicrobianos, bem como das diretrizes estabelecidas pelas Comissões de Controlo de Infeção. Além disso, deve ser capaz de diagnosticar as necessidades do serviço em relação à prevenção e controlo de infeção, definindo e implementando estratégias proativas, atuando também como consultor para a equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Relativamente ao campo de estágio realizado na UL-PPCIRA, ao longo do percurso compreendi que o mesmo tem como pilar fundamental de atuação a promoção da redução das taxas de infeção associadas aos cuidados de saúde, através da prevenção da transmissão de microrganismos, e da criação de condições para uma redução das resistências aos antimicrobianos, principalmente por meio da promoção do uso correto de fármacos. Tem ainda como objetivo promover e coordenar a nível nacional, a vigilância epidemiológica de infeções associadas aos cuidados de saúde, do consumo e das resistências aos antimicrobianos (Serviço Nacional de Saúde, 2017). O aprofundar desta competência foi melhor conseguido através da leitura do regulamento do serviço da UL-PPCIRA e das diretivas das Comissões de Controlo de Infeção, juntamente com as enfermeiras orientadoras que esclareceram todas as dúvidas existentes.

O Regulamento n.º 429/2018 determina que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, deve proceder à avaliação do risco de infeção, tendo em conta os diferentes contextos de atuação e a complexidade das

situações clínicas. Esta avaliação deve ainda considerar a especificidade dos cuidados requeridos, sobretudo face à utilização de múltiplas intervenções invasivas destinadas à manutenção da vida e à resposta à falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Ao longo do estágio foquei a minha prestação e aprendizagem neste pressuposto. Assim, procurei acompanhar de perto o serviço de Medicina Intensiva, bem como os demais serviços, no cumprimento dos Feixes de Intervenção emanados pela DGS, nomeadamente: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia associada à Intubação, Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Vascular Central e Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical.

Sendo o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) um programa prioritário de saúde, as suas atividades centram-se na vigilância epidemiológica das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), no consumo de antimicrobianos e na redução da resistência a estes agentes. Incluem-se também a promoção do cumprimento das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e das precauções baseadas nas vias de transmissão, o desenvolvimento de programas de apoio à prescrição racional de antimicrobianos, a produção de guias orientadores e normas, bem como a implementação de feixes de intervenção para prevenção de IACS. O programa contempla ainda o fornecimento de feedback com base na análise de dados, promovendo a criação de estratégias de melhoria contínua da qualidade (Direção-Geral da Saúde, 2022a). Neste contexto, orientei o meu campo de estágio no sentido de integrar estes pressupostos na prática.

No que refere à resistência a antimicrobianos, o Sistema de Vigilância Epidemiológica das Resistências a Antimicrobianos tem de dar resposta imediata aos microrganismos “alerta” e à notificação periódica de microrganismos “problema”. Relativamente aos microrganismos “alerta”, é mandatária a sua notificação por parte dos laboratórios de patologia clínica/microbiologia dos sistemas de saúde nacionais à DGS e ao Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Já os microrganismos “problema” devem ser notificados nas próximas 48 horas úteis. Estes devem ser conservados e enviados em cultura para o INSA para que seja avaliado o mecanismo de resistência. Em casos importantes, a DGS tem de contactar com o laboratório de microbiologia e com os Grupos de Coordenação Local do PPCIRA da unidade de saúde de origem, por forma a assegurar a notificação interna para o Diretor Clínico e Enfermeiro-Diretor da deteção dos

microrganismos “alerta” com suspeita de mecanismo de resistência novo, ou de disseminação não controlada por forma a implementar medidas adequadas para o controlo e prevenção de transmissão cruzada entre utentes e profissionais de saúde (Direção Geral da Saúde, 2022a). Ao longo estágio tive oportunidade de conhecer a profilaxia antibiótica cirúrgica implementada na ULSNE e de consultar o manual de antibioterapia da comunidade.

No que concerne ao controlo de infeção, acompanhei as auditorias internas e tive um papel proativo no ensino às equipas de enfermagem. Foram feitas formações nos diferentes serviços da ULSNE sempre que se detetaram necessidades de ensino, de forma a maximizar a prevenção da infeção bem como o controlo da mesma. Durante a minha passagem pela UL-PPCIRA, colaborei na formação ao serviço de Cirurgia Homens: manutenção intra-luminal e extraluminal da midline e PICC; na elaboração da campanha do programa de higiene das mãos da ULSNE; na elaboração de instrução de processo da desinfeção cirúrgica da pele do doente cirúrgico e na elaboração de um processo explicativo para a correta colheita de zaragatoa retal, nasal e de pele. Tive a oportunidade de integrar o projeto STOP infeção hospitalar 2.0. Conheci as equipas de melhoria (equipa de liderança, equipa nuclear e equipa alargada), participei nas reuniões hospitalares e com outros hospitais da região norte, nas quais era feito o ponto de situação de cada hospital e serviços hospitalares envolvidos e onde eram discutidas estratégias de melhoria e as principais barreiras encontradas. Participei ainda nas sessões de aprendizagem virtuais e na implementação de novas metodologias de treino, como o Training Within Industry (TWI), e a certificação pelo sistema Kamishibai, explicado no ponto 2.1.4 do presente relatório. Participei na implementação deste projeto através da colaboração na elaboração de uma instrução de processo e cartão KAMISHIBAI sobre o banho pré cirúrgico e sobre a PAI e participei numa certificação de processo com o método KAMISHIBAI em colaboração com a enfermeira chefe do Serviço de Medicina Intensiva. O diagnóstico das necessidades de cada serviço do hospital em matéria de prevenção e controlo de infeção é feito tendo por base os resultados de análises ao sangue, urina, fezes e através de zaragatoas, sendo a retal utilizada para despiste de KPC e a nasal e da pele para despiste de MRSA. Estas zaragatoas devem ser realizadas na admissão do doente em qualquer serviço do hospital e devem ser repetidas após 7 dias. Para que haja uma resposta atempada a qualquer infeção que surja, o percurso dos MMR é essencial. Para que se compreenda, o laboratório envia um e-mail à UL-PPCIRA, o serviço de

patologia identifica o agente, notifica a UL-PPCIRA, que faz a articulação com os serviços para a implementação de PBVT e instituição de antibioterapia. É ainda feito um diagnóstico sistemático das infraestruturas de cada serviço, nomeadamente no que respeita às condições adequadas à implementação de medidas de isolamento. Assim, sempre que é isolado um agente microbiano, a UL-PPCIRA faz o acompanhamento sistemático do doente até à sua irradicação, fazendo visitas regulares ao serviço e acompanhando os exames complementares de diagnóstico. Tive a oportunidade de colaborar na monitorização, registo e avaliação de medidas de prevenção e controlo implementadas, nomeadamente: consulta de inquéritos de prevalência de ponto de infeções (PPS), consumo de antimicrobianos e resistência a antimicrobianos, colaborei na realização do PPS3 e colaborei no envio dos relatórios de PBCI aos Centros de Saúde e na análise da plataforma de auditorias da higiene das mãos, uso de luvas e PBCI.

Relativamente aos conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica/ falência orgânica, na prevenção e controlo da infeção e na resistência a Antimicrobianos, tive oportunidade de os aprofundar através do conhecimento da estratégia multimodal das PBCIS e da colaboração na realização de auditorias das PBCIS nos serviços do hospital de Mirandela; da visita ao bloco operatório do hospital de Mirandela, onde tive a oportunidade de ver o circuito dos lixos, materiais sujos, matérias orgânicas e materiais limpos e esterilizados; da visita à unidade de reprocessamento de dispositivos médicos do hospital de Mirandela onde pude aprofundar o conhecimento sobre qual a forma adequada de manipular os dispositivos médicos com indicação de uso múltiplo em todas as etapas (lavagem/desinfeção, inspeção conferência, elaboração de kits de instrumental cirúrgico, esterilização e armazenamento). No que diz respeito ao estabelecimento de procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica, tive oportunidade de acompanhar uma auditoria externa de triagem de resíduos no hospital de Mirandela. Este momento permitiu-me aprofundar o meu conhecimento no que diz respeito a uma correta separação dos resíduos hospitalares consoante o nível de risco.

No decorrer dos estágios realizados no Serviço de Urgência e no Serviço de Medicina Intensiva, e depois de adquirir todas as ferramentas necessárias no estágio realizado na UL-PPCIRA, procurei em diversas situações aplicar medidas de prevenção e controlo de infeção, através da consulta das normas e procedimentos mais atualizados

e conversando informalmente com a equipa. Baseei a minha prestação de cuidados nestes princípios através de uma reflexão sistemática sobre as IACS adquiridas ao longo do processo de hospitalização. Em ambos os locais de estágio foi feita uma consulta das normas e protocolos existentes sobre o controlo e prevenção de infeção.

Assim, relativamente à instituição de medidas de isolamento, ao longo da realização dos estágios surgiram doentes com necessidade de medidas de isolamento por IACS, tendo sido cumpridas as normas existentes em cada serviço, e conforme o preconizado pelo serviço do PPCIRA. Contactei igualmente com doentes imunodeprimidos, que exigem medidas de isolamento protetor, ou por estarem a realizar terapêutica imunossupressora, ou por apresentarem uma doença autoimune.

A crescente consciencialização hospitalar da importância deste tema, levou a Ordem dos Enfermeiros a referir nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, que o enfermeiro deve maximizar a sua intervenção na prevenção e controlo de infeção (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Nestes dois campos de estágio, em particular, são realizadas inúmeras técnicas invasivas, colocando o doente em risco de infeção se não forem realizadas de forma asséptica, conforme o preconizado. É de igual modo importante, que a manutenção de dispositivos invasivos seja feita à luz das normas em vigor. Isto, irá, por conseguinte, diminuir o surgimento de infeção e o uso de antimicrobianos, e assim diminuir a resistência a antibióticos. Houve por minha parte, uma preocupação sistemática para o cumprimento dos feixes de intervenção da DGS, o “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia associada à Intubação, Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Vascular Central e Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical.

Em contexto de sala de emergência é mais difícil manter um ambiente controlado, devida à emergência do restabelecimento das funções vitais do doente, no entanto, notei preocupação por parte da equipa multidisciplinar em cumprir as normas em todos os momentos e procurei fazer o mesmo na minha prática.

Relativamente ao Serviço de Medicina Intensiva existe preocupação diária com esta temática. Para além da inserção correta dos dispositivos, é também tida em conta de forma diária a correta manutenção dos mesmos, bem como a duração da sua permanência.

Estando instituída na equipa a responsabilidade de remover os dispositivos logo que não sejam clinicamente necessários.

Assim, no que diz respeito ao “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação, estas foram cumpridas por mim, salvo raras exceções de contraindicação clínica. A título de exemplo, um doente politraumatizado tinha indicação dada pela equipa médica de Ortopedia de que não poderia ter o leito elevado, tendo de estar sempre a 0° devido a uma lesão medular cervical. Atente-se que segundo o feixe, deve privilegiar-se a sedação ligeira, na mínima dose necessária; o doente candidato à extubação deve realizar diariamente provas de ventilação espontânea; deve manter-se a cabeceira do leito elevada a um ângulo de aproximadamente 30°, evitando momentos de posição supina; deve realizar-se higiene oral pelo menos 3 vezes por dia e manter-se a pressão no balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH<sub>2</sub>O, monitorizando-a sempre que clinicamente indicado e no mínimo 3 vezes ao dia (Direção Geral da Saúde, 2022d).

Relativamente ao “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central, procurei igualmente cumprir todas as intervenções da correta manipulação do mesmo, que são elas: avaliar diariamente a possibilidade de remoção do CVC e retirá-lo quando não é mais clinicamente necessário, realizar higiene das mãos antes de manipular o CVC e utilizar técnica no-touch nos seus pontos de acesso, descontaminar os pontos de acesso com antisséptico (clorexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%,) durante 15 segundos e usar técnica asséptica antes de conexão infusão ou aspiração. Usar técnica asséptica na realização do penso e trocá-lo sempre que esteja visivelmente sujo ou descolado ou após 7 dias no caso de ser um penso transparente e 48h no caso de penso opaco (Direção Geral da Saúde, 2022e).

Relativamente ao “Feixes de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico, cumpri de igual forma as orientações da DGS, baseando a minha prática nas seguintes intervenções: prestação de cuidados de higiene com cloro-hexidina a 2% no dia anterior e no dia da cirurgia; administração de profilaxia antibiótica 60 minutos antes da incisão cirúrgica; evitar tricotomia e manter normotermia e glicemia  $\leq 180$  mg/dl durante e nas 24 horas seguintes (Direção Geral da Saúde, 2022f).

Por fim, cumpri sempre as diretrizes do “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical que prediz a necessidade de avaliar a necessidade de inserção do cateter vesical, a necessidade de cumprimento de técnica

asséptica durante o procedimento de colocação, o cumprimento de técnica limpa na sua manipulação, mantendo de forma constante a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem, a realização da higiene diária do meato urinário e a manutenção do cateter vesical seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga (Direção Geral da Saúde, 2022g).

É importante ter estes feixes de intervenção presentes, por forma a melhorar a prática clínica diária, e fazer um juízo clínico diário acerca da impossibilidade de efetuar alguma destas intervenções pelo estado clínico do doente. Os feixes de intervenção agora mencionados, estavam também presentes na prestação de cuidados de enfermagem no serviço de Urgência. Apesar do curto tempo que os doentes permanecem neste serviço, os feixes eram cumpridos até ao momento da transferência do doente.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem um papel preponderante na formação da restante equipa multidisciplinar e na implementação de procedimentos de controlo de infeção através da consciencialização da necessidade de desinfeção diária do espaço físico e uso de equipamento de proteção individual adequado a cada situação. No serviço de Urgência, o estágio decorreu no pico de gripe, pelo que se verificou uma cultura de utilização de máscara em todos os profissionais de saúde bem como foi sempre facultada máscara a todos os doentes. No serviço de Medicina Intensiva aquando da prestação de cuidados diretos ao doente, todos os profissionais de saúde cumpriam a colocação de avental, máscara e luvas e sabiam adequar o fardamento às medidas de isolamento de contacto, via aérea, gotícula e protetor. Adaptei também todas estas práticas à minha rotina diária de trabalho.

Em conclusão, a passagem pelo Serviço de Urgência e pelo Serviço de Medicina Intensiva permitiu-me compreender que a cultura do Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos está cada vez mais presente nos hospitais portugueses, o que denota a crescente consciencialização do seu impacto para a recuperação e manutenção da saúde dos doentes.

## **PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA**

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS

A análise do estado da arte atual, aliada à minha experiência profissional como enfermeira num Serviço de Medicina Intensiva, evidenciou que a gestão da dor continua a carecer de uniformização nos procedimentos implementados. Embora este tema seja objeto de estudo há vários anos, persistem ambiguidades na utilização das escalas de avaliação da dor, na aplicação de intervenções autónomas e interdependentes, bem como na correta realização dos registos de Enfermagem. Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo definir, de forma clara e fundamentada, a conduta mais adequada para a gestão da dor, orientando-se pelos princípios do conhecimento científico atualizado e pela promoção do bem-estar do doente. Deste modo, o tema do presente projeto de investigação é: Gestão da dor no doente crítico: atitudes, perceções e conhecimentos dos enfermeiros. Para Ribeiro (2010), a questão de investigação é o primeiro elemento fundamental do início de qualquer investigação. A investigação surge sempre que há uma situação considerada um problema, que demanda soluções e uma melhor compreensão das suas diferentes dimensões (Ribeiro, 2010). Neste sentido, formulou-se a seguinte questão de investigação: Quais serão as atitudes, perceções e conhecimentos dos enfermeiros na gestão da dor no doente crítico?

Este projeto de investigação foi desenhado tendo por base um estudo analítico de carácter transversal e quantitativo. Deste modo, definiu-se como objetivo geral:

- Avaliar as atitudes, perceções e conhecimentos dos enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva da ULSNE na gestão da dor no doente crítico.

Definiram-se como objetivos específicos:

1. Conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros da amostra;
2. Identificar os conhecimentos e necessidade de formação dos enfermeiros da amostra, acerca da gestão da dor;
3. Identificar as perceções dos enfermeiros da amostra sobre a gestão da dor;
4. Identificar as estratégias autónomas e interdependentes utilizadas pelos enfermeiros na gestão da dor;
5. Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre o sistema de informação BS PaTIENT.CARE;

6. Verificar associações entre as percepções e conhecimentos e as intervenções realizadas pelos enfermeiros na gestão da dor.

Para a pesquisa do estado da arte vão ser consultados livros, artigos científicos, teses de mestrado e declarações da Organização Mundial de Saúde, Direção Geral da Saúde e Ordem dos Enfermeiros, bem como Regulamentos do Diário da República.

## **2. ESTADO DA ARTE**

### **2.1 Dor**

Foi no ano de 2003, que a DGS declarou a “Dor como 5º sinal vital”. Esta decisão emanou da consciencialização de que a dor é um sintoma que acompanha a maioria das pessoas internadas num hospital e do reconhecimento de que a gestão da dor é um direito dos doentes e dever dos profissionais de saúde. Estes últimos devem possuir um conjunto de conhecimentos científicos e técnicos, estando capacitados para administrar terapêuticas e realizar monitorização contínua (Direção Geral de Saúde, 2003).

A dor é entendida como um fenómeno multidimensional, representando uma experiência subjetiva que pode ser influenciada por múltiplos fatores intrínsecos à pessoa, incluindo componentes biológicos, psicológicos e sociais (International Association for the Study of Pain, 2020). Ao longo da vida, cada indivíduo está sujeito a vivenciar diferentes tipos e intensidades de dor, sendo esta mais do que uma simples sensação física. Envolve também emoções, experiências anteriores e contextos sociais, o que exige uma abordagem abrangente e integradora segundo o modelo biopsicossocial (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2018).

Em termos simplificados, a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, semelhante àquela associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos (IASP, 2020). A monitorização e o tratamento da dor devem considerar os múltiplos aspetos do modelo biopsicossocial, incluindo também fatores económicos. O êxito da intervenção depende, em grande medida, do respeito pelas crenças, valores e expectativas do doente e da sua família. Assim, é fundamental adequar a linguagem ao nível educacional de cada pessoa, assegurando uma comunicação eficaz. Paralelamente, é essencial reconhecer e tentar ultrapassar eventuais barreiras emocionais e limitações físicas que possam comprometer a perceção ou expressão da dor (HCor, 2021)."

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), a pessoa que experiencia dor tende a manifestar sinais visíveis, como expressão facial característica e alterações no tónus muscular. O sofrimento associado conduz frequentemente à adoção de comportamentos de autoproteção. Podem ainda surgir manifestações como isolamento social, dificuldade de concentração, agitação, inquietação e perda de apetite. Sendo a dor um sintoma subjetivo e profundamente influenciado pela perceção individual, exige dos profissionais de saúde uma atenção cuidadosa e sensível à singularidade de cada pessoa.

Quando a dor não é diagnosticada ou tratada adequadamente, pode ter repercussões significativas na pessoa, resultando em efeitos adversos tanto a curto quanto a longo prazo (Nazari et al., 2022). Por essa razão, é crucial considerar a dor como uma experiência única e subjetiva, atribuindo-lhe a importância que o próprio doente lhe confere (IASP, 2020). A informação fornecida pelo doente sobre a sua dor é essencial para o sucesso na implementação de estratégias eficazes de controlo e gestão da dor (HCor, 2021).

Relativamente à fisiopatologia da dor, o processo através do qual um estímulo doloroso é percecionado, subdivide-se em quatro fases distintas: transdução, transmissão modulação e perceção. De forma geral, a transdução e a transmissão são responsáveis por processar a mensagem da dor dos nociceptores até à espinal medula. A modulação ocorre na medula espinal e é esta que determina se os estímulos recebidos vão ser ou não percecionados como dor (Monahan et al., 2010).

Podem ser definidos, globalmente, 2 tipos distintos de dor: dor aguda e dor crónica. A dor aguda decorre da estimulação nociceptiva (inflamação) ou de lesões diretas. Grande parte das vezes, este tipo de dor é causado por algum processo patológico agudo ou ferimento. Assim, atua para defender o organismo e dura menos que 3 meses (HCor, 2021). Quando deixa de se verificar lesão ou disfunção orgânica, a dor pode ser motivo de variadas alterações em diferentes sistemas orgânicos (Direção Geral da Saúde, 2017). A dor aguda é um sintoma com limite temporal, já a dor crónica permanece quando a cura da lesão que esteve na sua origem é alcançada, ou quando não existe nenhuma lesão subjacente (Direção Geral da Saúde, 2017). A dor crónica é patológica, provocada por lesão do tecido nervoso. Passa a ser considerada dor crónica quando a mesma dura ou surge de forma recorrente por mais de 3 a 6 meses (HCor, 2021). Assim, a dor deixa de ser encarada como sintoma, e passa a ser encarada como doença, trazendo sequelas a nível psicológico, perda de qualidade de vida e de produtividade e incapacidade (Direção Geral da Saúde, 2017).

## **2.2 Gestão da dor no doente crítico**

À luz do Regulamento nº 429/2018 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, a “pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19362).

A dor no doente crítico é uma questão frequentemente discutida nos Serviços de Medicina Intensiva, sendo a sua gestão um desafio universal. Embora os profissionais de saúde estejam cientes da vulnerabilidade dessa população de doentes, a dor é muitas vezes subestimada e desvalorizada (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2016). A dor pode ter diversas causas, desde a própria condição clínica do doente, até aos tratamentos e procedimentos invasivos e diagnósticos realizados (Chanques & Gélinas, 2022). Nos Serviços de Medicina Intensiva, certos procedimentos realizados de forma recorrente podem causar dor significativa aos doentes, como a sucção da cavidade oral e brônquica, a mudança de posicionamento corporal, o tratamento de feridas, a colocação e remoção de drenos, a inserção e remoção de cateteres arteriais e centrais, bem como acessos intravenosos (Aljumah et al., 2018). Sakata (2010) destaca ainda como dolorosas a introdução e a presença de sondas nasogástricas, além de queimaduras, traumas, úlceras de pressão e o uso de faixas para restrição dos movimentos dos membros. No contexto do doente crítico, a dor pode manifestar-se de diversas formas, incluindo dor contínua associada a procedimentos cirúrgicos, dor intermitente proveniente de intervenções invasivas típicas deste tipo de internamento, dor aguda e dor crónica (Aljumah et al., 2018).

A descrição verbal da dor, apesar de ser o método mais vezes utilizado na prática clínica, é somente um dos vários comportamentos praticáveis para expressar a dor. A incapacidade de comunicar não refuta a hipótese de que o doente possa sentir dor (IASP, 2020). Por este motivo, a incapacidade de comunicar verbalmente devido a doença, administração contínua de relaxantes musculares e sedação, intubação, contenção e estado crítico devido a disfunção orgânica são barreiras na avaliação e gestão da dor que podem aumentar a morbidade e mortalidade, exigindo capacitação acrescida por parte dos profissionais de saúde (Pardede & Mochtar, 2024). Em doentes com a comunicação comprometida, importa ter em consideração as manifestações neurovegetativas. Consideram-se alterações neurovegetativas quando existe alteração de tensão arterial, frequência

cardíaca e frequência respiratória sem outra causa associada a essas alterações (Erden et al., 2018). A dor pode induzir respostas fisiológicas ao stress com vista ao fornecimento de oxigénio aos órgãos nobres, o que pode desempenhar um papel importante em doenças críticas (Erden et al., 2018). São essas respostas a hipertensão arterial, a taquicardia, a polipneia e o aumento de oxigénio consumido (Chanques & Gélinas, 2022). No entanto, é necessário compreender que outras causas podem estar subjacentes à alteração de sinais vitais, motivo pelo qual não se pode efetuar a avaliação da dor baseada apenas nestas alterações (Aljumah et al., 2018; Nordness et al., 2021). Assim, a correta perceção de dor num doente crítico deverá ter em consideração a mímica facial, a alteração de comportamento, os movimentos corporais, a tensão muscular e a adaptação ao ventilador no caso de doentes intubados e verbalização no caso de doentes extubados (Aljumah et al., 2018; Silva, 2013). Desta forma, é primordial que a equipa médica e de enfermagem sejam eficazes na realização do diagnóstico de dor, através da utilização de ferramentas de avaliação válidas para gerir e definir doses analgésicas, minimizando o seu uso excessivo e os efeitos colaterais que possam advir. A gestão eficaz da dor associa-se ao aprimoramento dos resultados no doente crítico no que diz respeito à diminuição do uso de sedação, redução do tempo de ventilação mecânica invasiva e duração do internamento (Chanques & Gélinas, 2022). A gestão ineficaz da dor está associada a várias situações adversas ao longo do internamento do doente crítico. Fazem parte dessas situações adversas a intubação mecânica invasiva prolongada, a pneumonia, a perda de massa muscular, o aumento de infeções nosocomiais, a instabilidade hemodinâmica, o delirium e a diminuição da imunidade. Para além disto, a dor provoca um aumento da necessidade de aporte de oxigénio ao miocárdio, provoca hiperventilação, atelectasias, decréscimo residual da capacidade pulmonar, hipoxia, diminuição da motilidade intestinal, provoca hiperglicemia, aumenta o catabolismo e provoca hipercoagulação e disfunção plaquetária aumentando o risco de ocorrerem eventos tromboembólicos e sangramento gastrointestinal (Rawal et al., 2019).

### **2.3 Escalas de Classificação da dor**

Para a Organização Mundial de Saúde (2012), a avaliação da dor compreende a descoberta da natureza e significado que a pessoa dá à experiência dolorosa que está a sentir. O conjunto de informações a que se recorre para quantificar a dor designa-se por história da dor, e é através dela que se torna possível identificar e quantificar a dor sentida,

formular diagnósticos e planejar cuidados de enfermagem de qualidade (OMS, 2012). A avaliação adequada da dor é um dos aspetos mais importantes para proporcionar conforto e bem-estar ao doente internado num Serviço de Medicina Intensiva (Rawal et al., 2019). A avaliação completa da dor deve ser feita tendo em consideração variadas dimensões: causa da dor e situações que a desencadeiam, sensação da dor, localização da dor, intensidade da dor, duração da dor, experiências de dor anteriores e preferências para o tratamento da dor. É recomendado que a dor seja avaliada a cada 2-3 horas em repouso e durante procedimentos ou situações que exijam a mobilização do doente (Nordness et al., 2021). Recomenda-se, de igual forma, que se utilize a mesma ferramenta de avaliação de dor para que se possam monitorizar mudanças da forma mais real possível (Chanques & Gélinas, 2022). Irão, de seguida, ser abordadas as escalas de classificação da dor utilizadas no Serviço de Medicina Intensiva da ULSNE:

**Escala Visual Analógica:** esta escala avalia a intensidade da dor numa escala de 0 a 10, sendo que o score de 0 significa que o doente não sente dor e 10 significa a pior dor imaginável (Rawal et al., 2019). Consiste numa linha horizontal ou vertical, na qual o doente tem de assinalar a posição onde se encontra a intensidade da dor que sente (DGS, 2003).

**Escala Numérica ou Régua de dor:** consiste numa régua dividida em onze partes, numeradas de 0 a 10, na qual o doente deve fazer a correspondência entre a intensidade da dor que sente e a classificação numérica, sendo que 0 equivale a “Sem Dor” e 10 equivale a “Dor máxima” (DGS, 2003; Rawal et al., 2019).

**Escala qualitativa:** o doente deve qualificar a intensidade da sua dor tendo em conta os adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima” (DGS, 2003).

**Escala de faces:** o doente deve classificar a intensidade da dor que sente através do sentimento representado em cada face da escala, sendo que a face que expressa felicidade significa “Sem Dor” e a face que expressa tristeza extrema significa “Dor Máxima” (DGS, 2003).

**Behavioral Pain Scale (BPS):** A escala comportamental da dor é utilizada para avaliar a dor em doentes inconscientes, sedados, submetidos a ventilação mecânica invasiva, em delirium e em doentes com lesão cerebral (Aljumah et al., 2018; Chanques & Gélinas, 2022). À data, a BPS é uma das escalas da dor validadas em Portugal e foi a selecionada

pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Marques et al., 2022). Esta escala exerce a medição de 3 comportamentos sugestivos de dor: expressão facial, movimentos das extremidades superiores e adaptação ao ventilador. Tem uma pontuação total entre 3 e 12. Uma pontuação de 3 descarta a presença de dor e uma pontuação de 12 confirma a presença de dor forte (Aljumah et al., 2018). Quando se obtém uma pontuação  $\geq 6$  significa que a dor requer tratamento (Rawal et al., 2019).

Já existe a escala BPS-não intubado (BPS-NI). Esta escala é a escala alternativa à BPS original, para doentes com habilidades de comunicação, no entanto, ainda não se encontra traduzida em português até à data. A Society of Critical Care Medicine sugere as escalas de BPS/BPS-NI nas suas orientações práticas, pelo que a sua rápida tradução e validação se afiguram cruciais para a obtenção de instrumentos válidos de avaliação da dor nos doentes críticos em Portugal (Marques et al., 2022).

Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID) ou Critical Care Pain Observation Tool (CPOT): esta escala deve ser utilizada em doentes gravemente doentes, ou ventilados mecanicamente. Faz a avaliação da dor através do recurso a 4 categorias: expressões faciais, movimentos corporais, tensão muscular e adaptação ao ventilador nos casos de o paciente estar intubado ou verbalização no caso de doentes extubados. Cada uma das categorias tem pontuação de 0 a 2, com a pontuação total a variar entre 0 a 8. Uma pontuação de 2 ou inferior a 2 descarta a presença de dor e uma pontuação superior a 2 confirma a presença de dor (Aljumah et al., 2018; Rawal et al., 2019).

## **2.4 Tratamento Farmacológico da dor**

No ano de 1986, a Organização Mundial de Saúde criou um conjunto de orientações intituladas “Escada da OMS”, com o objetivo de controlar a dor. Inicialmente criado para o controlo da dor em doentes oncológicos, este instrumento rapidamente se tornou o esquema standard para o tratamento da dor em doentes no geral (Afonso, 2021). Esta escada analgésica é constituída por 3 níveis. No primeiro nível, nível de dor leve (EV entre 1 e 3), a mesma deve ser tratada com Anti-inflamatórios Não Esteroides (AINEs), Dipirona, Acetaminofen e adjuvantes. No segundo nível, nível de dor moderada (EV entre 4 e 7) associam-se ao tratamento opióides fracos, como a Codeína e o Tramadol. Por fim, no terceiro nível, nível de dor intensa (EV maior que 7), inicia-se a administração de opióides fortes, sendo eles a Morfina, Fentanilo, Metadona e Oxycodona. A utilização de

medicação adjuvante no tratamento eficaz da dor, tem-se revelado de suma importância, uma vez que nenhum método isolado consegue erradicar a dor. As medicações adjuvantes são administradas para potenciar o efeito analgésico dos opióides, tratar sintomas que aumentam a dor em determinado doente e diminuir os efeitos adversos. As mesmas podem ser prescritas em qualquer degrau da escada analgésica (HCor, 2021). Entre os efeitos adversos mais comuns, encontram-se a obstipação, náuseas, sedação, prurido e retenção urinária. Algumas medidas de sucesso que poderão ser utilizadas a par da medicação passam por fazer levantar e mobilização do doente o mais precocemente possível (HCor, 2021).

Normalmente, no caso do doente crítico internado num serviço de Medicina Intensiva, a maior parte dos medicamentos analgésicos administrados para gerir a dor são opióides. Os opióides utilizados incluem remifentanilo, metadona, fentanilo e morfina. A escolha do opióide e da dosagem adequados depende de diferentes fatores como as características do medicamento e o estado clínico do doente (Aljumah et al., 2018). Para decidir se o medicamento deve ser administrado em infusão intermitente ou contínua, importa ter em atenção fatores como a frequência e a gravidade da dor, bem como a farmacocinética do analgésico (Rawal et al., 2019). A via intravenosa deve ser considerada a via de administração preferencial, uma vez que permite uma ação mais rápida dos fármacos e evita os riscos associados à absorção imprevisível da medicação administrada por via oral, especialmente em doentes críticos, cuja função gastrointestinal se encontra frequentemente comprometida. No caso de medicação administrada por via subcutânea ou intramuscular, poderá ocorrer hipoperfusão regional devido a edema subcutâneo (Rawal et al., 2019).

O conhecimento sobre a sedação no doente crítico tem evoluído bastante nos últimos anos, com o surgimento de fármacos e tratamentos baseados nas mais recentes evidências científicas (Aljumah et al., 2018). A administração de fármacos por meio do emprego de escalas e a manutenção de sedação leve, aumentam a melhoria nos resultados obtidos nesta tipologia de doente. Isto porque a sedação excessiva, prolongada no tempo, irá conduzir ao aumento do tempo necessário à recuperação do doente e ao aumento de sequelas associadas a internamentos prolongados. No entanto, no caso da sedação leve, o controlo da dor e da ansiedade devem ser rigorosos. Para que melhor se compreenda, a administração de fármacos analgésicos baseia-se na ação rápida, na previsibilidade entre dose e resposta, na ausência de acúmulo e na extubação precoce diminuindo as

complicações inerentes a intubações prolongadas (Sakata, 2010). Para diminuir o risco de dependência e abuso de opióides podem ser utilizados outros medicamentos analgésicos como os AINEs, anestésicos locais e anticonvulsivantes (Aljumah et al., 2018). Além disso, a gestão passo a passo da dor com enfoque na tentativa de controlo da dor antes da administração dos sedativos são recomendados (Seo et al., 2022).

## **2.5 Intervenções autónomas de enfermagem no tratamento da dor**

Para compreender a importância e dimensão das intervenções autónomas de enfermagem no tratamento da dor, importa salientar a pertinência da Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba. Esta teoria foi desenvolvida nos anos 90 e propõe que o conforto é um processo contínuo, influenciado por intervenções de enfermagem que combinam princípios científicos e humanos focados na pessoa enferma. Segundo Kolcaba, o conforto é um estado dinâmico que abrange dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais do ser humano. Baseia-se no metaparadigma que abrange quatro conceitos principais: enfermagem, doente, ambiente e saúde (Kolcaba 1992; Kolcaba, 2003). O enfermeiro deve promover o conforto na totalidade da essência do ser humano. Assim, o conforto classifica-se em 3 estados distintos: alívio, tranquilidade e transcendência e interliga-se aos conceitos supracitados (enfermagem, doente, ambiente e saúde) (Kolcaba, 2003). Para Kolcaba (2003), o enfermeiro só consegue dar conforto ao doente se conseguir integrar todos estes aspetos no processo de cuidar.

A gestão da dor não depende apenas da administração de analgesia. Existe um conjunto de intervenções autónomas que os enfermeiros devem utilizar no tratamento e alívio da dor (Santos et al., 2025). Estas intervenções são utilizadas em conjunto com a medicação analgésica no controlo da dor de intensidade moderada a alta e sozinhas para o tratamento de dor de baixa intensidade (Tsegaye et al., 2023). Este facto é reforçado por Ritto et al., (2012) que defendem o tratamento da dor através da inclusão de estratégias de tratamento farmacológico e não farmacológico, nas quais o enfermeiro pode atuar de forma autónoma ou em complementaridade com outros profissionais de saúde que compõe a equipa multidisciplinar. Atualmente, as intervenções autónomas de enfermagem na gestão da dor devem ser alvo de interesse no processo de cuidar, particularmente, à profissão de Enfermagem. Isto porque para além de dotarem os enfermeiros da faculdade de realizar intervenções de forma autónoma, afiguram-se medidas eficientes, de eficácia

comprovada, para melhorar os cuidados prestados (Costa, 2020). A utilização destes métodos apresenta vantagens sobre os tratamentos medicamentosos convencionais, uma vez que engloba aspetos cognitivos, emocionais, sociais e culturais da dor. Este facto vai conduzir ao aumento crescente de uma sensação de controle da situação e à melhoria da qualidade de vida, dada a redução efetiva da dor. O efeito final será a utilização de menores dosagens de analgésicos e minimização de custos hospitalares (Tsegaye et al., 2023). Isto permitirá também diminuir a probabilidade de dependência sobre as intervenções medicamentosas (Yaban, 2019).

Os analgésicos opióides são os fármacos de primeira linha utilizados em Serviços de Medicina Intensiva para controlar a dor, no entanto, os mesmos apresentam efeitos adversos como o aumento do risco de delirium, falência respiratória e hipotensão arterial (Kia, et al., 2021; Tsegaye et al., 2023). A implementação de intervenções autónomas de enfermagem pode eliminar a necessidade de utilizar opioides no tratamento da dor, ou reduzir a sua dose (The Joint Commission, 2018; Yaban, 2019). Antes de selecionar qualquer tipo de analgesia, devem ser utilizadas intervenções autónomas de enfermagem que podem manter o conforto do doente, ou, não sendo possível, estas medidas podem potenciar a ação dos analgésicos em uso (Seo et al., 2022). O mesmo autor refere como medidas a manutenção de posturas adequadas, fixação de fraturas, remoção ou diminuição de estímulos físicos, terapia de massagem e relaxamento e aplicação de frio.

Compreende-se, desta forma, a importância de a equipa de enfermagem aplicar estas intervenções que se afiguram seguras e sem efeitos adversos (Kia et al., 2021). Todas as intervenções listadas a seguir são comprovadamente eficazes na melhoria da dor sentida em doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva em Serviços de Medicina Intensiva (Yaban, 2019). Muitas vezes, o doente crítico não consegue comunicar as suas emoções e sensações relativas à dor que sente, no entanto, estas intervenções diminuem os scores de dor autorreferidos (Nordness et al., 2021).

#### Intervenções cognitivo-comportamentais:

**Meditação** – A meditação ajuda a reduzir os níveis de stress e a ansiedade do doente, desviando a sua atenção do foco na dor. O doente é orientado a concentrar-se na sua própria respiração, na visualização de um objeto, imagem ou fotografia (The Joint Commission, 2018; Tsegaye et al., 2023; Yaban, 2019)

Yoga – A prática de yoga compreende movimentos corporais incorporados no foco mental e respiração profunda, promovendo calma e equilíbrio tanto mental quanto físico (Yaban, 2019).

Oração - O ato de orar pode aliviar a dor em doentes que têm fé em alguma religião, proporcionando conforto e paz. Este ato pode ser acompanhado por figuras religiosas oficiais ou por profissionais de saúde (Yaban, 2019).

Imaginação guiada – A imaginação guiada é uma experiência sensorial que utiliza a criatividade para reduzir a dor. O doente é incentivado a imaginar lugares e experiências passadas positivas, além de ser convidado a explorar os seus sonhos e fantasias. Esta prática proporciona felicidade e relaxamento, desviando o foco de atenção na dor (Yaban, 2019).

Musicoterapia – Ouvir música promove o relaxamento muscular e facilita a distração do foco de dor. Através da música há aumento da produção de endorfina, melhorando a tolerância do doente à dor (The Joint Commission, 2018; Tsegaye et al., 2023; Yaban, 2019).

Aromaterapia – Nas sessões de aromaterapia são utilizados óleos essenciais que permitem reduzir a dor. Esses óleos contêm propriedades calmantes e relaxantes e podem ser inalados ou utilizados em massagens em diferentes partes do corpo (Yaban, 2019).

#### Intervenções emocionais:

Toque terapêutico – O toque terapêutico é uma terapia utilizada para promover calma, relaxamento e conforto, com o objetivo de alcançar harmonia entre o corpo e a mente do doente (The Joint Commission, 2018; Tsegaye et al., 2023; Yaban, 2019). Consiste num gesto intencional, no qual as mãos são utilizadas para direcionar o campo energético, transmitindo apoio e segurança por meio do contacto pele a pele, o que favorece o relaxamento e a redução da ansiedade (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Afigura-se primordial que o enfermeiro coloque a sua voz de modo a transmitir calma e conforto ao doente e que forneça informações oportunas sempre que perceber dúvidas no mesmo (Yaban, 2019). Deste modo, o enfermeiro deve adotar uma postura calma e deve recorrer a linguagem de fácil compreensão, garantindo o bem-estar do doente (Monahan et al., 2010).

### Intervenções ambientais:

Luz e Ruído – Diminuir a luminosidade e o ruído do espaço envolvente ao doente cria um ambiente mais calmo e tranquilo, promovendo o relaxamento muscular (The Joint Commission, 2018; Tsegaye et al., 2023).

Televisão – ligar a televisão num canal que transmita conteúdos de interesse para o doente auxilia o processo de distração da dor que o mesmo sente (Monahan et al., 2010).

### Intervenções físicas:

Posicionamento – O posicionamento frequente dos doentes é uma medida de extrema importância no alívio da dor. Permanecer na cama por longos períodos de tempo, na mesma posição, causa dor intensa e desconforto. Executar mudanças de decúbito frequentes reduz a pressão na área em que o doente sente dor e diminui a contração muscular (Tsegaye et al., 2023; Yaban, 2019).

Exercício – A prática de diferentes exercícios aumenta a circulação sanguínea, reduzindo a dor. Para além disso, a execução de exercícios ativos ou passivos previne e diminui a tensão muscular e o surgimento de contraturas (Tsegaye et al., 2023; Yaban, 2019).

Vibração – A execução de massagens que recorrem à vibração reduz a dor através da anestesia da área dolorosa (Yaban, 2019).

Estimulação elétrica do nervo transcutâneo – Esta intervenção consiste na estimulação das fibras nervosas com eléctrodos colocados na pele para o controlo e diminuição da dor (Yaban, 2019).

Aplicação de frio – a aplicação local de frio provoca vasoconstrição, diminuindo assim o edema, reações inflamatórias, espasmos e contrações musculares (Tsegaye et al., 2023; Yaban, 2019). A aplicação de frio pode ser efetivada através da aplicação de bolsas de gelo envoltas em compressas durante 10 a 20 minutos antes da realização de procedimentos (Nordness, 2021).

Aplicação de calor – através da aplicação local de calor, o sangue torna-se mais fluído através da vasodilatação provocada, reduzindo a tensão muscular. Esta intervenção ainda aumenta o metabolismo dos tecidos e elimina resíduos provenientes do metabolismo (Tsegaye et al., 2023; Yaban, 2019).

Massagem – a massagem estimula o sistema nervoso a secretar endorfinas e serotonina, aumentando o limiar de dor do doente. Para além disto, reduz os espasmos e a tensão muscular e bloqueia os impulsos de dor (The Joint Commission, 2018; Tsegaye et al., 2023; Yaban, 2019). A massagem aplicada a doentes críticos depende do seu estado clínico e normalmente envolve as costas, pés e mãos. Recomenda-se que o doente seja massajado por pelo menos 20 minutos, pelo menos duas vezes ao dia (Nordness, 2021). Para otimizar os efeitos, o ambiente deve ser controlado, o que implica reduzir o volume dos alarmes e diminuir a luminosidade. Incluir a família na massagem também pode potencializar os seus benefícios (Nordness, 2021)."

## **2.6 Sistemas de informação em saúde**

Na atualidade, os sistemas de informação informatizados constituem um veículo de informação rápida, auxiliando os profissionais de saúde nas tomadas de decisão e na implementação de planos de cuidados eficientes. Através deles, os profissionais de saúde munem-se de conhecimentos sobre determinado doente, podendo trabalhar com ele de forma holística e humanizada.

Segundo o Sistema Nacional de Saúde (2023), os Sistemas de Informação em Saúde são um veículo que permite a cooperação e partilha de conhecimentos e informação clínica entre a equipa multidisciplinar. Têm um papel de destaque na reforma do sistema de saúde, através da melhoria da acessibilidade, qualidade e continuidade dos cuidados e o aumento da satisfação dos profissionais e do próprio doente. Os sistemas de informação em enfermagem, são parte integrante dos indicadores de qualidade. O foco principal é a uniformização dos registos relativos aos cuidados de saúde prestados (Nascimento et al., 2021). A Ordem dos Enfermeiros destaca a importância dos sistemas de informação para a governação clínica, pelos seus impreteríveis de natureza legal e ética e pelo seu peso para a continuidade e qualidade dos cuidados, para a gestão e para as necessidades formativas e de investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2007). A mesma fonte assume que a estrutura dos Sistemas de Informação deve obedecer a um conjunto de princípios, nomeadamente, deve utilizar linguagem CIPE<sup>®</sup>, os conteúdos integrantes devem poder ser parametrizados por unidade de saúde, a linguagem natural e a classificada devem integrar-se, as intervenções de enfermagem devem estar organizadas, deve manter-se integridade entre diagnósticos, intervenções, dados de vigilância e resultados e deve ter

capacidade de resposta a resumos mínimos de dados de enfermagem. Os sistemas de informação facilitam a visibilidade dos cuidados prestados e diminuem o tempo disposto aos registos de enfermagem, possibilitando, assim, mais tempo à prestação de cuidados diretos ao doente (Nascimento et al., 2020).

O Serviço de Medicina Intensiva da ULSNE utiliza como sistema de informação de enfermagem e médico o programa **BS PaTIENT.CARE**.

A empresa de software BSIMPLE<sup>©</sup> qualifica-se pela sua especialização na formulação de softwares na área clínica de Cuidados Intensivos, por forma a auxiliar as instituições hospitalares na gestão de informação (BSIMPLE<sup>©</sup>, 2024).

Este sistema de informação caracteriza-se pelo uso de apenas uma plataforma, na qual se encontra toda a informação de registo e apoio à decisão clínica. Foca as intervenções na especificidade das unidades de cuidados intensivos e nos métodos e rotinas lá utilizados, facultando informação relativa a dispositivos médicos como monitores, ventiladores e bombas perfusoras. Facilita o acesso a informação sobre dados laboratoriais e registos clínicos efetuados ao longo do internamento do doente e permite o cruzamento de dados com outros sistemas em funcionamento no hospital. O sistema divide-se em módulos para Enfermeiros e para Médicos e subdivide-se em atalhos que caracterizam o internamento: admissão, internamento, infeção, integração de dados e alta (BSIMPLE<sup>©</sup>, 2024).

Por forma a garantir a segurança e proteção dos dados dos doentes, este Sistema de Informação é acedido através de mecanismos de acesso individual através da colocação do número mecanográfico e password definida para cada profissional de saúde. No caso de surgir alguma ameaça externa, o sistema encerra-se automaticamente. Permite a formulação de diagnósticos de enfermagem, atitudes terapêuticas e prescrição de intervenções. É através dele que são efetuados registos diários de todas as intervenções de enfermagem bem como é facilitada a partilha entre profissionais de saúde de informação documentada acerca dos doentes. Por se utilizar linguagem (CIPE<sup>®</sup>), torna-se possível e eficaz a implementação de planos de cuidados facilitadores da continuidade dos cuidados e excelência dos registos. Isto permite uma comunicação fácil e profissional através da partilha de terminologias comuns na organização dos cuidados de enfermagem. A parametrização e as atualizações dos conteúdos realizam-se segundo as necessidades e especificidades do serviço.

### **3. METODOLOGIA**

A metodologia refere-se ao conjunto de procedimentos adotados durante uma investigação, tendo como objetivo descrever e analisar os métodos utilizados, bem como clarificar os seus limites e recursos (Coutinho, 2013). Concentra na sua definição os procedimentos que são utilizados numa investigação, com a finalidade de obter conhecimento científico rigoroso (Vilelas, 2022).

A vontade de realizar esta investigação no serviço onde exerço funções (Serviço de Medicina Intensiva da ULSNE) surge da necessidade de compreender quais as atitudes, conhecimentos e perceções dos enfermeiros acerca da gestão da dor.

#### **3.1 Tipo de Estudo**

O presente estudo foi desenhado tendo por base uma abordagem analítica de carácter transversal e quantitativo. Analítico, porque é analisada a frequência com que os fenómenos surgem, fornecendo informações acerca da população em estudo e estabelecendo relações entre variáveis. Este tipo de estudo procura verificar os acontecimentos e determinar quais as relações de causa e efeito e a prevalência, com o fim de averiguar a ação de um fator de risco sobre o dano (Vilelas, 2022). Transversal porque a colheita de dados ocorre num único momento e permite avaliar a prevalência de uma característica (Kestenbaum, 2019). Quantitativo porque facultar informações numéricas e quantifica um fenómeno (Coutinho, 2013). O objetivo consiste em transpor para números as informações e acontecimentos para poderem ser classificados, produzindo medidas fiáveis (Vilelas, 2022).

#### **3.2 População e Amostra**

Entende-se por população o conjunto de todos os indivíduos sobre os quais se pretende fazer pesquisa, obter informações ou generalizar os resultados. Estes indivíduos encontram-se num espaço conhecido e partilham características comuns (Coutinho, 2011; Vilelas, 2022).

A população do presente projeto será constituída por 46 enfermeiros que partilham a característica comum de trabalhar no Serviço de Medicina Intensiva da ULSNE.

A amostra define-se como o grupo de sujeitos que foram apurados para representar a totalidade da população em estudo (Coutinho, 2011). A amostra deste estudo é constituída por 44 enfermeiros a exercer funções no Serviço de Medicina Intensiva da ULSNE, que aceitaram participar no estudo.

A amostragem deste estudo é não probabilística e a amostra é criterial, isto porque foi escolhido um segmento da população segundo um critério previamente estabelecido, nomeadamente trabalhar num serviço de Medicina Intensiva.

### **3.2 Procedimentos de recolha, análise e tratamento de dados**

A recolha, análise e tratamento de dados são etapas basilares a qualquer investigação, sendo responsáveis pela aquisição, organização e interpretação das informações pertinentes para dar resposta à questão de investigação. Percorrido o caminho de investigação até aqui, através da definição do problema, do estudo do estado de arte atual, da elaboração da questão de investigação e dos objetivos, identificação do tipo de estudo e estabelecimento da população e amostra, importa agora recolher informações concretas para serem analisadas de forma precisa.

Nesta fase do projeto de investigação é feita a definição e delimitação clara das atividades e estratégias a serem desenvolvidas, bem como dos métodos e técnicas de pesquisa, para garantir que os objetivos do estudo sejam alcançados dentro do prazo previamente estabelecido (Ruivo et al., 2010). Deste modo, vai ser delineado o plano a seguir, com vista à concretização da investigação.

#### **3.3.1 Instrumento de Recolha de Dados**

Segundo Vilelas (2022), um instrumento de recolha de dados define-se como o recurso que o investigador opta por utilizar para conhecer a abrangência dos fenómenos em estudo e deles retirar explicações. Para o mesmo autor, o IRD resume todo o trabalho anterior da investigação e aproxima a teoria ao fenómeno que se pretende estudar.

O IRD do presente estudo construiu-se na forma de questionário, com elaboração baseada no estado da arte. Foi realizado um pré-teste onde foram avaliados a clareza das perguntas, o tempo de resposta, as ambiguidades e erros para confirmar a sua aplicabilidade. Além

disso, o questionário foi revisto por dois peritos especialistas na área, garantindo a validade do conteúdo e a adequação das questões ao objetivo do estudo.

O questionário (Anexo I) encontra-se dividido em 2 Grupos.

No Grupo I, foram formuladas questões relativas à caracterização sociodemográfica e académica/profissional, constituída por 6 questões de resposta fechada, 2 questões de resposta aberta e 1 questão de resposta livre.

O Grupo II concentra questões relativas às atitudes, perceções e conhecimentos dos enfermeiros na gestão da dor no doente crítico. Deste modo, a primeira parte deste grupo de questões está voltada ao conhecimento dos enfermeiros relativamente aos instrumentos de avaliação da dor e é constituída por 8 questões de resposta fechada. A segunda parte direciona-se às atitudes dos enfermeiros na avaliação da dor na prática clínica e é constituída por 8 questões de resposta fechada. A terceira parte diz respeito às atitudes dos enfermeiros na reavaliação da dor na prática clínica e é constituída por 10 questões de resposta fechada. A quarta parte está voltada à perceção dos enfermeiros sobre as intervenções autónomas de enfermagem na gestão da dor e é constituída por 6 questões de resposta fechada. A quinta parte diz respeito à perceção dos enfermeiros acerca do registo da avaliação da dor no sistema BS PaTIENT.CARE e é constituída por 4 questões de resposta fechada. A sexta parte diz respeito à perceção dos enfermeiros acerca do grau de importância de afirmações alusivas à gestão da dor no doente crítico e é constituída por 5 questões de resposta fechada.

### **3.3.1.1 Operacionalização das Variáveis**

Um conceito toma definição de variável quando é colocado em ação numa investigação e pode definir-se por poder sofrer variações e poder apresentar diferentes valores. Vilelas (2022) define variável como “qualquer característica ou qualidade da realidade que é suscetível de assumir diferentes valores. Portanto, embora variando, pode para um determinado objeto considerado ter um valor fixo” (p.171). Para este autor, “As variáveis têm de estar de acordo com a definição do problema, dos objetivos das hipóteses e em consonância com o marco teórico” (p.171). A operacionalização das variáveis refere-se ao processo de transformar conceitos abstratos em medidas observáveis e mensuráveis, permitindo a análise dos resultados obtidos (Vilelas, 2022).

Uma variável independente caracteriza-se por ser manipulada, modificada ou selecionada pelo pesquisador e tem influência e efeito sobre a variável dependente (Vilelas, 2022). Em seguimento deste facto, apresentam-se as variáveis independentes deste estudo e a sua subsequente operacionalização:

- Género - foi criada uma questão fechada dicotómica: Masculino e Feminino;
- Idade – foram criadas classes etárias numa questão fechada: [20-29], [30-39], [40-49] [50-59], [60-69];
- Habilitações académicas - foram agrupadas em 5 grupos numa questão fechada: Licenciatura, Pós-graduação, Especialidade, Mestrado e Doutoramento;
- Categoria Profissional - foram agrupadas em 3 grupos numa questão fechada: Enfermeira(o), Enfermeira(o) especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermeira(o) especialista noutra área de enfermagem;
- Tempo de exercício profissional – elaborou-se uma questão aberta na qual a resposta foi dada em anos;
- Tempo de exercício profissional no Serviço de Medicina Intensiva - elaborou-se uma questão aberta na qual a resposta foi dada em anos;

Uma variável dependente traduz o fenómeno em estudo e sofre influência pelas intervenções realizadas nas variáveis independentes. É na variável dependente que se avalia a mudança e a relação com as variáveis independentes ao longo do estudo (Vilelas, 2022). Apresentam-se, em seguida, as variáveis dependentes em estudo e sua operacionalização:

- Formação e Formação específica dos enfermeiros na área da gestão da dor - a operacionalização destas variáveis foi feita através de questões fechadas (sim ou não). Encontram-se no Grupo I, questões 7 e 8. Ainda neste sentido, foi formulada uma questão (questão nº9) aberta para completar a informação das questões 7 e 8.
- Conhecimento relativamente aos instrumentos de avaliação da dor - estas variáveis foram operacionalizadas através de escala de Likert. A sua classificação varia de 1 a 5. (Muito Bom a Muito Mau respetivamente). Encontram-se no Grupo II, ponto 1. Este ponto é constituído por 8 questões.
- Atitudes dos enfermeiros na avaliação da dor na prática clínica - as variáveis foram operacionalizadas através de questões fechadas dicotómicas (sim ou não). Encontram-se no Grupo II, ponto 3. Este ponto é constituído por 8 questões.

- Atitudes dos enfermeiros na reavaliação da dor na prática clínica - operacionalizaram-se as variáveis sob a forma de questões fechadas dicotômicas (sim ou não). Encontram-se no Grupo II, ponto 4. Este ponto é constituído por 10 questões.
- Perceção dos enfermeiros sobre as intervenções autónomas de enfermagem na gestão da dor - procedeu-se a operacionalização destas variáveis através de questões fechadas dicotômicas (sim ou não). Encontram-se no Grupo II, ponto 5. Este ponto é constituído por 6 questões.
- Perceção dos enfermeiros acerca do registo da avaliação da dor no sistema BS PaTIENT.CARE - a operacionalização destas variáveis conseguiu-se através de questões fechadas dicotômicas (sim ou não). Encontram-se no Grupo II, ponto 6. Este ponto é constituído por 4 questões.
- Perceção dos enfermeiros acerca do grau de importância de afirmações alusivas à gestão da dor no doente crítico - as variáveis foram operacionalizadas por via da escala de Likert. A sua classificação vai de 1 a 5. (Muito Importante a Nada importante respetivamente). Encontram-se no Grupo II, ponto 7. Este ponto é constituído por 5 afirmações.

### **3.3.2 Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas**

A ética na investigação orienta-se por princípios que ajudam a avaliar as ações realizadas. Assim, o investigador assume a responsabilidade de garantir a proteção dos direitos dos participantes. Sendo a investigação em saúde centrada em seres humanos, é essencial considerar os aspetos éticos desde o planeamento do estudo até à recolha e interpretação dos dados. Dado que a investigação pode pôr em causa os direitos e liberdade da pessoa, o investigador deve respeitar o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade e o direito à proteção contra o prejuízo (Vilelas, 2022). Ao longo do estudo, foram respeitadas todas as regras de funcionamento em investigação. A investigação foi desenhada e orientada tendo por base os padrões éticos e de competência científica, reduzindo a possibilidade de falsear os resultados.

Foi solicitada a aprovação do projeto à comissão científica do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em Situação Crítica da

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e à comissão de ética da ULSNE (Anexo II), ambas as solicitações obtiveram parecer favorável.

A recolha de dados decorreu entre o mês de novembro e de dezembro de 2023. Os direitos dos participantes foram respeitados desde o início, seguindo as regras que regulam a investigação com pessoas. No que refere ao consentimento informado, todos os participantes receberam informações relativas aos objetivos gerais do estudo e suas características, foram informados sobre a importância de participarem no estudo e sobre o direito de recusarem fazer parte da investigação. Foram, igualmente, dadas a conhecer garantias de confidencialidade (Vilelas, 2022).

O questionário foi disponibilizado pelo investigador ao Serviço em questão, impresso em papel e foi solicitada a colaboração da enfermeira gestora para assegurar a colheita de dados em tempo oportuno.

### 3.3.3 Modelos de análise e tratamento dos dados

Neste capítulo serão apresentados os dados e os resultados alusivos ao tratamento estatístico efetuado. Desta forma, foi efetuada uma análise descritiva das variáveis, com recurso a quadros de distribuição de frequências (no que refere às variáveis nominais) e ao exame de algumas medidas como a média, desvio padrão, mínimo, máximo e mediana (no que refere a variáveis de natureza quantitativa).

Para verificar a relação entre as perceções e a atuação dos enfermeiros no que respeita à dor, executaram-se múltiplos testes de independência do Qui-Quadrado<sup>1</sup> dada a natureza nominal da variável a explicar. Sendo que se verifica sempre a comparação de tabelas de contingência de dupla entrada (2x2), analisou-se a significância do teste Exato de Fisher.

Para melhorar a performance da inferência estatística e possibilitar a obtenção de grupos com maior dimensão, as variáveis referentes às perceções foram submetidas à seguinte recodificação:

- De 1-Nada Importante a 4-Importante foi considerada a categoria ‘Importância secundária’;

- Para 5-Muito Importante foi considerada a categoria ‘Considerada Primordial’.

Valores de  $p$  inferiores a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

Todas as análises estatísticas foram realizadas com IBM SPSS Statistics 26.0 (Chicago, IL).

---

<sup>1</sup> Este teste serve para testar se duas ou mais populações (ou grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica, isto é, se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável nominal categorizada é ou não idêntica.

As hipóteses do teste de Independência do Qui-Quadrado são:

H0: As duas variáveis são independentes;

H1: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis.

## **4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS**

Neste capítulo serão apresentados os dados e resultados obtidos através da pesquisa efetuada, recorrendo ao tratamento estatístico. O objetivo deste capítulo é dar “a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema” (Ruivo et al., 2010, p.31).

Os dados analisados permitem dar resposta à questão de investigação por forma a atingir os objetivos do estudo. Permitem também a promoção e impulsionamento à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados em enfermagem.

Por forma a fazer uma melhor interpretação e análise de dados, estes serão apresentados sob a forma de tabelas e gráficos, de forma clara e objetiva. Depois da obtenção de dados empíricos por meio da recolha de informações concretas e observáveis, a análise dos resultados será realizada através de testes estatísticos que serão selecionados de acordo com o tipo de variáveis. O tratamento estatístico foi realizado com recurso ao programa IBM SPSS Statistics 26.0 (Chicago, IL).

Para uma melhor compreensão, os resultados vão ser organizados conforme os objetivos estabelecidos no início do presente estudo.

### **4.1 Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra**

Primeiramente, foram analisados os principais traços caracterizadores da amostra de 44 enfermeiros inquiridos.

Após analisar a Tabela 1, verifica-se que estamos perante uma amostra constituída maioritariamente por enfermeiros do género feminino (86,4%). Verifica-se que 81,8% dos inquiridos tem idades entre 30 a 49 anos. Em termos de escolarização, 36,4% dos enfermeiros tem licenciatura, 4,5% pós-graduação, 34,1% especialidade e 25,0% mestrado.

No que diz respeito à caracterização profissional, verifica-se a existência de profissionais com uma média de tempo de exercício profissional de 16,88 anos (desvio padrão de 8,34) e uma média de tempo de exercício profissional no Serviço de Medicina Intensiva de 7,37 anos (desvio padrão de 5,94 anos). No que toca a categorização profissional, 47,7% são enfermeiros, 34,1% são enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e

18,2% enfermeiros especialistas noutra área de enfermagem. Foram pouco os inquiridos que responderam afirmativamente a terem frequentado formação na área gestão da dor (9,1%) e formação específica na área da dor (4,5%).

**Tabela 1- Caracterização socioprofissional da amostra**

	n	%
<b>Género</b>		
Masculino	6	13,6
Feminino	38	86,4
<b>Idade</b>		
[20-29]	3	6,8
[30-39]	18	40,9
[40-49]	18	40,9
[50-59]	3	6,8
[60-69]	2	4,5
<b>Habilitações Académicas</b>		
Licenciatura	16	36,4
Pós-graduação	2	4,5
Especialidade	15	34,1
Mestrado	11	25,0
<b>Categoria profissional</b>		
Enfermeira (o)	21	47,7
Enfermeira(o) especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica	15	34,1
Enfermeira(o) especialista noutra área de enfermagem	8	18,2
<b>Fez recentemente formação na área da gestão da dor?</b>		
Sim	4	9,1
Não	40	90,9
<b>Fez formação específica na área da dor?</b>		
Sim	2	4,5
Não	42	95,5
<b>Tempo de exercício profissional – Média 16,88 anos (DP 8,34); Min: 4; Max: 42</b>		
<b>Tempo de exercício profissional no Serviço de Medicina Intensiva - Média 7,37 anos (DP 5,94); Min: 1; Max: 24</b>		

#### 4.2 Conhecimentos e necessidade de formação da amostra na Gestão da Dor

Através da análise das Tabelas 2, 3 e 4 e do Gráfico 1, sobre os conhecimentos e necessidade de formação dos enfermeiros da amostra em estudo acerca da gestão da dor, verificam-se alguns desafios e lacunas, passíveis de serem melhorados na prática clínica.

A Tabela 2 analisa como os enfermeiros da amostra classificam o seu conhecimento relativamente aos instrumentos de avaliação da dor.

Através da análise desta tabela (2) constata-se que, de uma forma geral, existe uma classificação intermédia aos instrumentos de avaliação de dor, com exceção da ESCID que apresenta uma classificação abaixo da média.

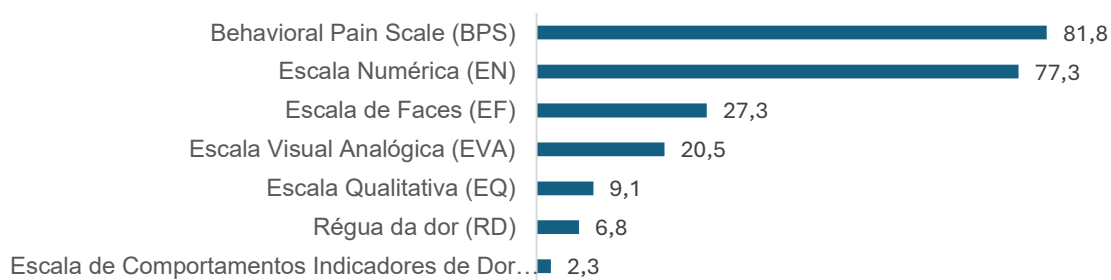
**Tabela 2** -Como classifica o conhecimento relativamente aos seguintes instrumentos de avaliação de dor?

	Muito mau		Mau		Razoável		Bom		Muito bom		Tratamento Likert	
	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	Média	Desvio Padrão
Escala Numérica (EN)	0	0,0	1	2,3	18	40,9	18	40,9	7	15,9	3,7	0,8
Escala Visual Analógica (EVA)	1	2,3	2	4,5	19	43,2	17	38,6	5	11,4	3,5	0,8
Escala Qualitativa (EQ)	0	0,0	3	6,8	22	50,0	16	36,4	3	6,8	3,4	0,7
Escala de Faces (EF)	0	0,0	2	4,5	18	40,9	17	38,6	7	15,9	3,7	0,8
Régua da dor (RD)	0	0,0	2	4,5	17	38,6	20	45,5	5	11,4	3,6	0,8
Behavioral Pain Scale (BPS)	2	4,5	0	0,0	19	43,2	17	38,6	6	13,6	3,6	0,9
Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID)	3	6,8	6	13,6	26	59,1	7	15,9	2	4,5	3,0	0,9

No Gráfico 1 são analisadas as escalas utilizadas pelos enfermeiros da amostra para a avaliação da dor.

Através da sua análise, compreende-se que a BPS (81,8%) e a EN (77,3%) se destacam por serem as escalas mais utilizadas para avaliar a dor.

**Gráfico 1** - 'Que escalas utiliza para avaliação da dor?' (%)



A Tabela 3 analisa as práticas dos enfermeiros da amostra na avaliação da dor.

Quando questionados sobre as práticas na avaliação da dor, ressalta a baixa percentagem de adesão quando o doente refere dor (9,1%) e uma forte adesão quando são realizados

procedimentos invasivos (79,5%), quando o doente está sedado e/ou analgesiado (77,3%) e no posicionamento do doente (70,5%).

**Tabela 3 - Práticas na avaliação da dor ('Na sua prática clínica avalia a dor...')**

	N	%
Apenas quando solicitado ou prescrito pelo médico	6	13,6
Uma vez por turno	23	52,3
De 2 em 2 horas	9	20,5
Sempre que o doente refere dor	4	9,1
Sempre que são realizados procedimentos invasivos	35	79,5
Sempre que o doente é posicionado	31	70,5
Sempre que o doente está sedado e/ou analgesiado	34	77,3
Sempre que o doente sofre qualquer alteração hemodinâmica	29	65,9

A tabela 4 faz análise das práticas dos enfermeiros da amostra na reavaliação da dor.

Quando questionados sobre as práticas na reavaliação da dor, ressalta a baixa percentagem de adesão quando se sugere a sua realização de 2 em 2 horas (15,9%) e uma forte adesão quando se sugere a sua reavaliação 1 hora após fazer analgesia (81,8%), quando o doente refere dor (88,6%), depois de serem realizados procedimentos invasivos (79,5%) e sempre que o doente é reposicionado (75%).

**Tabela 4 - Práticas na reavaliação da dor ('Na sua prática clínica reavalia a dor...')**

	N	%
Apenas quando solicitado ou prescrito pelo médico	1	2,3
Uma vez por turno	24	,5
De 2 em 2 horas	7	15,9
1 hora após fazer analgesia	36	81,8
2 horas após fazer analgesia	14	31,8
Sempre que o doente refere dor	39	88,6
Depois de serem realizados procedimentos invasivos	35	79,5
Sempre que o doente é reposicionado	33	75,0
Apenas quando o doente está sedado e/ou analgesiado	5	11,4
Sempre que o doente sofre qualquer alteração hemodinâmica	29	65,9

### 4.3 Estratégias Autônomas e Interdependentes utilizadas pela amostra na Gestão da Dor

A Tabela 5 faz análise das estratégias autônomas e interdependentes utilizadas pela amostra para a Gestão da Dor.

Através da sua análise verifica-se que foram registadas, na sua maioria, respostas totalmente afirmativas nas intervenções autônomas na gestão da dor. Apenas na realização de intervenções na gestão da dor sempre que se verifica que o doente possa estar a sentir dor é que se verificou uma percentagem de resposta afirmativas ligeiramente menor (88,6%).

*Tabela 5 - Intervenções autônomas na gestão da dor*

	N	%
Considera as intervenções físicas (aplicação de calor/frio, massagem, mobilização, posicionamentos e exercício) importantes?	43	97,7
Considera as intervenções cognitivo-comportamentais (relaxamento, musicoterapia, imaginação guiada) importantes	44	100,0
Considera as intervenções de suporte emocional (toque terapêutico, escuta, conforto) importantes	44	100,0
Realiza intervenções autônomas na gestão da dor sempre que verifica que o doente pode estar a sentir dor	39	88,6
Na sua prática diária, utiliza estratégias para prevenir a dor	44	100,0
Considera importante envolver o cuidador/família na gestão da dor?	41	93,2

### 4.4 Opinião da amostra sobre o Sistema de Informação BS PaTIENT.CARE<sup>©</sup>

A Tabela 6 analisa a opinião da amostra sobre o Sistema de Informação BS PaTIENT.CARE<sup>©</sup> aquando da realização de registos de enfermagem.

Desta tabela, ressalta a baixa pertinência de que a avaliação da dor surgisse no sistema como uma intervenção obrigatória a avaliar de 2 em 2 horas (34,1%). Já nas outras questões referentes ao registo da dor no sistema BSimple há boas percentagens de consideração pertinente/relevante/adequada, mais concretamente no que respeita ao registo obrigatório da localização, tipo de dor, irradiação e causa da dor sempre que a mesma é avaliada bem como a associação do score de dor às intervenções autônomas pertinentes a realizar.

**Tabela 6** - Registos de avaliação da dor no sistema BSimple PaTIENT.CATE<sup>®</sup> ('Quando regista a dor no sistema BSimple...')

	n	%
Considera o campo próprio de registos adequado?	33	75,0
Considera que seria relevante associar o score de dor às intervenções autónomas pertinentes a realizar?	39	88,6
Considera que seria pertinente que a avaliação da dor surgisse no sistema como uma intervenção obrigatória a avaliar de 2 em 2 horas?	15	34,1
Considera que seria pertinente o registo obrigatório da localização, tipo de dor, irradiação e causa da dor sempre que a mesma é avaliada?	36	81,8

#### 4.5 Perceções da amostra sobre a Gestão da Dor

A Tabela 7 analisa as perceções da amostra sobre a Gestão da dor, segundo grau de importância de afirmações dadas.

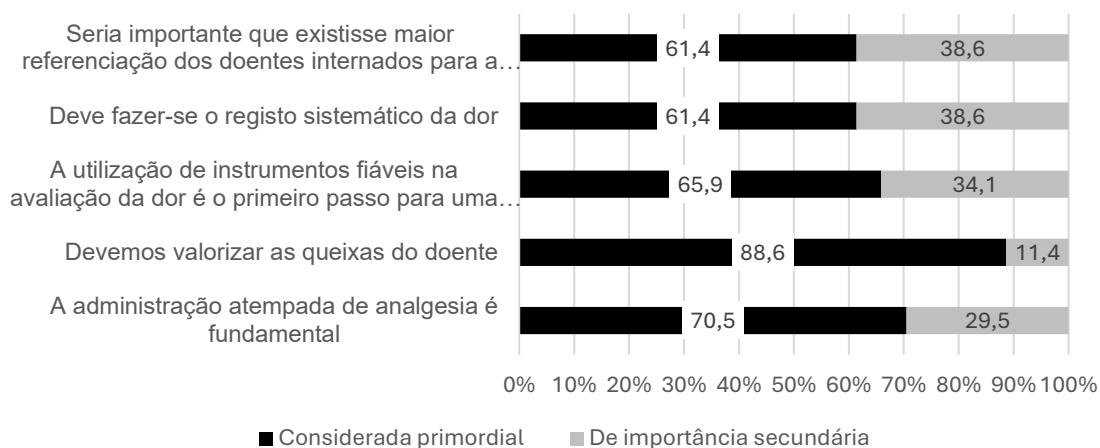
O Gráfico 2 analisa a importância primordial atribuída nas perceções dos enfermeiros da amostra sobre a gestão da dor.

Analisando as perceções dos inquiridos a partir da Tabela 7 e do Gráfico 2, verificamos que os inquiridos consideram crítico valorizar as queixas do doente e que a administração atempada de analgesia é fundamental. Já no que diz respeito à referência dos doentes internados para a unidade de medicina da dor da ULSNE, ao registo sistemática do dor e à utilização de instrumentos fiáveis na avaliação da dor como primeiro passo para uma gestão eficaz são pressupostos dados como importantes, mas num nível ligeiramente inferior.

**Tabela 7** – 'Segundo a sua perceção qual o grau de importância das seguintes afirmações'

	Nada Importante		Pouco Importante		Importante		Pouco Importante		Muito Importante		Tratamento Likert	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Média	Desvio Padrão
A administração atempada de analgesia é fundamental	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	29,5	31	70,5	4,7	0,5
Devemos valorizar as queixas do doente	0	0,0	0	0,0	1	2,3	4	9,1	39	88,6	4,9	0,4
A utilização de instrumentos fiáveis na avaliação da dor é o primeiro passo para uma gestão eficaz	0	0,0	1	2,3	3	6,8	11	25	29	65,9	4,6	0,7
Deve fazer-se o registo sistemático da dor	0	0,0	0	0,0	5	11,4	12	27,3	27	61,4	4,5	0,7

**Gráfico 2 - Importância primordial atribuída nas percepções (%)**



**Nota:** de acordo com o que foi referido anteriormente na metodologia estatística foi feita a seguinte recodificação (de 1-Nada Importante a 4-Importante foi considerada a categoria 'Importância secundária' e 5-Muito Importante foi considerada a categoria 'Considerada Primordial').

#### **4.6 Associação entre as percepções e conhecimentos e as intervenções realizadas pela amostra na Gestão da Dor**

A tabela 8 analisa a relação entre as percepções e as intervenções realizadas pelos enfermeiros da amostra na Gestão da Dor.

Os cruzamentos efetuados na Tabela 8, não resultaram na deteção de muitas relações estatisticamente significativas, tendo sido apenas possível identificar algumas constatações com significância estatística:

- A valorização das queixas dos doentes está relacionada com a consideração do campo próprio de registos adequado no sistema BSimple e também com uma percentagem significativamente inferior de reavaliação da dor apenas quando o doente está sedado ou analgesiado.
- Há também uma relação com significância estatística que se prende com a extrema importância no registo sistemático da dor e a avaliação e reavaliação da dor uma vez por turno.

**Tabela 8 - Relações entre percepções e práticas para com a dor**

	A administração atempada de analgesia é fundamental			Devemos valorizar as queixas do doente			A utilização de instrumentos fiáveis na avaliação da dor é o primeiro passo para uma gestão eficaz			Deve fazer-se o registo sistemático da dor			Seria importante que existisse maior referência dos doentes internados para a Unidade de Medicina da Dor da ULSNE		
	n	%	P	n	%	p	n	%	p	N	%	p	N	%	p
Escala Numérica (EN)	26	83,9	0,174	31	79,5	0,979	24	82,8	0,103	22	81,5	0,257	21	77,8	0,714
Escala Qualitativa (EQ)	2	6,5	0,107	4	10,3	0,328	1	3,4	0,227	1	3,7	0,401	3	11,1	0,920
Escala de Faces (EF)	10	32,3	0,347	10	25,6	0,453	7	24,1	0,070	8	29,6	0,117	7	25,9	0,557
Régua da dor (RD)	3	9,7	0,252	3	7,7	0,497	3	10,3	0,516	3	11,1	0,658	3	11,1	0,800
Behavioral Pain Scale (BPS)	25	80,6	0,245	33	84,6	0,521	25	86,2	0,197	23	85,2	0,155	23	85,2	0,155
Escala de Comportamentos Indicados de Dor (ESCID)	1	3,2	0,755	1	2,6	0,179	1	3,4	0,294	1	3,7	0,466	1	3,7	0,466
Apenas quando solicitado ou prescrito pelo médico	3	9,7	0,512	5	12,8	0,717	3	10,3	0,467	3	11,1	0,422	3	11,1	0,422
Uma vez por turno	14	45,2	0,142	21	53,8	0,560	14	48,3	0,460	22	37,0	<0,05	13	48,1	0,490
De 2 em 2 horas	7	22,6	0,589	9	23,1	0,228	8	27,6	0,103	8	29,6	0,057	9	33,3	<0,05
Sempre que o doente refere dor	29	93,5	0,347	35	89,7	0,453	26	89,7	0,687	26	96,3	0,117	25	92,6	0,624
Sempre que são realizados procedimentos invasivos	25	80,6	0,780	31	79,5	0,979	23	79,3	0,957	22	81,5	0,688	22	81,5	0,688
Sempre que o doente é posicionado	23	74,2	0,401	28	71,8	0,586	20	69,0	0,763	20	74,1	0,507	19	70,4	0,988
Sempre que o doente está sedado e/ou analgesiado	26	83,9	0,107	31	79,5	0,328	24	82,8	0,227	23	85,2	0,114	22	81,5	0,401
Sempre que o doente sofre qualquer alteração hemodinâmica	22	71,0	0,274	26	66,7	0,767	18	62,1	0,455	18	66,7	0,894	18	66,7	0,894
Uma vez por turno	16	51,6	0,546	20	51,3	0,225	13	44,8	0,072	11	40,7	<0,05	13	48,1	0,283
De 2 em 2 horas	7	22,6	0,062	6	15,4	0,791	5	17,2	0,737	6	22,2	0,149	6	22,2	0,149
1 hora após fazer analgesia	27	87,1	0,161	32	82,1	0,911	25	86,2	0,294	23	85,2	0,466	23	85,2	0,466
2 horas após fazer analgesia	11	35,5	0,420	11	28,2	0,151	9	31,0	0,877	10	37,0	0,349	10	37,0	0,349
Sempre que o doente refere dor	28	90,3	0,586	34	87,2	0,395	24	82,8	0,088	24	88,9	0,947	23	85,2	0,363
Depois de serem realizados	24	77,4	0,589	30	76,9	0,228	22	75,9	0,400	21	77,8	0,714	21	77,8	0,714

s procedi- mentos invasivo s															
Sempre que o doente é repositio- nado	23	74,2	0,849	29	74,4	0,784	22	75,9	0,854	19	70,4	0,371	19	70,4	0,371
Apenas quando o doente está sedado e/ou analgesia- do	3	9,7	0,586	3	7,7	<0,05	2	6,9	0,194	3	11,1	0,947	3	11,1	0,947
Sempre que o doente sofre qualquer alteração hemodin- âmica	23	74,2	0,073	26	66,7	0,767	19	65,5	0,939	19	70,4	0,431	18	66,7	0,847
Consider- a o campo de registos adequad- o	23	2	0,849	31	79,5	<0,05	22	75,9	0,845	19	70,4	0,371	19	70,4	0,371
Realiza interven- ções autónom- as na gestão da dor sempre que verifica que o doente pode estar a sentir dor?	27	87,1	0,619	35	89,7	0,518	26	89,7	0,767	24	88,9	0,947	25	92,6	0,297
Consider- a importan- te envolver o cuidador /família na gestão da dor?	29	93,5	0,090	36	92,3	0,088	26	89,7	0,154	25	92,6	0,068	25	92,6	<0,05
Consider- a o campo próprio de registos adequad- o?	23	74,2	0,161	31	79,5	0,911	22	75,9	0,549	19	70,4	0,125	19	70,4	0,125

## 5. DISCUSSÃO

É de elevada importância a crescente especialização da Enfermagem na gestão eficaz da dor no doente crítico. Esta gestão eficaz só poderá ocorrer se a equipa de Enfermagem tiver um vasto leque de conhecimentos acerca da sua correta avaliação e gestão através de medidas autónomas e interdependentes. Por este motivo o presente estudo teve como objetivo avaliar as atitudes, perceções e conhecimentos dos enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva da ULSNE na gestão da dor no doente crítico.

O estudo realizado por Chanques & Gélinas (2022), reflete sobre esta temática, na medida em que afirma que grande parte dos doentes desta tipologia refere dor durante a sua permanência num Serviço de Medicina Intensiva. Para os mesmos autores, a dor pode ter múltiplas causas adjacentes, sejam elas pela doença crítica ou pelos tratamentos e procedimentos invasivos, podendo desencadear respostas importantes ao stress para um doente crítico, como taquicardia, polipneia e aumento do oxigénio consumido.

No que se refere ao conhecimento das características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros da amostra, no período em que se aplicou o presente estudo, verificou-se que dos 44 enfermeiros inquiridos, 86,4% são do sexo feminino, o que se afigurou expectável e em conformidade com a prevalência nacional de um maior número de enfermeiros do sexo feminino (Ordem dos Enfermeiros, 2023). 81,4% dos inquiridos têm idades compreendidas entre 30 e 49 anos. Relativamente ao nível académico, 36,4% dos enfermeiros inquiridos têm apenas a licenciatura, 4,5% já fizeram alguma pós-graduação, 34,1% especialidade e 25% mestrado. Categorizando profissionalmente a amostra, 47,7% são enfermeiros, 34,1% são enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e 18,2% são enfermeiros especialistas noutra área de enfermagem. A média de tempo de exercício profissional é de 16,88 anos e a média de tempo de exercício profissional no Serviço de Medicina Intensiva é de 7,37 anos.

Outro objetivo específico do presente estudo foi identificar os conhecimentos e necessidade de formação dos enfermeiros da amostra, acerca da gestão da dor. Numa primeira instância, ressaltou o facto de que apenas 9,1% dos inquiridos responderam afirmativamente a terem frequentado formação na área da gestão da dor e apenas 4,5% fizeram formação específica na área da dor. Este facto pode justificar algumas inconformidades encontradas no processo de gestão da dor no doente crítico. Vai também ao encontro do panorama geral de estudos realizados recentemente sobre a temática, os

quais refletem sobre a necessidade de formação constante para um conhecimento mais aprofundado sobre a melhor forma de avaliar e gerir a dor em doentes que consigam verbalizar a dor, doentes que não consigam verbalizar a dor e doentes que não consigam verbalizar a dor por sedação profunda ou utilização de relaxantes musculares (Aljumah et al., 2018; Chanques & Gélinas, 2022; Nordness, 2021). O estudo realizado por Tsegaye et al., (2023) revela como principais barreiras para a falta de atitudes adequadas na gestão da dor no doente crítico a falta de formação, sobrecarga de trabalho e ausência de protocolos estruturados.

As escalas mais utilizadas pelos inquiridos deste estudo para a avaliação da dor são as escalas de BPS (81,8%) e EN (77,3%), o que vai ao encontro ao preconizado recentemente para uma avaliação eficiente da dor. Em doentes que conseguem verbalizar uma das escalas que pode ser utilizada é a EN e em doentes que não conseguem verbalizar deve ser utilizada a BPS ou a ESCID (Aljumah et al., 2018; Chanques & Gélinas, 2022; Nordness, 2021; Rawal et al., 2019; Seo et al., 2022). As escalas de autorrelato mais comumente utilizadas para a avaliação da dor são as escalas de avaliação numérica de 0 a 10. Em doentes que não são capazes de verbalizar, mas são capazes de interagir, devem utilizar-se escalas de avaliação de dor visuais, nas quais o doente relata a sua dor de 0 a 10 (Nordness, 2021). Deste modo, sempre que os doentes estão capazes de comunicar eficazmente, a dor deve ser avaliada com escalas de autorrelato, por outro lado, as escalas comportamentais devem ser usadas em doentes com incapacidade de comunicar de forma assertiva, submetidos a sedação ou a ventilação mecânica invasiva (Nordness, 2021; Seo et al., 2022).

No que diz respeito às práticas realizadas pelos inquiridos na avaliação da dor, apenas 9,1% dos inquiridos do presente estudo faz avaliação quando o doente refere dor. Em contrapartida, 79,5% faz avaliação da dor quando são realizados procedimentos invasivos, 77,3% quando o doente está sedado e analgesiado e 70,5% aquando do posicionamento do doente indo ao encontro do preconizado pela mais recente evidência científica. Existem diferentes situações suscetíveis de causar dor ao doente crítico e, portanto, carecem de avaliação e execução de planos de gestão da dor eficientes. Requer especial atenção a dor contínua associada a procedimentos cirúrgicos, a dor de doença contínua que é aguda, a dor intermitente associada a procedimentos típicos de serviços de Medicina Intensiva (sucção da árvore brônquica e cavidade oral, mudança de decúbito, tratamento de feridas, inserção e remoção de cateteres e drenos) (Aljumah et al., 2018;

Chanques & Gélinas, 2022). Destaca-se apenas uma má prática no que diz respeito à baixa adesão à avaliação da dor quando o doente refere dor, uma vez que o mesmo é o maior conhecedor da intensidade da dor que sente, e o seu relato deve sempre ser valorizado. Para muitos autores, o autorrelato é o “gold-standard” para a avaliação eficiente da dor (Nordness, 2021; Chanques & Gélinas, 2022; Seo et al., 2022).

Relativamente às práticas realizadas pelos inquiridos do presente estudo na reavaliação da dor, apenas 15,9% dos inquiridos o faz de 2 em 2 horas. Verifica-se maior adesão quando se sugere a sua reavaliação 1 hora após administração de analgesia (81,8%), quando o doente refere dor (88,6%), depois de serem realizados procedimentos invasivos (79,5%) e sempre que o doente é reposicionado (75%). Todos os procedimentos realizados suscetíveis de causar dor ao doente crítico devem ser antecédidos e precedidos de avaliação/reavaliação da dor. A correta monitorização da dor está associada a melhores resultados como por exemplo a diminuição das doses de sedação, a redução do tempo de ventilação mecânica e do tempo de internamento. É importante que seja utilizada a mesma ferramenta no mesmo doente para observar mudanças (Chanques & Gélinas, 2022; Nordness, 2021; Santos et al., 2025). Tendo em conta a complexidade e os múltiplos fatores suscetíveis de causar dor ao doente crítico, a avaliação e gestão da dor deve ser realizada de forma sistemática e cuidadosa. Em suma, a dor deve ser avaliada regularmente utilizando o autorrelato quando possível. Quando o doente não consegue comunicar, devem utilizar-se escalas comportamentais da dor devidamente validadas. A avaliação de sinais vitais, não pode, por si só, substituir a correta avaliação da dor. A mesma deve ser avaliada/reavaliada a cada 2–3 horas e com uma frequência mais apertada antes de procedimentos suscetíveis de causar dor ou mobilização do doente (Nordness, 2021). O estudo realizado por Santos et al., (2025), enfatiza a necessidade de uma reavaliação rigorosa e atempada da dor e aponta para falhas na reavaliação pós-analgesia e após a realização de procedimentos invasivos. Falhas estas que não se verificaram na presente investigação.

No que diz respeito ao objetivo específico de identificar as estratégias autónomas e interdependentes utilizadas pelos enfermeiros na gestão da dor, verificaram-se respostas totalmente afirmativas na maioria das perguntas, o que revela uma excelente prática diária já enraizada no dia a dia dos inquiridos. Apenas na realização de intervenções autónomas na gestão da dor sempre que se verifica que o doente possa estar a sentir dor é que se verificou uma percentagem de resposta afirmativamente ligeiramente menor (88,6%).

Sabe-se, hoje, da crescente notoriedade destas intervenções, e da sua eficácia na gestão da dor. Estes resultados vão ao encontro do preconizado em diversos estudos e normas da ordem dos enfermeiros. Os quais destacam a importância das intervenções físicas, cognitivo-comportamentais e de suporte emocional de extrema importância para a redução da dor no doente crítico (Monahan et al., 2010; Nordness, 2021; Ordem dos enfermeiros, 2008; Santos et al., 2025; Seo et al., 2022; The Joint Commission, 2018; Tsegaye et al., 2023; Yaban, 2019). As terapias não farmacológicas abordam as vias sensoriais físicas da dor e os elementos emocionais, afetivos e cognitivos da percepção da dor. Apesar do doente crítico não estar muitas vezes apto a comunicar, estas terapias demonstraram diminuir os escores de dor autorreferidos e comportamentais na avaliação/reavaliação da dor (Nordness, 2021). O presente estudo obteve melhores percentagens de adesão comparado com o estudo realizado por Tsegaye et al (2023), no qual apenas 48,1% dos enfermeiros tiveram uma boa prática relativa ao tratamento não farmacológico da dor.

A utilização coadjuvante e atempada de intervenções autónomas e não farmacológicas é importante no sentido de permitir uma menor necessidade de medidas farmacológicas. Apesar do facto de que estas medidas não têm um efeito imediato, mas sim maior efeito ao longo do tempo, os seus benefícios são inúmeros. Embora o uso de opióides se afigure de extrema importância e eficácia para a gestão da dor no doente crítico, as medidas não farmacológicas devem sempre ser utilizadas com o fim de minimizar o tempo de utilização de opióides que têm variados efeitos secundários indesejados e diminuir a incidência de síndromes de dor crónica (Nordness, 2021). Deve, então, utilizar-se uma estratégia multidisciplinar, esta deve incluir a administração adequada de analgesia, mantendo o nível mínimo de sedação, o tratamento de delirium, a reabilitação ativa diária e tratamento para perturbações do sono, uma vez que um Serviço de Medicina Intensiva expõe o doente a um ambiente com muitos estímulos desagradáveis com muitas luzes e ruídos (Seo et al., 2022).

Em contrapartida à adesão verificada no presente estudo, alguns estudos feitos relatam a relutância da equipa de enfermagem em utilizar medidas não farmacológicas na gestão da dor no doente crítico. Demonstrando a necessidade de formação atualizada e adequação de estratégias no controlo da dor (Yaban, 2019; Tsegaye et al., 2023). De salientar que 93,2% dos inquiridos respondeu afirmativamente à questão “Considera importante envolver o cuidador/família na gestão da dor?”. A gestão eficaz da dor pode

ser um processo demorado, motivo pelo qual envolver a família contribui para o sucesso do tratamento (Nordness, 2021). É importante ter em consideração que muitas vezes, o doente crítico está impossibilitado de relatar a dor que está a sentir. Neste sentido, a dor referida pela família, que o conhece, é mais próxima da dor real que o doente sente do que a dor referida pela equipa multidisciplinar (Seo et al., 2022). No entanto, a própria família pode subestimar a dor sentida pelo doente, principalmente quando o doente está sedado, pelo que a sua participação deve ser tida em consideração, mas não deve substituir o papel dos médicos e dos enfermeiros (Seo et al., 2022).

Relativamente ao objetivo específico de conhecer a opinião dos enfermeiros sobre o sistema de informação BS PaTIENT.CARE, os inquiridos não afiguram pertinente fazer a avaliação obrigatória da dor de 2 em 2 horas. Por outro lado, consideram pertinente o registo obrigatório da localização, tipo de dor, irradiação e causa da dor sempre que a mesma é avaliada, bem como a associação do score de dor às intervenções autónomas pertinentes a realizar. É recomendado que exista um local próprio de registo da dor, para que seja possível uma melhor adequação de cuidados. Neste local deve ser possível avaliar a intensidade e natureza da dor ao longo do tempo, facultando a facilidade de identificar a resposta aos tratamentos instituídos. Isto vai facilitar o desenvolvimento de um plano de cuidados adequado e individualizado e garantir a comunicação entre a equipa de saúde e a qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros 2007, Sistema Nacional de Saúde, 2023). Uma avaliação frequente e sistemática da dor é essencial para garantir a sua gestão adequada. Sem documentação rigorosa dos valores de dor e das intervenções realizadas, torna-se impossível monitorizar tendências e avaliar a eficácia de intervenções (Nascimento et al., 2020; Nordness, 2021). Documentar estes valores permite integrar os resultados na prática de analgesia e sedação, ajustar intervenções e rever rotinas em função da resposta do doente (Chanques & Gélinas, 2022).

No que concerne ao objetivo específico de identificar as perceções dos enfermeiros da amostra sobre a gestão da dor, comprovou-se que os mesmos consideram importante valorizar as queixas do doente e que a administração atempada de analgesia é fundamental. Já no que diz respeito à referenciação dos doentes internados para a unidade de medicina da dor da ULSNE, ao registo sistemático da dor e à utilização de instrumentos fiáveis na avaliação da dor como primeiro passo para uma gestão eficaz, são pressupostos dados como importantes a um nível positivo, mas ligeiramente inferior. As considerações dos inquiridos vão ao encontro de muitos estudos, que consideram

importante a existência de protocolos eficientes para a gestão da dor, evitando problemas como delirium, sedação e ventilação prolongadas e internamentos mais longos. Destaca-se também a importância da continuidade do tratamento após alta, evitando o surgimento de doenças crônicas e evitando problemas económicos e de saúde pública (Aljumah et al., 2018; Chanques & Gélinas, 2022; Nordness, 2021; Seo et al., 2022; Tsegaye et al., 2023).

Por fim, no que diz respeito ao objetivo específico de verificar associações entre as percepções e conhecimentos e as intervenções realizadas pelos enfermeiros na gestão da dor, verificou-se que a valorização das queixas dos doentes está relacionada com a consideração do campo próprio de registos adequado no sistema BSimple e também com uma percentagem significativamente inferior de reavaliação da dor apenas quando o doente está sedado ou analgesiado. Há também uma relação com significância estatística que se prende com a extrema importância no registo sistemático da dor e a avaliação e reavaliação da dor uma vez por turno. Desta forma, observa-se que os inquiridos que consideram importante o registo sistemático da dor também tende a avaliar e reavaliar a dor de forma mais regular, em vez de apenas quando o doente está sedado ou analgesiado.

Estas associações refletem a necessidade de um comportamento mais padronizado na abordagem da gestão da dor no doente crítico e refletem a necessidade de investir em formação contínua. Nordness (2021), e Chanques & Gélinas (2022), focam a importância da educação contínua e específica dos profissionais de enfermagem no contexto da dor. Também refletem a necessidade da criação de protocolos baseados em evidência científica que promovam a capacitação contínua dos enfermeiros por forma a prestar cuidados humanizados e de qualidade.

## 6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Apesar do reconhecimento da dor como 5º Sinal Vital e da importância da sua gestão eficaz no prognóstico do doente crítico, ainda se encontram algumas lacunas na forma como a mesma é percebida pelos profissionais de saúde. A gestão correta da dor, afigura-se de extrema relevância nesta tipologia de doentes, uma vez que alivia o sofrimento físico e emocional e diminui a ocorrência de eventos como confusão mental, delirium e ansiedade. A sua gestão eficaz é também responsável por diminuir respostas fisiológicas adversas, diminuindo o tempo de internamento em serviços de medicina intensiva e consequentemente os custos hospitalares relacionados com o internamento. A crescente especificação da profissão de Enfermagem e o aumento da complexidade dos contextos de atuação, obriga a que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica esteja apto a utilizar e compreender protocolos complexos de gestão da dor.

Os inquiridos do estudo são constituídos maioritariamente por elementos do sexo feminino (86,4%), a maioria com idades compreendidas entre 30 a 49 anos.

Com a análise dos resultados, constatou-se que a grande maioria da amostra de inquiridos não tem frequentado formação na área da gestão da dor bem como formação específica na área da dor. Esta falta de formação, reflete-se na prática clínica através de algumas lacunas na correta gestão da dor no doente crítico. A mesma deve ser contínua e sistemática, para que seja possível uma abordagem positiva a um tema tão complexo (Aljumah et al., 2018; Chanques & Gélinas, 2022; Nordness, 2021; Tsegaye et al.; 2023).

Observaram-se boas práticas na avaliação da dor através do recurso às escalas da dor mais apropriadas, sendo que as escalas mais utilizadas pelos inquiridos são a BPS e a EN (Aljumah et al., 2018; Chanques & Gélinas, 2022; Nordness, 2021; Rawal et al., 2019; Seo et al., 2022).

Outro ponto importante, prende-se ao facto de apenas 9,1% dos inquiridos avaliarem a dor quando o doente refere dor, visto que a mesma deve ser feita sempre que o doente refere dor. Existe também baixa adesão dos inquiridos quando se sugere a reavaliação da dor de 2 em 2 horas (15,9%) e que a mesma surgisse no sistema como uma intervenção obrigatória a avaliar de 2 em 2 horas, sendo que a bibliografia recente sugere a sua reavaliação de 2 - 3 horas após a avaliação e sempre que seja necessário. É neste ponto que os inquiridos necessitam adquirir maior conhecimento e mudança de hábitos.

Nomeadamente no que diz respeito à importância da valorização das queixas do doente, na sua avaliação e reavaliação num intervalo de 2 em 2 horas e no registo adequado no sistema informático (Chanques & Gélinas, 2022; Nordness, 2021; Seo et al., 2022). De salientar que uma percentagem positiva de inquiridos avalia e reavalia a dor em momentos importantes, como quando o doente está sedado e analgesiado, uma hora após a administração de analgesia, quando são realizados procedimentos invasivos e aquando de posicionamentos/reposicionamentos corporais, indo ao encontro do preconizado.

O estudo também revelou a necessidade de alterações no sistema informático, com boas percentagens de consideração relevante no que respeita ao registo obrigatório da localização, tipo, irradiação e causa da dor sempre que a mesma é avaliada bem como a associação do score de dor às intervenções autónomas de enfermagem a realizar.

Ressalta de forma muito positiva a adesão quase total dos inquiridos na realização de intervenções autónomas de enfermagem na gestão da dor (físicas, cognitivo-comportamentais e de suporte emocional), o que demonstra conhecimento na área e transforma o internamento do doente crítico num evento menos traumático.

No que diz respeito ao sistema de informação BSimple considera-se pertinente a efetivação de algumas mudanças, com vista a aprimorar estes registos. Apesar de apenas 34,1% dos inquiridos considerar pertinente que a avaliação da dor surgisse no sistema como uma intervenção obrigatória a avaliar de 2 em 2 horas, considera-se que esta mudança deve ser feita, na medida em que a dor é considerada o 5º sinal vital e a sua avaliação deve ser sistemática. No entanto, esta avaliação periódica de 2 horas não impossibilita a sua realização noutros horários, sempre que for necessário. Relativamente à importância da referência dos doentes internados para a Unidade de Medicina da Dor da ULSNE os inquiridos consideram-na de importância primordial. Considera-se que seria pertinente continuar a adquirir essa prática nesta tipologia de doentes visto que uma área que necessita de mais investigação e preocupação é a identificação de fatores de risco modificáveis ou intervenções que podem ajudar a prevenir o desenvolvimento de síndromes de dor crónica nos Serviços de Medicina Intensiva (Chanques & Gélinas, 2022; Nordness, 2021; Tsegaye et al., 2023).

No que respeita às associações entre as perceções e conhecimentos e as intervenções realizadas pelos enfermeiros verificadas no estudo (A valorização das queixas dos doentes está relacionada com a consideração do campo próprio de registos adequado no sistema

BSimple e também com uma percentagem significativamente inferior de reavaliação da dor apenas quando o doente está sedado ou analgesiado. Há também uma relação com significância estatística que se prende com a extrema importância no registo sistemático da dor e a avaliação e reavaliação da dor uma vez por turno) considera-se primordial que sejam implementadas sessões de treino e formação contínuas sobre a gestão da dor no doente crítico, bem como protocolos de atuação baseados em evidencia científica, para padronizar formas de atuação. Esta sugestão vai ao encontro dos estudos realizados por Nordness (2021) e Chanques & Gélinas (2022) que refletem a mesma necessidade.

De forma detalhada, sugere-se a realização de programas educativos regulares sobre gestão da dor no doente crítico e sobre a importância da utilização das medidas não farmacológicas. A formação irá permitir uniformizar procedimentos e saberes e potenciar mudanças de comportamento importantes. O desenvolvimento de protocolos institucionais de avaliação e intervenção analgésica baseados na mais recente produção científica afiguram-se também como uma sugestão importante.

Este estudo tem como finalidade reforçar a importância da gestão eficaz da dor no doente crítico, integrando todas as práticas preconizadas para a sua correta execução. Através dele, pretende-se demonstrar a importância e o benefício de uma correta avaliação e reavaliação, da forma correta de fazer registos no programa informático, e do benefício da utilização de intervenções autónomas na gestão da dor. Tem também o objetivo de servir como ponto de partida para novas investigações e dotar os Enfermeiros de autonomia para gerir a dor de forma adequada e favorável à recuperação do doente e à melhoria dos cuidados prestados.

Pretende-se que, a partir deste estudo, surjam novas investigações com amostras mais alargadas, de forma a reforçar a validade externa dos resultados. Recomenda-se também a inclusão da observação direta da prática clínica e da análise de registos de dor, para permitir uma comparação entre o conhecimento teórico e a sua aplicação real. Além disso, seria relevante avaliar o impacto de programas educativos específicos sobre dor, tanto na mudança de comportamentos dos profissionais como na melhoria da documentação e da abordagem terapêutica. Por fim, sugere-se que se aprofundem as barreiras organizacionais e culturais que dificultam o uso sistemático de intervenções não farmacológicas e o envolvimento ativo dos enfermeiros nas decisões relacionadas com a analgesia.

Ao longo do caminho foram surgindo dúvidas no que diz respeito ao conhecimento sobre a área da investigação em saúde. Estas dúvidas permitiram-me aprofundar conhecimentos relativos ao estudo quantitativo e desenvolver as minhas capacidades nesta área. Pude também aprimorar as minhas competências a realizar pesquisa bibliográfica fidedigna, promovendo um estudo baseado na evidência.

## **7. SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO**

A realização dos 3 campos de estágio permitiu-me desenvolver competências profissionais, pessoais, emocionais, educacionais e formativas. Ao longo do percurso realizado pude desenvolver habilidades técnicas, estratégias de comunicação, capacidade de trabalhar em equipa e aprimorei o juízo crítico na tomada de decisões conscientes em prol do maior benefício ao doente. Desenvolvi competências como a empatia e humanização, ética e profissionalismo. Desenvolvi, de igual modo, competências no âmbito das competências comuns e específicas do EEMC na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. A realização dos estágios no Serviço de Medicina Intensiva e no Serviço de Urgência permitiram-me compreender a importância do meu papel enquanto EEMC na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e colocar em prática os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares. Como enfermeira a exercer funções num Serviço de Medicina Intensiva, estes dois estágios permitiram-me refletir sobre diferentes formas de trabalho e sobre quais medidas adotar para melhorar a minha prestação de cuidados. A atuação em situações de emergência bem como a necessidade de respostas antecipatórias e eficazes tornaram-me uma profissional mais consciente e mais confiante. O estágio realizado na UL-PPCIRA, permitiu-me aprofundar o meu conhecimento acerca da prevenção e controlo de infeção relacionados à atuação nos serviços de saúde bem como à necessidade crescente do uso seguro de antibióticos, diminuindo resistências. Considerando o elevado grau de fragilidade da pessoa em situação crítica, o conhecimento profundo desta temática permite salvar vidas e reduzir o tempo de internamento de muitos doentes, aumentando a eficiência dos serviços de saúde. Foi gratificante compreender e auxiliar na implementação de práticas de higiene correta, no controlo de infeção hospitalar e na educação contínua às equipas de enfermagem. Apesar de todo o cansaço inerente à carga horária do trabalho e dos estágios, considero que foi imensamente prazeroso realizar este percurso e considero que me tornei uma profissional com mais conhecimentos e mais eficiente e capaz de responder a qualquer situação, garantindo a segurança e bem-estar do doente crítico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2015). *Recomendações técnicas para serviços de urgências*. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas\\_Urgencias\\_2015.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf)
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2019). *Recomendações técnicas para a sala de emergência*. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas\\_Sala-de-Emergencia\\_2019.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf)
- Afonso, M. (2021). *Controlo farmacológico da dor* [Tese de mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional UFP. [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/10470/1/PPG\\_38191.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/10470/1/PPG_38191.pdf)
- Aljumah, M., Aboshoushah, E., Coric, D., Alaithan, A., Almulhim, A., Alotaibi, N., Alaslani, M., Kammas, F., Saeed, A., & Alharthi, A. (2018). Assessment and management of pain in the intensive care unit. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 73(4), 6439–6445. <https://doi.org/10.21608/EJHM.2018.15108>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2018). *A dor*. <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>
- Bamford, P., Denmade, C., & Newmarch, C. (2019). *Guidance for prone positioning in adult critical care*. Intensive Care Society. [https://www.ics.ac.uk/ICS/News\\_Statements/Prone\\_Positioning\\_in\\_Adult\\_Critical\\_Care\\_.aspx](https://www.ics.ac.uk/ICS/News_Statements/Prone_Positioning_in_Adult_Critical_Care_.aspx)
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2nd ed., Vol. 3). Springer Publishing Company.
- BSIMPLE<sup>®</sup>. (2024). *BSIMPLE PaTIENT.CARE. Conheça o nosso universo*. <https://www.b-simple.pt/produtos/>
- Chanques, G., & Gélinas, C. (2022). Monitoring pain in the intensive care unit (ICU). *Intensive Care Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06807-w>
- CHUSJ, E.P.E. (2024). *ECMO guia de acolhimento*. [https://portal-chsj.min-saude.pt/portalachsj/uploads/writer\\_file/document/3874/Guia\\_de\\_Acolhimento\\_ECMO.pdf](https://portal-chsj.min-saude.pt/portalachsj/uploads/writer_file/document/3874/Guia_de_Acolhimento_ECMO.pdf)

- Costa, N. (2020). Avaliação da dor: terapias não farmacológicas para alívio da dor. In J. A. Pinho (Org.), *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 93–105). Lidel.
- Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática* (2nd ed.). Edições Almedina.
- Diário da República. (1995). *Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março*. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675-49680375>
- Diário da República. (2002). *Despacho normativo n.º 11/2002* (N.º 55 de 6 de março de 2002, Série B). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2002/03/055b00/18651866.pdf>
- Diário da República. (2006). *Lei n.º 27/2006, de 3 de julho – Lei de Bases da Proteção Civil*. <https://data.dre.pt/eli/lei/27/2006/07/03/p/dre/pt/html>
- Diário da República. (2014). *Despacho 10319/2014* (2.ª série — N.º 153 — 11 de agosto de 2014). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Diário da República. (2015a). *Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde*. Diário da República, n.º 102/2015, Série II, 27 maio 2015. <https://dre.tretas.org/dre/845428/despacho-5613-2015-de-27-de-maio>
- Diário da República. (2015b). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 181 (16 setembro 2015), 8059–8105. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/L\\_ei\\_156\\_2015\\_SegundaAlteracaoEstatutoOE\\_set2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/L_ei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf)
- Diário da República. (2015c). *Regulamento n.º 361/2015: Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Diário da República, 2.ª série, n.º 123.
- Diário da República. (2015d). *Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro – Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*.
- Diário da República. (2016). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 22/2016*. Diário da República, 1.ª série, n.º 70, 11 abril 2016, 1193–1195. <https://files.dre.pt/1s/2016/04/07000/0119301195.pdf>

- Diário da República. (2016a). *Decreto-Lei n.º 63/2016 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior*. Diário da República, n.º 176, Série I, 13 setembro 2016. <https://files.dre.pt/1s/2016/09/17600/0315903191.pdf>
- Diário da República. (2018). *Regulamento n.º 76/2018 – Regulamento da competência acrescida avançada em gestão*. Diário da República, 2.ª série, n.º 21, 30 janeiro 2018. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/01/021000000/0347803487.pdf>
- Diário da República. (2019a). *Decreto-Lei n.º 65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior*. Diário da República, I Série, n.º 157, 16 agosto 2019. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/116068879/details/maximized>
- Diário da República. (2019b). *Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Diário da República, 2.ª série, n.º 21, 30 janeiro 2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Diário da República. (2022). *Despacho n.º 10901/2022 – Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde*. Diário da República, 2.ª série, (174), 93–99.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *A dor como 5.º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa: Ministério da Saúde. [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor\\_como\\_5\\_sinal\\_vital\\_-\\_2003.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Norma 001/2017 de 08 de fevereiro – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Norma n.º 015/2017 – Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto* (pp. 1–25). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Norma n.º 010/2016 atualizada a 16/05/2017 – Via Verde Sepsis no Adulto* (pp. 1–27). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Via-Verde-Sepsis-no-Adulto.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017d). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Ministério da Saúde. [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa\\_Nacional\\_para\\_a\\_Prevencao\\_e\\_Controlo\\_da\\_Dor\\_-\\_2017.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Prevencao_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Norma 002/2018 de 9 de janeiro – Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata*. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp->

[content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2022a). *Norma nº 004/2013 – Vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos* (pp. 1–14). [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/02/norma\\_004\\_2013\\_resistencias\\_antibioticos\\_atualizada\\_27\\_07\\_2022.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/02/norma_004_2013_resistencias_antibioticos_atualizada_27_07_2022.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2022b). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde sustentável – de tod@s para tod@s*. Ministério da Saúde. [https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030\\_FINAL-para-Edicao.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2022c). *Norma 012/2022 – Via Verde do Trauma no Adulto* (pp. 3–37). [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma\\_012\\_2022\\_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2022d). *Norma clínica 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 17/11/2022 – “Feixe de intervenções” para a prevenção da pneumonia associada à intubação*. Direção-Geral da Saúde. [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](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)

Direção-Geral da Saúde. (2022e). *Norma clínica 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 – “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central* (p. 26). Direção-Geral da Saúde. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_022\\_2015\\_atualizada\\_29\\_08\\_2022\\_prev\\_inf\\_cvc.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022_prev_inf_cvc.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2022f). *Norma clínica 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022 – “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção do local cirúrgico* (p. 24). Direção-Geral da Saúde. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_020\\_2015\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prev\\_inf\\_local\\_cirurgico.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2022g). *Norma clínica 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 – “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical* (p. 18). Direção-Geral da Saúde. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_019\\_2015\\_atualizada\\_29\\_08\\_2022\\_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf)

- Erden, S., Demir, N., Ugras, G. A., Arslan, U., & Arslan, S. (2018). Vital signs: Valid indicators to assess pain in intensive care unit patients? An observational, descriptive study. *Nurse Health Sciences*, 20(1), 1–7. <https://doi.org/10.1111/nhs.12543>
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2021). *STOP infeção hospitalar 2021-2022*. <https://gulbenkian.pt/projects/stop-infecao-hospitalar-2021-2022/>
- Gilles, et al. (2010). Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care*, 14(3), R87. <http://ccforum.com/content/14/3/R87>
- Gomes, B. (2020). *Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33195>
- Grupo Português de Triagem. (2021). *História do Protocolo da Triagem de Manchester*. Portugal: APA. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Handberg, C., & Voss, A. (2018). Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 25(1–2), 102–114. <https://doi.org/10.1111/jocn.13851>
- HCor. (2021). *Protocolo de dor*. <https://www.hcor.com.br/area-medica/wpcontent/uploads/sites/3/2021/12/17-Protocolo-de-dor.pdf>
- Hetland, B., Heusinkvelt, J., Krabbenhoft, L., & Grotts, E. (2018). Mechanical ventilation weaning: An evidence-based review. *Nursing Critical Care*, 13(6), 5–16. <https://doi.org/10.1097/01.CCN.0000544397.74806.9a>
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Instituto Nacional de Estatística*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE)
- International Association for the Study of Pain. (2020). *IASP announces revised definition of pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- Kelley, S. D. (2010). *Monitoring consciousness: Using the BIS bispectral index™ (BIS®™) during anesthesia* (2<sup>a</sup> ed.). Boulder: Covidien. <file:///C:/Users/catar/Downloads/bis-pocket-guide.pdf>
- Kestenbaum, B. (2019). *Epidemiology and biostatistics* (2nd ed.). Springer.

- Kia, Z., Allahbakhshian, M., Ilkhani, M., Nasiri, M., & Allahbakhshian, A. (2021). Nurses' use of non-pharmacological pain management methods in intensive care units: A descriptive cross-sectional study. *Complementary Therapies in Medicine*, 58, 102705. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102705>
- Kolcaba, K. (1992). Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *ANS. Advances in Nursing Science*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1097/00012272-199209000-00003>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. New York, NY, United States of America: Springer Publishing Company.
- Kon, Z. N., Bittle, J. G., Pasrija, C., Pham, M. S., Mazzeffi, A. M., Herr, L. D., & Griffith, P. B. (2017). Venovenous versus venoarterial extracorporeal membrane oxygenation for adult patients with acute respiratory distress syndrome requiring precannulation hemodynamic support: A review of the ELSO registry. *The Annals of Thoracic Surgery*, 104(2), 645–649. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2016.11.071>
- Malagutti, W., & Martins, J. C. (2011). *Catástrofe: Atuação multidisciplinar em emergências*. São Paulo, Brasil: Editora Martinari.
- Marques, R., Araújo, F., Fernandes, M., Freitas, J., Dixe, M., & Gélinas, C. (2022). Validation testing of the European Portuguese Critical-Care Pain Observation Tool. *Healthcare*, 10(6), 1075. <https://doi.org/10.3390/healthcare10061075>
- Martins, M. (2012). Enfermagem e família: Concepções dos enfermeiros em unidades de internamento. In J. C. Carvalho et al. (Orgs.), *Transferibilidade do conhecimento em enfermagem de família* (pp. 44–54). Porto: ESEP.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (L. Springer Publishing Company, Ed.). 2010. [https://taskurun.wordpress.com/wpcontent/uploads/2011/10/transitions\\_theory\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.wordpress.com/wpcontent/uploads/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)
- Mendes, A. P. (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: Mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*, 24(1), e20190056. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0056>
- Ministério da Saúde. (2022). *Despacho n.º 10901/2022 de 8 de setembro – Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 174, 93–99. <https://files.dre.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>

- Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M., Marek, J. F., & Green, C. J. (2010). *Enfermagem médico-cirúrgica* (8.<sup>a</sup> ed.). Editora Lusodidacta.
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 537–546. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- Nazari, R., Froelicher, E., Nia, H., Hajihosseini, F., & Mousazadeh, N. (2022). Diagnostic values of the Critical Care Pain Observation Tool and the Behavioral Pain Scale for pain assessment among unconscious patients: A comparative study. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 26(4), 475–477. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24154>
- Nordness, M., Hayhurst, C., & Pandharipande, P. (2021). Current perspectives on the assessment and management of pain in the intensive care unit. *Journal of Pain Research*, 14, 1733–1744. <https://doi.org/10.2147/JPR.S256406>
- Oliveira, V. L. G., Junior, E. J. B., da Silva Cavalcante, M., Nascimento, M. H. M., da Conceição Sacramento, R., de Oliveira, A. S. S., ... & de Santana, M. E. (2022). Sistema de Triagem Manchester: dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na classificação de risco. *Research, Society and Development*, 11(1). <https://doi.org/10.33448/rsdv11i1.24358>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) – Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. Lisboa. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia orientador de boa prática* (Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série I, N<sup>o</sup> 1). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro: Código Deontológico*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: Na área de enfermagem à pessoa em situação*

*crítica;*

*Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória* (pp. 26–32).

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidadeemc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (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, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série, (135), 19359–19370.

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista – Procedimentos e orientações* (Circular Normativa CN-CD/2018/2 de 18-10-2018). [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17192/circular-normativa-cd02\\_18102018\\_obten%C3%A7%C3%A3o-tit-prof-enfermeiroespecialista\\_procedimentos\\_orient.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17192/circular-normativa-cd02_18102018_obten%C3%A7%C3%A3o-tit-prof-enfermeiroespecialista_procedimentos_orient.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série(26), 4744–4750.

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 29/2020: Introdução de cateter central de inserção periférica por enfermeiros*.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Estatística de enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>

Ordem dos Médicos [OM], & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI]. (2023). *Transporte de doentes críticos: Recomendações 2023*.

Organização Mundial de Saúde. (2012). *Guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44540/1/9789241548120\\_Guidelines.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44540/1/9789241548120_Guidelines.pdf)

Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Miguel, J., José, R., Nóbrega, J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação – Medicina Intensiva. *República Portuguesa – Saúde*, 6–10. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

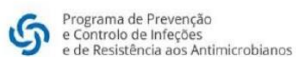
- Pardede, D. K. B., & Mochtar, F. (2024). Pain assessment and management in critically ill patients admitted to intensive care unit. *Jurnal Medika Hutama*, 5(02 Januari), 3907–3918. <http://jurnalmedikahutama.com/index.php/JMH/article/view/689>
- Pinto, A. (2022). Avaliação da competência comunicativa em pessoas adultas/idosas com resposta mínima internadas em unidades de medicina intensiva [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Aveiro, Universidade de Aveiro]. [https://ria.ua.pt/bitstream/10773/34844/1/Documento\\_Ana\\_Pinto.pdf](https://ria.ua.pt/bitstream/10773/34844/1/Documento_Ana_Pinto.pdf)
- Pires, R., Sousa, C., Ribeiro, S., Cunha, I. C. K. O., & Santos, M. R. (2020). Ciclo de supervisão de Peter Nicklin num cenário de estágio em enfermagem. *Enfermagem Foco*, 11(6), 85–91. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n6.4228>
- Rawal, G., Kumar, R., Yadav, S., & R, S. (2019). Pain management in intensive care unit: A brief review. *Medrech*, 6(6). <https://doi.org/10.26838/MEDRECH.2019.6.6.544>
- Rego, S., Palácios, M., & Siqueira-Batista, R. (2009). A bioética e suas teorias. In *Bioética para profissionais da saúde* (pp. 39–62). Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575413906.0003>
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Legis Editora.
- Ritto, C., Rocha, F., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M., Pina, P., & Faustino, S. (2012). *Manual de dor crónica*. Fundação Grünenthal.
- Rocheta, J. F. P. (2018). Indicadores de qualidade em unidade de cuidados intensivos [Tese de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/68138/1/RUN%20-%20Disserta%20c%20a7%20c%20a3o%20de%20Mestrado%20-%20Joana%20Rocheta.pdf>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–38. [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Santos, A. L. P., & Novais, M. E. (2021). Mapeamento de intervenções de enfermagem na lesão renal aguda: Scoping review. *Investigação em Saúde: Avanços e Desafios*, 8, 340–352. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.340-352>
- Santos, C. R., Sousa, L., & Silva, C. (2025). *Supervisão clínica de enfermagem: Impacto na gestão da dor em doentes críticos*. *Revista SALUS – Revista de Saúde*, 27(1), 80–91. <https://doi.org/10.5935/revsalus.v27i1.976>

- Sakata, R. K. (2010). Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 60(6), 648–658. <https://www.scielo.br/j/rba/a/bhgvSPdVgHHBcsyPQ6Rrk7Q/?format=pdf&lang=pt>
- Seo, Y., Lee, H., Jin Ha, E., & Sun, H. T. (2022). 2021 KSCCM clinical practice guidelines for pain, agitation, delirium, immobility, and sleep disturbance in the intensive care unit. *Acute and Critical Care*, 37(1), 1–25. <https://doi.org/10.4266/acc.2022.00094>
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *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/>
- Serviço Nacional de Saúde. (2021). *Via Verde Coronária*. Agência Portuguesa do Ambiente. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/09/29/dia-mundial-do-coracao-6/>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Sobre os sistemas de informação*. <https://www.spms.min-saude.pt/sobre-os-sistemas-de-informacao/>
- Silva, M. (2013). Avaliação da dor em cuidados intensivos [Tese de mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/5455>
- Small, C., & Laycock, H. (2020). Acute postoperative pain management. *British Journal of Surgery*, 107(c70–c80). <https://doi.org/10.1002/bjs.11477>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI]. (2016). *Plano Nacional de Avaliação da Dor*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- The Joint Commission, Division of Healthcare Improvement. (2018). Non-pharmacologic and non-opioid solutions for pain management. *Quick Safety*, 44. [https://injurycenter.umich.edu/wp-content/uploads/2020/01/QS\\_Nonopioid\\_pain\\_mgmt\\_8\\_15\\_18\\_FINAL1PDF.pdf](https://injurycenter.umich.edu/wp-content/uploads/2020/01/QS_Nonopioid_pain_mgmt_8_15_18_FINAL1PDF.pdf)
- Tsegaye, D., Yazew, A., Gedfew, M., Yilak, G., & Yalew, Z. M. (2023). Non-pharmacological pain management practice and associated factors among nurses

- working at comprehensive specialized hospitals. *SAGE Open Nursing*, 9, 1–12.  
<https://doi.org/10.1177/23779608231158979>
- Tseng, H. C., Wang, H. H., & Weng, W. C. (2013). Nursing students' perceptions toward the nursing profession from clinical practicum in a baccalaureate nursing program: A qualitative study. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 29(3), 161–168.  
<https://doi.org/10.1016/j.kjms.2012.08.027>
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos – diagnóstico e intervenção* (5ª ed.). Lusodidact.
- Vilelas, J. (2022). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3ª ed.). Edições Sílabo.
- Welbaum, C., [outros autores]. (2021). Nurses' role in continuous renal replacement therapy. *American Nurse Journal*, 16(9).  
<https://www.myamericannurse.com/wpcontent/uploads/2021/08/an9-Continuous-Renal-Replacement-823.pdf>
- Yaban, Z. S. (2019). Usage of non-pharmacologic methods on postoperative pain management by nurses: Sample of Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 12(1), 529.  
[https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/59\\_simseyaban\\_12\\_1.pdf](https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/59_simseyaban_12_1.pdf)

## **APÊNDICES E ANEXOS**

## APÊNDICE I – Manual de Integração dos Dinamizadores



---

# MANUAL DE INTEGRAÇÃO DO DINAMIZADOR DA UL - PPCIRA

---

2 0 2 3

## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

CV - Cateter Vesical

CVC - Cateter Venoso Central

DGS - Direção-Geral da Saúde

EPI - Equipamento de Proteção Individual

HM - Higiene das Mãos

IACS - Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

PAI - Pneumonia associada á intubação

PBCI - Precauções Básicas do Controlo da Infecção

PBVT - Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

SABA - Solução Antissética de Base Alcoólica

UL-PPCIRA – Unidade Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

ULSNE - Unidade Local de Saúde do Nordeste

## Índice

Lista de Siglas e Abreviaturas.....	1
Índice de figuras .....	3
Índice de Tabelas .....	3
INTRODUÇÃO .....	4
1. UNIDADE LOCAL – PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS.....	5
2. DINAMIZADOR DA UL-PPCIRA.....	6
3. CONCEITOS BÁSICOS .....	8
4. PRECAUÇÕES BÁSICAS EM CONTROLO DE INFEÇÃO.....	11
4.1 Colocação de doentes .....	11
4.2 Higiene das mãos .....	12
4.3 Etiqueta respiratória .....	13
4.4 Utilização de equipamento de proteção individual (EPI).....	14
4.5 Descontaminação do equipamento clínico.....	14
4.6 Controlo ambiental .....	15
4.7 Manuseamento seguro da roupa .....	16
4.8 Recolha segura de resíduos .....	17
4.9 Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis.....	17
4.10 Exposição a agentes microbianos no local de trabalho .....	18
5. PRECAUÇÕES BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO.....	19
6. PREVENÇÃO DE IACS ASSOCIADAS A DISPOSITIVOS E PROCEDIMENTOS .....	0
6.1 Prevenção da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter vascular central .....	0
6.2 Prevenção da infeção associada a cateter vesical .....	1
6.3 Prevenção da pneumonia associada a intubação traqueal.....	1
6.4 Prevenção da infeção do local cirúrgico .....	2
7. PROCEDIMENTOS DA UL-PPCIRA.....	3
8. ATIVIDADES A DESENVOLVER PELOS DINAMIZADORES .....	5
8.1. O papel do enfermeiro no <i>Stewardship</i> antimicrobiano .....	6
9. CONTACTOS ÚTEIS DA UL-PPCIRA .....	7
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	8

**Índice de figuras**

**Figura 1-** Cadeia de transmissão de infeção ..... 8

**Índice de Tabelas**

**Tabela 1-** Contactos úteis do Controlo de Infeção ..... 7

## **INTRODUÇÃO**

Este Manual pretende constituir-se como um guia orientador da prática dos dinamizadores nos serviços clínicos da ULSNE com o serviço de prevenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos (SPCIRA). Comporta um conjunto de recomendações sistematizadas, traduzindo-se num documento basilar da prática, no âmbito da prevenção e controlo de infeção. Tem como objetivos:

- Facilitar a integração/ formação inicial/reciclagem dos Dinamizadores
- Uniformizar procedimentos de atuação dos Dinamizadores
- Orientar as atividades dos Dinamizadores
- Permitir a monitorização das práticas de prevenção e controlo de infeção

Este documento visa promover a uniformização, implementação e monitorização de boas práticas na prevenção e controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde IACS e segurança do doente, em consonância com as normas e orientações nacionais e internacionais. A UL-PPCIRA e as Direções de Serviço são responsáveis por fornecer as ferramentas necessárias e acompanhar o dinamizador no desempenho das atividades.

É também intenção que seja um guia de apoio à pesquisa de documentos oficiais da Unidade Local de Saúde do Nordeste relativos a assuntos inerentes às funções de um dinamizador.

## **INTRODUÇÃO**

Este Manual pretende constituir-se como um guia orientador da prática dos dinamizadores nos serviços clínicos da ULSNE com o serviço de prevenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos (SPCIRA). Comporta um conjunto de recomendações sistematizadas, traduzindo-se num documento basilar da prática, no âmbito da prevenção e controlo de infeção. Tem como objetivos:

- Facilitar a integração/ formação inicial/reciclagem dos Dinamizadores
- Uniformizar procedimentos de atuação dos Dinamizadores
- Orientar as atividades dos Dinamizadores
- Permitir a monitorização das práticas de prevenção e controlo de infeção

Este documento visa promover a uniformização, implementação e monitorização de boas práticas na prevenção e controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde IACS e segurança do doente, em consonância com as normas e orientações nacionais e internacionais. A UL-PPCIRA e as Direções de Serviço são responsáveis por fornecer as ferramentas necessárias e acompanhar o dinamizador no desempenho das atividades.

É também intenção que seja um guia de apoio à pesquisa de documentos oficiais da Unidade Local de Saúde do Nordeste relativos a assuntos inerentes às funções de um dinamizador.

## **2. DINAMIZADOR DA UL-PPCIRA**

O dinamizador ou elo de ligação à UL-PCIRA tem como função a articulação entre a UL-PPCIRA e os diferentes serviços da ULSNE, facilitando a aplicação do plano de atividades da UL-PCIRA.

Os profissionais que integram o grupo de dinamizadores são nomeados pelas chefias de entre os que têm competências, sensibilidade e interesse por esta área.

Tendo em conta a circular normativa nº 18/DSQC/DSC (Ministério da Saúde, 2007), o Manual de Operacionalização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2008) pág. 79 e o despacho nº. 10901/2022 de 8 de setembro que atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (Ministério da Saúde, 2022) descrevem-se as funções dos dinamizadores.

- a) Sensibilizar os pares e outras categorias profissionais para as questões de prevenção e controlo da infeção;
- b) Participar na elaboração de normas para o respetivo serviço ou unidade, com base nas recomendações do UL-PPCIRA, colocar em prática e acompanhar o cumprimento das mesmas;
- c) Identificar problemas de estrutura, de processo e/ou de resultados, e informar a UL-PPCIRA em caso de suspeita de surto ou de outras situações de risco em controlo da infeção;
- d) Propor ao UL-PPCIRA a realização de estudos no seu serviço ou unidade, ou a adoção de medidas consideradas necessárias para a prevenção e controlo da infeção;
- e) Colaborar na recolha de dados para os estudos de Vigilância Epidemiológica;
- f) Monitorizar a adesão às precauções de controle de infeção realizando auditorias às práticas nos respetivos serviços;
- g) Assegurar que os cuidados prestados a cada doente são apropriados, relativamente à prevenção e controlo de infeção;
- h) Participar e promover ações de formação no serviço na área da prevenção e controlo da infeção como a importância da higiene das mãos, os feixes de intervenção, do uso adequado de equipamentos de proteção individual, limpeza

e desinfecção de equipamentos e superfícies, entre outras, e colaborar com o UL-PPCIRA na identificação de necessidades de formação nos seus serviços.

7

### 3. CONCEITOS BÁSICOS

Existem conceitos que é necessário entender quando se fala em prevenção de infecção

**Cadeia de Transmissão de Infecção ou cadeia epidemiológica:** identifica as relações entre os diferentes elementos que levam ao aparecimento de uma doença transmissível. O esquema procura organizar os chamados elos que identificam os pontos principais da sequência contínua da interação entre o agente, o hospedeiro e o meio (fig. 1).

*Figura 1- Cadeia de transmissão de infecção*



**Microorganismo:** Agente infeccioso (bactéria, vírus, protozoário, fungos, príons, vermes, entre outros). A sua rápida identificação faz com que se possam aplicar as medidas de isolamento o mais precocemente possível e ao mesmo tempo dirigir tratamento.

**Reservatório/fonte:** Local onde o microrganismo sobrevive e se multiplica, por exemplo homem, animais, ambiente, reproduzindo-se de forma que possa ser transmitido a um hospedeiro. A quebra deste elo da cadeia consegue-se por exemplo através da higiene ambiental, do reprocessamento de dispositivos médicos.

**Porta de saída:** Caminho pelo qual o agente sai do reservatório. As principais portas de saída são respiratórias, pele, genitourinárias, gastrointestinais. Pode-se interromper aqui

a cadeia de transmissão através do uso de EPI, higiene das mãos assim como a gestão dos resíduos e roupa e descontaminação ambiental.

**Via de transmissão:** Qualquer mecanismo pelo qual o agente infeccioso é transportado do reservatório até ao hospedeiro. Esta transmissão pode ser indireta ou direta. Na indireta o agente atinge a porta de entrada no hospedeiro através de um veículo intermediário por contacto físico através de um veículo inanimado como as superfícies contaminadas ou com um veículo animado como as mãos. A transmissão direta acontece com o contacto imediato entre a porta de entrada do hospedeiro e o reservatório. O controlo ambiental, a higiene das mãos, o reprocessamento dos dispositivos médicos e a implementação das precauções baseadas nas vias de transmissão (PBVT) são mecanismos que quebram este elo da cadeia.

**Porta de entrada:** Local por onde o agente vai entrar para o hospedeiro. Basicamente são as mesmas que as portas de saída do hospedeiro. Este elo pode ser interrompido, por exemplo, através da técnica asséptica, nos cuidados com a ferida.

**Hospedeiro:** Pessoa que em circunstâncias normais permite o alojamento e a sobrevivência do microrganismo. O hospedeiro suscetível é qualquer pessoa que não tem imunidade ao agente e que em contato com esse poderá desenvolver infeção.

Existem ainda outros conceitos importantes quando se fala de IACS:

**Contaminação:** Presença transitória de microrganismos na superfície do corpo, sem invasão de tecidos ou reação fisiológica. Presença de microrganismos sobre ou em objetos.

**Colonização:** Presença de microrganismos nos tecidos ou fluidos orgânicos, com crescimento e multiplicação, mas sem efeitos clínicos adversos e sem reação imunitária detetável.

**Infeção:** Presença de microrganismos nos tecidos ou fluidos do organismo, com replicação e efeitos clínicos adversos.

**Portador:** Indivíduo colonizado com um microrganismo específico, em que, apesar do agente ser isolado, não há doença (mas pode ter história de doença anterior). Pode ser transitório, intermitente ou persistente.

**Disseminação:** Movimento de microrganismos a partir da pessoa para o ambiente

**Período de incubação:** Intervalo de tempo que decorre entre a exposição a um agente infeccioso e o aparecimento do primeiro sinal ou sintoma da doença.

**Infeção da comunidade:** Infeção que já estava presente ou em incubação na altura da admissão, pode ser um reservatório / fonte de infeção para outros doentes ou para os profissionais.

**Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS):** É a infeção que não estava presente ou em incubação na altura da admissão, adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados. Inclui também: profissionais de saúde, visitas, trabalhadores, voluntários, fornecedores ... Resulta de cuidados de saúde prestados em Hospital, Centro de Saúde, UCCI, Lares, Domicílio...

#### 4. PRECAUÇÕES BÁSICAS EM CONTROLO DE INFEÇÃO

As Precauções Básicas em Controlo de Infecção (PBCI) são barreiras aplicadas a todos os utentes na prestação de cuidados de saúde independentemente do conhecimento ou não do seu estado infeccioso. Quando aplicadas a todos os doentes/utentes, em todos os níveis de cuidados e em todos os procedimentos reduzem a transmissão de microrganismos. A aplicação das PBCIs é determinada pelo nível de interação entre o prestador de cuidados e o utente e, o grau de exposição previsto ao sangue ou outros fluidos orgânicos. São compostas por 10 itens. A adoção de cada componente deve basear-se na avaliação do risco individual

- ✓ De acordo com a tarefa / procedimento a realizar
- ✓ De acordo com a situação clínica do doente
- ✓ De acordo com o ambiente de prestação de cuidados
- ✓ De acordo com o nível de cuidados

**Normativos relevantes:** procedimentos do UL-PPCIRA (ponto 7 deste documento) e

- Norma da DGS nº. 029/2012 atualizada a 31/10/2013 (Direção Geral de Saúde, 2012);

##### 4.1 Colocação de doentes

A avaliação de risco de transmissão é o pilar na prevenção da disseminação de agentes infecciosos na prestação de cuidados de saúde. Deve ser efetuada de forma sistemática a todos os utentes/doentes em qualquer tipologia de cuidados e atualizada perante a situação atual do doente.

**Implementação:** Avaliação do risco infeccioso

- Alertas de Microrganismos Epidemiologicamente Importantes (MEI) anteriores;
- Diagnóstico de infeção;
- Sinais e Sintomas;
- Existe risco acrescido nas situações de diarreia, vómitos, tosse, expetoração, feridas abertas, traqueostomia, estomas, dispositivos, internamentos no ano anterior, residente em ERPI, UCCI, transferência inter-hospitalares.

A avaliação de risco permite escolher o local de colocação de doente minimizando a transmissão. A identificação da via de transmissão determina os recursos necessários. Se risco infeccioso presente:

- Selecionar local de menor circulação de pessoas
- Quarto individual/coorte
- Usar barreiras como cortinas, aumentar espaço entre camas
- Equipamentos ou instalações sanitárias dedicadas se via de transmissão fecal

**Monitorização:** Verificar a adequada colocação na admissão e durante o internamento; verificar realização e resultados de rastreios de admissão; verificar alteração do estado do doente e sinais e sintomas sugestivos de risco acrescido de transmissão.

**Normativos relevantes:** procedimentos do UL-PPCIRA (ponto 7 deste documento) e

- Norma da DGS nº. 029/2012 atualizada a 31/10/2013 (Direção Geral de Saúde, 2012)

#### 4.2 Higiene das mãos

A higiene das mãos é considerado o meio mais eficaz de prevenir a transmissão de microrganismos e IACS. De acordo com a OMS o termo Higiene das mãos, aplica-se tanto à **lavagem das mãos** com água e sabão como à **fricção das mãos** com Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) assim como à preparação pré-cirúrgica das mãos, executada pela equipa cirúrgica (Direção Geral de Saúde, 2019).

**Implementação:**

- Higiene das mãos preferencialmente com SABA
- Lavagem com água e sabão se visivelmente sujas, *Clostridium Difficile* e momentos sociais
- 5 Momentos:
  - Antes do contacto com o doente
  - Antes de procedimentos assépticos
  - Após risco de exposição a fluidos
  - Após o contacto com o doente
  - Após o contacto com o ambiente do doente

- Técnica correta
- Treino/aquisição de competências iniciais e reciclagem anual

**Monitorização:**

- Observação da prática de higiene das mãos na prestação de cuidados nas diferentes categorias profissionais e nos 5 momentos
- Cumprimento do número definido de observações por serviço
- Definição anual de taxas de adesão para cada serviço
- Monitorização e análise das taxas de adesão e implementação de estratégias de melhoria

**Normativos relevantes:** procedimentos do UL-PPCIRA (ponto 7 deste documento) e

- Norma DGS 007/2019 de 16/10/2019 - Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde;
- Norma da DGS nº. 029/2012 atualizada a 31/10/2013 (Direção Geral de Saúde, 2012)
- Manual de observadores OMS (em anexo no portfolio)
- Link treino: <https://www.youtube.com/watch?v=XZKXMw29kFU>

#### **4.3 Etiqueta respiratória**

Conjunto de medidas individuais a cumprir por doentes, visitas, profissionais de saúde e comunidade em geral, destinadas a conter as secreções respiratórias, minimizando a transmissão de agentes infecciosos por via aérea ou através de gotículas

**Implementação:** Colocação de Cartaz Etiqueta Respiratória, toalhetes descartáveis, SABA, máscaras e contentor de resíduos do Grupo III nas entradas e salas de espera das Unidades de saúde. Ensino aos utentes da aplicação da etiqueta respiratória.

**Monitorização:** Verificar/garantir a disponibilidade de recursos (SABA/toalhetes/máscaras); Capacitar os utentes para o cumprimento da Etiqueta respiratória nas unidades de saúde e comunidade

**Normativos relevantes:** Consulta dos procedimentos do UL-PPCIRA (ponto 7 deste documento)

- Norma da DGS nº. 029/2012 atualizada a 31/10/2013 (Direção Geral de Saúde, 2012)
- Cartaz da Etiqueta Respiratória (em anexo no portfolio)

#### 4.4 Utilização de equipamento de proteção individual (EPI)

Os EPI's devem proporcionar proteção adequada de acordo com o risco associado ao procedimento a efetuar. Quando se fala em EPI estamos a falar de luvas, aventais, batas, proteção ocular (óculos, máscara com viseira, viseira), máscara cirúrgica, calçado e cobertura do cabelo. A utilização do EPI deve ser baseada na avaliação de risco e adequado ao utilizador.

**Implementação:** Selecionar o EPI de acordo com cada situação:

- ✓ Risco de transmissão do agente via aérea/gotícula/contacto;
- ✓ Risco transmissão doente/profissional e vice-versa;
- ✓ Risco contaminação da pele, mucosas por fluidos orgânicos;
- ✓ Risco de contaminação do ambiente (materiais, roupas...)

**Monitorização:** Verificar/garantir a disponibilidade de EPI e de dispensadores destes; colocação de cartazes do procedimento para vestir e despir; verificar o cumprimento da colocação e remoção dos profissionais; Capacitar as visitas, caso necessitem de utilizar EPI, para o cumprimento na colocação e remoção

**Normativos relevantes:** Consulta dos procedimentos do UL-PPCIRA (ponto 7 deste documento) e

- Norma da DGS nº. 029/2012 atualizada a 31/10/2013 (Direção Geral de Saúde, 2012)

#### 4.5 Descontaminação do equipamento clínico

O Equipamento Clínico pode ser fonte de transmissão de microrganismos, por contacto direto com o doente e indireto (pelas mãos dos profissionais), se inadequadamente descontaminado. Seguir os métodos de descontaminação e produtos indicados pelo fabricante.

**Implementação:** Elaborar plano de higienização de equipamentos clínicos do serviço, definindo frequência, o método de descontaminação e responsável pelo procedimento; efetuar formação de integração de novos colaboradores no que respeita a métodos de higienização, material e equipamento de limpeza e produtos de limpeza.

**Monitorização:** Verificar o cumprimento do plano de higienização; verificar a adequada utilização (tipo/diluição) de detergentes e desinfetantes assim como a limpeza e manutenção do equipamento de limpeza; realizar auditoria à limpeza terminal da unidade do doente; Acompanhar os novos colaboradores; Identificar e colmatar necessidades de formação/reciclagem;

**Normativos relevantes:** Consulta dos procedimentos do UL-PPCIRA (ponto 7 deste documento) e

- Norma da DGS nº. 029/2012 atualizada a 31/10/2013 (Direção Geral de Saúde, 2012)
- PRO.011.SAGT – Limpeza das Instalações
- PRO. 517. SAGT – Controlo da Limpeza

#### **4.6 Controlo ambiental**

O ambiente de prestação de cuidados deve encontrar-se limpo e seco. Deve ser limpo regularmente de acordo com as especificações/planos de higienização e deve estar em bom estado de conservação. Não deve haver objetos e equipamentos desnecessários de modo a facilitar a limpeza. A área clínica deve ser um local seguro para a prática de cuidados pelo que devem se seguidos os métodos de descontaminação.

**Implementação:** Elaborar plano de higienização do serviço, definindo frequência, e método de descontaminação, de acordo com o grau de criticidade, e responsável pelo procedimento; realizar formação de integração de novos colaboradores no que respeita a métodos de higienização e produtos de limpeza; fazer registo da descontaminação em folha própria.

**Monitorização:** Verificar o cumprimento do plano de higienização; verificar a adequada utilização (tipo/diluição) de detergentes e desinfetantes assim como a limpeza e manutenção do equipamento de limpeza; realizar auditoria à limpeza terminal da unidade do doente; acompanhar os novos colaboradores; identificar e colmatar necessidades de formação/reciclagem;

**Normativos relevantes:** procedimentos do UL-PPCIRA (ponto 7 deste documento) e

- Norma da DGS nº. 029/2012 atualizada a 31/10/2013 (Direção Geral de Saúde, 2012)
- PRO.011.SAGT – Limpeza das instalações
- PRO. 517. SAGT – Controlo da Limpeza

#### **4.7 Manuseamento seguro da roupa**

Quando se fala no manuseamento de roupa inclui-se a roupa limpa e a roupa usada. A roupa limpa deve estar acondicionada numa área reservada para o efeito, de preferência em armários fechados. As prateleiras devem ser de material lavável que suporte a limpeza e desinfeção. Deve ser realizada a HM antes do manuseamento da roupa limpa. É importante que toda a roupa usada seja considerada como roupa contaminada, pelo que tem que ser manuseada de modo a não contaminar o fardamento e o ambiente. Deve ser colocada em saco imediatamente após a remoção e junto ao local de produção. Os sacos não devem ser cheios mais que 2/3 da sua capacidade.

**Implementação:** colocação de dispensadores de SABA na área de armazenamento da roupa (limpa e usada); utilização de luvas e avental na manipulação da roupa usada; colocação da roupa de áreas de isolamento dentro de saco branco seguido de saco azul e identificar como roupa contaminada;

**Monitorização:** Verificar o manuseamento e acondicionamento da roupa limpa e usada

**Normativos relevantes:** procedimentos do UL-PPCIRA (ponto 7 deste documento) e

- Norma da DGS nº. 029/2012 atualizada a 31/10/2013 (Direção Geral de Saúde, 2012)
- PRO.010.SAGT – Roupa Hospitalar

#### **4.8 Recolha segura de resíduos**

Os resíduos provenientes da prestação de cuidados de saúde devem ser triados e eliminados junto ao local de produção e, separados imediatamente de acordo com o grupo pertencente. Não deve haver manipulação dos resíduos depois de acondicionados. O contentor de resíduos deve ter tampa e pedal e revestido com saco e os sacos de resíduos devem ser cheios até 2/3 da sua capacidade.

**Implementação:** devem estar disponíveis contentores de resíduos grupo I e II e grupo III nas áreas clínicas; os resíduos devem ser triados junto ao local de produção; os sacos devem ser fechados com braçadeira; HM após manuseamento de resíduos; colocação de dispensadores de SABA na área de armazenamento dos resíduos

**Monitorização:** Observação da triagem de resíduos; Realização de auditorias de acordo com o número definido de observações

**Normativos relevantes:** procedimentos do UL-PPCIRA (ponto 7 deste documento) e

- Norma da DGS nº. 029/2012 atualizada a 31/10/2013 (Direção Geral de Saúde, 2012)
- POL.067.SAGT – Política de gestão de resíduos
- PRO.068.SAGT – Eliminação de resíduos

#### **4.9 Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis**

Aquando da preparação e administração de injetáveis deve ser usada técnica asséptica e sempre que possível devem ser usadas embalagens de dose única. A seringa apenas deve ser usada num doente.

**Implementação:** utilizar sempre que possível, embalagens de dose única; Não utilizar frascos/sacos de solução endovenosa para uso comum em múltiplos doentes

**Monitorização:** Observação da preparação e administração de injetáveis;

**Normativos relevantes:** procedimentos do UL-PPCIRA (ponto 7 deste documento)

#### **4.10 Exposição a agentes microbianos no local de trabalho**

Um dos riscos mais importantes a que os profissionais de saúde estão sujeitos é a exposição a agentes microbianos transmissíveis pelo sangue e fluidos orgânicos. Os procedimentos a seguir no caso de ocorrer exposição significativa devem ser conhecidos por todos os profissionais. Deve ser consultado o procedimento da instituição ou em alternativa a publicação "Acidentes de trabalho com exposição a sangue e a outros fluidos orgânicos", da autoria da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho.

**Implementação:** dar a conhecer a novos colaboradores o procedimento;

**Monitorização:** auditoria sobre o conhecimento do procedimento, incuída na auditoria das PBCI

**Normativos relevantes:** procedimentos do UL-PPCIRA (ponto 7 deste documento) e

- Norma da DGS nº. 029/2012 atualizada a 31/10/2013 (Direção Geral de Saúde, 2012)

## 5. PRECAUÇÕES BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO

As Precauções de Isolamento Baseadas na Via de Transmissão (PBVT), são medidas utilizadas quando a transmissão de microrganismos não pode ser completamente interrompida com a aplicação das PBCI isoladamente. As PBVT complementam as PBCI mas não as substituem. Aplicam-se a todos os profissionais, utentes e visitas.

Existem microrganismos epidemiologicamente significativos como:

- *Staphylococcus aureus* com suscetibilidade intermédia ou resistência à vancomicina (VISA e VRSA), resistente à meticilina/oxacilina (MRSA), ao linezolid e à daptomicina;
- *Enterococcus spp* com suscetibilidade intermédia ou resistência à vancomicina (VIE, VRE), resistente à teicoplanina e ao linezolid;
- *Enterobacteriaceae spp* com resistência aos carbapenemes e/ou presumíveis produtoras de carbapenemases, de que são exemplo as *Klebsiella spp*;
- *Pseudomonas aeruginosa* com resistência aos carbapenemos e à colistina;
- *Acinetobacter spp* com resistência à colistina;
- *Clostridium difficile*.

**Normativos relevantes:** procedimentos do UL-PPCIRA (ponto 7 deste documento) e

- Norma nº 004/2013 atualizada a 27/07/2022 - Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos

### TIPOS DE ISOLAMENTO:

- **Protetor** – Isolamento estabelecido para proteger das infeções um indivíduo imunodeprimido.
- **Contenção** - Quando o que se pretende é a prevenção da transmissão dos agentes **infecciosos de um indivíduo para os outros**.
  - Via aérea - quando a transmissão se faz por pequenas partículas de diâmetro inferior a 5µm, que permanecem suspensas no ar, com microrganismos viáveis, durante períodos longos e podem ser disseminadas à distância através de correntes de ar.

- 
- Gotículas - quando a transmissão é feita através de gotículas respiratórias com diâmetro superior a 5 µm, expelidas a curta distância (até 1-2m) pela tosse, espirro, fala e procedimentos como aspiração/colheita de secreções, broncoscopia e intubação oro traqueal eletiva ou de urgência incluindo o processo de ressuscitação cardiorrespiratória, extubação e autópsia. Não permanecem suspensas no ar. Portanto, da via de transmissão por gotículas não se pode dissociar a via de transmissão por contacto.
  - Contacto (direto e indireto) - quando a transmissão dos microrganismos se faz por contacto direto com o portador do agente infeccioso, ou indireto através do contacto com fluidos corporais do mesmo, secreções, sangue, ou contacto com a área envolvente do doente ou equipamentos que contactaram com o doente, ou foram conspurcados com os referidos fluidos orgânicos, assim como pelas mãos

As situações com necessidade de isolamento são identificadas

- Na admissão:
- Inquérito epidemiológico de admissão;
- Durante o internamento:
- Perante a suspeição e/ou confirmação de microrganismo epidemiologicamente significativo.

**Normativos relevantes:** procedimentos do UL-PPCIRA (ponto 7 deste documento) e

- Cartazes de isolamento (em anexo no portfolio)
- <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/materiais-formativos.aspx>

## Microorganismos e as possíveis vias de transmissão

### CONTACTO

Microorganismos multirresistentes (nas feridas, urina e corrente sanguínea):

- Bacilos entéricos Gram – como *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Morganella morganii*;
- *Enterococcus* spp;
- *Pseudomonas aeruginosa*;
- *Streptococcus pneumoniae*;
- *Staphylococcus aureus*;
- *Acinetobacter baumannii*

Infeções entéricas:

- *Clostridium difficile*

Infeções da pele:

- Herpes simplex, escabiose...

### GOTÍCULA

- *Haemophilus influenzae*;
- *Neisseria meningitidis*;
- *Streptococcus* grupo A (faringite, pneumonia e escarlatina na criança);
- *Bordetella pertussis* (tosse convulsa);
- Infeções respiratórias por microorganismos multirresistentes:
  - *Staphylococcus aureus*;
  - *Acinetobacter baumannii*;

Infeções virais:

- Adenovirus;
- Rubéola;
- Influenzae.

### VIA AÉREA

- *Mycobacterium tuberculosis*;
- Sarampo
- Varicela
- Variola
- Herpes zooster
- Legionella

## **6. PREVENÇÃO DE IACS ASSOCIADAS A DISPOSITIVOS E PROCEDIMENTOS**

Com o objetivo de reduzir as IACS têm sido desenvolvidas diversas estratégias mundiais ao longo dos últimos anos. Destaca-se a das *"Bundles of Care"* proposta pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI). Estas bundles que em português se designam por "feixes de intervenção" são "um conjunto de intervenções, que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, no mesmo tempo e espaço, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente". Os "Feixes de Intervenção" têm como objetivo assegurar que "os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência e de uma forma consistente" (Direção Geral da Saúde, 2022).

Em Portugal, a implementação dos feixes de intervenção iniciaram-se em 2015, com a participação no Desafio "STOP Infeção Hospitalar!", projeto de melhoria de âmbito nacional, promovido pela Fundação Gulbenkian em parceria com a Direção-Geral da Saúde e PPCIRA, e com o parceiro Internacional de Implementação o *Institute for Healthcare Improvement* (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015), no qual a ULSNE participou, estando também neste momento a integrar o STOP 2.0.

Os cuidados de saúde têm evoluído ao longo dos anos havendo um uso crescente de dispositivos médicos. Grande parte destes dispositivos são portas de entrada para os microrganismos causando, frequentemente, infeções na corrente sanguínea, nas vias urinárias e nas vias respiratórias. Assim é primordial que os profissionais de saúde tenham conhecimentos de prevenção deste tipo de infeções.

### **6.1 Prevenção da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter vascular central**

Tendo por base a Norma Clínica 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022 (Direção Geral da Saúde, 2022a) de modo a reduzir as Infeções Relacionadas com o Cateter Vascular Central (IRCVC) têm de ser implementadas de forma integrada, as intervenções enumeradas tanto no momento da colocação como aquando da manutenção deste dispositivo. Esta obrigatoriedade é da responsabilidade de todos os profissionais

## **6. PREVENÇÃO DE IACS ASSOCIADAS A DISPOSITIVOS E PROCEDIMENTOS**

Com o objetivo de reduzir as IACS têm sido desenvolvidas diversas estratégias mundiais ao longo dos últimos anos. Destaca-se a das *"Bundles of Care"* proposta pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI). Estas bundles que em português se designam por "feixes de intervenção" são "um conjunto de intervenções, que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, no mesmo tempo e espaço, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente". Os "Feixes de Intervenção" têm como objetivo assegurar que "os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência e de uma forma consistente" (Direção Geral da Saúde, 2022).

Em Portugal, a implementação dos feixes de intervenção iniciaram-se em 2015, com a participação no Desafio "STOP Infeção Hospitalar!", projeto de melhoria de âmbito nacional, promovido pela Fundação Gulbenkian em parceria com a Direção-Geral da Saúde e PPCIRA, e com o parceiro Internacional de Implementação o *Institute for Healthcare Improvement* (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015), no qual a ULSNE participou, estando também neste momento a integrar o STOP 2.0.

Os cuidados de saúde têm evoluído ao longo dos anos havendo um uso crescente de dispositivos médicos. Grande parte destes dispositivos são portas de entrada para os microrganismos causando, frequentemente, infeções na corrente sanguínea, nas vias urinárias e nas vias respiratórias. Assim é primordial que os profissionais de saúde tenham conhecimentos de prevenção deste tipo de infeções.

### **6.1 Prevenção da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter vascular central**

Tendo por base a Norma Clínica 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022 (Direção Geral da Saúde, 2022a) de modo a reduzir as Infeções Relacionadas com o Cateter Vascular Central (IRCVC) têm de ser implementadas de forma integrada, as intervenções enumeradas tanto no momento da colocação como aquando da manutenção deste dispositivo. Esta obrigatoriedade é da responsabilidade de todos os profissionais

#### **6.4 Prevenção da infeção do local cirúrgico**

A prevenção da Infeção do Local Cirúrgico (ILC) é um processo complexo, multifatorial, requerendo, por isso, a integração de um conjunto de medidas que abranjam os períodos pré, peri e pós-operatório, de forma padronizada, incluindo a duração de profilaxia antibiótica cirúrgica, fator que leva à resistência a antimicrobianos. No doente a ser submetido a intervenção cirúrgica, no âmbito da prevenção da ILC têm de ser implementadas de forma integrada as intervenções constantes na norma (Direção Geral de Saúde, 2022)

**Normativos relevantes:** procedimentos do UL-PPCIRA (ponto 7 deste documento) e,

- Norma Clínica 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022 - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico

## 7. PROCEDIMENTOS DA UL-PPCIRA

Todos os procedimentos podem ser consultados na intranet no microsite PPCIRA

<http://intranet.ulsne.min-saude.pt/microsites/ppcira/SitePages/Protocolos.aspx>

Tabela 1-Procedimentos UL-PPCIRA

DOCUMENTO
PLA.822.PPCIRA "Plano de Contingência da Doença por Vírus Ébola"
POL.701.CCI "Prevenção de Controlo de Infeções"
POL.815.PPCIRA "Prescrição Antimicrobianos Comunidade"
PRO.816.PPCIRA "Lista Antibioterapia de Utilização Restrita"
PRO.817.PPCIRA "Prescrição de Gentamicina"
PRO.818.PPCIRA "Guia de Orientação Para Utilização de Antibioterapia Profilática em Cirurgia"
POL.819.PPCIRA "Prescrição de Antimicrobianos e Equipa de Consultadoria para a Prescrição de Antimicrobianos"
POL.820.PPCIRA "Controlo de Infeção por MRSA"
POL.821.PPCIRA "Prescrição Antimicrobianos Hospitalar"
PRO.827.PPCIRA "Utilização de Fardamento e Equipamento de Proteção Individual"
PRO. 862.PPCIRA "Controlo de infeção a Enterobacteriáceas Resistentes a Carbapenemes"
PRO. 866.PPCIRA "Descontaminação de materiais e equipamentos"
PRO.028.CCI "Precauções de Isolamento em Doentes Com Tuberculose Pulmonar"
PRO.030.CCI "Prevenir e Controlar a Transmissão de Microorganismos Multiresistentes"
PRO.193.PPCIRA "Profilaxia Pós Exposição a Líquidos Biológicos"
PRO.194.CCI "Medidas de Prevenção e Controlo de Surtos"
PRO.464.CCI "Medidas de Prevenção e Atuação perante Surto de Legionella"
PRO.475.CCI "Higienização das Mãos"
PRO.684.CCI "Medidas de Controlo e Transmissão Enterobacteriaceae"
PRO.739.PPCIRA "Equipamento Proteção Individual"
PRO.764.CCI "Humidificação de Oxigénio"
PRO.795.PPCIRA "Limpeza da Casa Mortuária"
PRO.824.PPCIRA "Vigilância Epidemiológica Infeção Local Cirúrgico"
PRO.825.PPCIRA "Vigilância Prevenção Infeção Ferida Cronica"

DOCUMENTO
PRO.826.PPCIRA "Reprocessamento Endoscópios"
PRO.828.PPCIRA "Precauções de Isolamento Baseadas nas Vias de Transmissão(PBVT)"
PRO.829.PPCIRA "Vigilância Epidemiológica Microrganismos Multirresistentes Antimicrobianos"
PRO.830.PPCIRA "Admissão, Transporte, Transferência e Alta de Doente Infetados"
PRO.831.PPCIRA "Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI)"
PRO.835.PPCIRA "Prevenção da Infecção Associada a Cateter Vesical"
PRO.836.PPCIRA "Prevenção Pneumonia Associada Ventilador"
PRO.837.PPCIRA "Prevenção da Infecção Associada a Cateteres Venosos"
PRO.848.PPCIRA "Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Infecção por <i>Clostridium Difficile</i> "
PRO.855.PPCIRA "Tratamento e transporte de Cadáver"
PRO.856.PPCIRA "Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico"
PRO.857.PPCIRA "Higienização de Ambiente e Superfícies"
PRO.942.PPCIRA "Descontaminação do Ambiente Hospitalar com Vaporização de Peróxido de Hidrogénio-Equipamento DIOSO"
PRO.954.PPCIRA "Prevenção e Controlo de Infecções Respiratórias Sazonais em Unidades de Saúde (Incluindo SARS-COV-2) no inverno de 2021 a 2022"
PRO.964.PPCIRA "Prevenção e Controlo de Infecção Humana por Vírus Monkeypox em Unidades de Saúde"

Estes procedimentos estão a ser revisto, pelo que se aconselha sempre a consultar o microsite

## 8. ATIVIDADES A DESENVOLVER PELOS DINAMIZADORES

Ao longo do ano, os dinamizadores desempenham um papel crucial na coordenação e execução de diversas atividades formativas e operacionais. Uma das formações obrigatórias que os dinamizadores devem organizar é sobre as Precauções Básicas em Controlo de Infecção (PBCI). Encontram-se na tabela 2 as atividades a desenvolver, incluindo as auditorias.

*Tabela 2-Planificação durante o ano*

Auditoria	Nº e periodicidade	Quem realiza	Data limite
Precauções Básicas de Controlo de Infecção	1/ano	UL-PPCIRA	Dezembro
Higiene das Mãos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidados de Saúde Primários e Consulta externa<ul style="list-style-type: none"><li>○ 3 Observações mensais por categoria (100/ano)</li></ul></li><li>• Restantes serviços<ul style="list-style-type: none"><li>○ 7 Observações mensais por categoria (200/ano)</li></ul></li></ul>	Dinamizadores	Envio mensal à UL-PPCIRA até ao dia 10 do mês seguinte
Limpeza terminal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Uma auditoria /assistente operacional/ano.</li></ul>	Dinamizadores	Dezembro
Triagem de Resíduos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Duas auditorias anuais: 1 em cada semestre.</li></ul>	Dinamizadores	Julho e dezembro
<b>Outras atividades</b>			
Formação	<ul style="list-style-type: none"><li>• Formação aos colaboradores das unidades funcionais sobre PBCI</li></ul>	Dinamizadores	Dezembro
Comemoração do dia Mundial da Higiene das Mãos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atividades com a equipa do serviço</li></ul>	Dinamizadores	5 maio
Ações de sensibilização	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atividades com a equipa do serviço</li></ul>	Dinamizadores	Sempre

### **8.1. O papel do enfermeiro no *Stewardship* antimicrobiano**

A resistência aos antimicrobianos representa uma grande ameaça para a saúde humana e animal assim como para o ambiente, uma vez que os microrganismos se disseminam em todos os setores e entre eles. O SA são programas e intervenções projetados para otimizar o uso dos antimicrobianos. O enfermeiro tem um papel importante no "*Stewardship*" antimicrobiano uma vez que é este profissional que está com o doente 24/h e realiza intervenções importantes no combate á resistência antimicrobiana. Todas as intervenções referidas anteriormente contribuem para a diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde, mas existem intervenções que os enfermeiros realizam diariamente e não são reconhecidas como importantes para minimizar as resistências antimicrobianas como:

- Avaliação de alergias;
- Colheitas de amostras microbiológicas com qualidade (urina, hemoculturas, expetoração, feridas);
- Colheitas antes de iniciar os antibióticos;
- Rotulagem apropriada;
- Transporte para o laboratório (ou seja, tempo desde a obtenção da amostra até à entrega no laboratório);
- Verificar resultados microbiológicos e alertar prescritor;
- Conversar com prescritor sobre possibilidade de mudança de via endovenosa para via oral
- Identificação de sinais de infeção
- Correta e rigorosa administração dos fármacos
- Educação dos doentes e famílias/cuidadores acerca do correto uso dos antibióticos

## 9. CONTACTOS ÚTEIS DA UL-PPCIRA

**Tabela 3-** *Contactos úteis*

Prevenção Enfermagem	964713894/51384
Prevenção Médica	912071794
Gabinete UH Bragança	1119/1120/1121
Gabinete UH Macedo de Cavaleiros	2446
Gabinete UH Mirandela	3504


email: [ppcira@ulsne.min-saude.pt](mailto:ppcira@ulsne.min-saude.pt)


## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


- Direção-Geral da Saúde. (2008). Manual de Operacionalização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. *Direção-Geral Da Saúde*, 81. Retrieved from [https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-Operacionalização-do-PNCI\\_2008.pdf](https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-Operacionalização-do-PNCI_2008.pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2022a). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. *Norma Clínica: 022/2015 Atualizada 29 de Agosto de 2022*, 1–18. Retrieved from [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Direção Geral da Saúde. (2022b). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. *Norma Clínica 019/2015 Atualizada a 29 de Agosto de 2022*, 1–18. Retrieved from [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Direção Geral da Saúde. (2022c). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. *Norma Clínica: 021/2015 Atualizada a 17 de Novembro 2022*, 2, 1–14. Retrieved from [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Direção Geral de Saúde. (2012). *Norma 029/2012 atualizada a 31/10/2013 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. 26. Retrieved from <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2019). *Norma Nº 007/2019 - Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. 46. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2022). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. *Norma Clínica: 020/2015 Atualizada a 17 de Novembro 2022*, 1–24. Retrieved from [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Ministério da Saúde. (2007). *Circular Normativa nº 18/DSQC/DSC - Comissões de Controlo de Infecção*. 1–5. Retrieved from <http://www.dgs.pt/?cr=11776>
- Ministério da Saúde. (2022). Despacho nº. 10901/2022 de 8 de setembro - Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). *Diário Da República, II Serie - N.º174- 8 de Setembro 2022*, 2026, 93–99. Retrieved from <https://files.dre.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>


## APÊNDICE II - Procedimentos PICC e Midline e CVC


A aguardar validação pela direção até à data


	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO: PRO.837.PPCIRA</b> <b>DATA:</b> <b>EDIÇÃO Nº:</b> <b>REVISÃO:</b>		
<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETER MIDLINE OU PICC</b>				
<b>ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.</b>				
<b>OBJETIVOS:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Uniformizar procedimentos na inserção, manutenção, substituição e remoção de PICC e Cateter MIDLINE</li><li>• Orientar os profissionais de saúde para o cumprimento dos feixes de prevenção de infeção</li><li>• Diminuir a infeção da corrente sanguínea associada ao Cateter MIDLINE ou PICC</li><li>• Incrementar a qualidade dos cuidados e a segurança do paciente com cateter PICC e Cateter MIDLINE</li></ul>				
<b>DEFINIÇÕES:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>PICC (Peripherally Inserted Central Catheter):</b> consiste num dispositivo para acesso venoso composto de um cateter de material biocompatível que inserido numa veia periférica (na maioria dos casos do membro superior) atinge uma posição central, ou seja, a área de transição entre a veia cava superior e o átrio direito.</li><li>• <b>Midline:</b> consiste no acesso venoso inserido no terço médio do braço, com a ponta na área torácica da veia axilar ou na veia subclávia.</li><li>• <b>Técnica Assética sem toque (ANTT "Aseptic Non Touch Technique"):</b> consiste na desinfeção do local de punção, garantindo que este não volta a ser tocado antes da punção, assim como a manutenção da assepsia dos componentes do acesso vascular (cateter/torneiras/conectores/sistemas/infusões...)</li><li>• <b>Infeção Nosocomial Da Corrente Sanguínea (INCS) de origem primária associada a Cateter Vascular Central:</b> confirmação laboratorial de infeção da corrente sanguínea e cuja causa não é secundária a um foco de infeção conhecido noutra parte do corpo, em doente com presença do dispositivo - CVC até 4 dias antes da INCS.</li></ul>				
<b>RESPONSABILIDADES:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• É da responsabilidade do GCL-PPCIRA emitir orientações técnicas e realizar formação inicial, de carácter prático, aos profissionais de saúde que manipulam este tipo de dispositivo</li><li>• É da responsabilidade dos Diretores de Serviço, Enfermeiros Chefe e Responsável dos Técnicos de Diagnóstico em particular os de imagiologia, garantirem o cumprimento das boas práticas de controlo de infeção para prevenção da infeção associada a Cateter MIDLINE ou PICC</li><li>• É da responsabilidade do médico e do enfermeiro prestador de cuidados o registo dos dados de colocação, manutenção e remoção do Cateter MIDLINE ou PICC nos locais definidos</li></ul>				
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>		<b>Próxima revisão:</b>	<b>Páginas</b>
<b>Nome:</b> GCL - PPCIRA	<b>Data:</b>	<b>Nome:</b> Conselho de Administração	01-02-2026	1/13
<b>Ass.:</b>		<b>Ass.:</b>		


	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO: PRO.837.PPCIRA</b> <b>DATA:</b> <b>EDIÇÃO Nº:</b> <b>REVISÃO:</b>		
<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETER MIDLINE OU PICC</b>				
<b>ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• É da responsabilidade das Direções de Serviço garantir a implementação, cumprimento e monitorização deste procedimento</li> <li>• É da responsabilidade do Enfermeiro Chefe o preenchimento (nos serviços com internamento) da “Folha Formulário Calendário” da Direção Geral de Saúde.</li> </ul>				
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>		<b>Próxima revisão:</b>	<b>Páginas</b>
<b>Nome:</b> GCL - PPCIRA	<b>Data:</b>	<b>Nome:</b> Conselho de Administração	01-02-2026	2/13
<b>Ass.:</b>		<b>Ass.:</b>		


 <p>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE E.P.E.</p>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO: PRO.837.PPCIRA</b> <b>DATA:</b> <b>EDIÇÃO Nº:</b> <b>REVISÃO:</b>																									
<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETER MIDLINE OU PICC</b>																											
<b>ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.</b>																											
<p><b>DESCRIÇÃO:</b></p> <table border="1" data-bbox="316 600 1206 1111"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="316 600 1206 629">Detalhes do Documento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="316 629 762 667">Tipo de documento</td> <td data-bbox="762 629 1206 667">Orientação Clínica</td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 667 762 730">Nome do documento</td> <td data-bbox="762 667 1206 730">PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETER MIDLINE OU PICC</td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 730 762 763">Localização do documento</td> <td data-bbox="762 730 1206 763">Intranet – Microsite PPCIRA</td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 763 762 790">Versão</td> <td data-bbox="762 763 1206 790"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 790 762 846">Autores</td> <td data-bbox="762 790 1206 846">Cristina Nunes, Ângela Fernandes, Irene Barros, Sandra Linhares</td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 846 762 873">Data de Criação</td> <td data-bbox="762 846 1206 873"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 873 762 900">Para implementação</td> <td data-bbox="762 873 1206 900"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 900 762 927">Data de revisão</td> <td data-bbox="762 900 1206 927"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 927 762 954">Aprovado por, data</td> <td data-bbox="762 927 1206 954"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 954 762 1070">Palavras-chave</td> <td data-bbox="762 954 1206 1070">PICC e Cateter MIDLINE; Prevenção da infecção associada a PICC e Cateter MIDLINE; Técnica asséptica sem toque (ANTT “Aseptic Non Touch Technique”);</td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 1070 762 1111">Regulamentos externos relevantes</td> <td data-bbox="762 1070 1206 1111"></td> </tr> </tbody> </table>				Detalhes do Documento		Tipo de documento	Orientação Clínica	Nome do documento	PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETER MIDLINE OU PICC	Localização do documento	Intranet – Microsite PPCIRA	Versão		Autores	Cristina Nunes, Ângela Fernandes, Irene Barros, Sandra Linhares	Data de Criação		Para implementação		Data de revisão		Aprovado por, data		Palavras-chave	PICC e Cateter MIDLINE; Prevenção da infecção associada a PICC e Cateter MIDLINE; Técnica asséptica sem toque (ANTT “Aseptic Non Touch Technique”);	Regulamentos externos relevantes	
Detalhes do Documento																											
Tipo de documento	Orientação Clínica																										
Nome do documento	PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETER MIDLINE OU PICC																										
Localização do documento	Intranet – Microsite PPCIRA																										
Versão																											
Autores	Cristina Nunes, Ângela Fernandes, Irene Barros, Sandra Linhares																										
Data de Criação																											
Para implementação																											
Data de revisão																											
Aprovado por, data																											
Palavras-chave	PICC e Cateter MIDLINE; Prevenção da infecção associada a PICC e Cateter MIDLINE; Técnica asséptica sem toque (ANTT “Aseptic Non Touch Technique”);																										
Regulamentos externos relevantes																											
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>		<b>Próxima revisão:</b>	<b>Páginas</b>																							
<b>Nome:</b> GCL - PPCIRA	<b>Data:</b>	<b>Nome:</b> Conselho de Administração	01-02-2026	<a href="#">3/13</a>																							
<b>Ass.:</b>		<b>Ass.:</b>																									


	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO: PRO.837.PPCIRA</b> <b>DATA:</b> <b>EDIÇÃO Nº:</b> <b>REVISÃO:</b>																									
<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETER MIDLINE OU PICC</b>																											
<b>ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.</b>																											
<p><b>DESCRIÇÃO:</b></p> <table border="1" data-bbox="316 600 1206 1111"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="316 600 1206 629"> <b>Detalhes do Documento</b> </th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="316 629 761 667"> <b>Tipo de documento</b> </td> <td data-bbox="761 629 1206 667"> <b>Orientação Clínica</b> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 667 761 730"> <b>Nome do documento</b> </td> <td data-bbox="761 667 1206 730"> <b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETER MIDLINE OU PICC</b> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 730 761 763"> <b>Localização do documento</b> </td> <td data-bbox="761 730 1206 763"> <b>Intranet – Microsite PPCIRA</b> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 763 761 790"> <b>Versão</b> </td> <td data-bbox="761 763 1206 790"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 790 761 846"> <b>Autores</b> </td> <td data-bbox="761 790 1206 846"> <b>Cristina Nunes, Ângela Fernandes, Irene Barros, Sandra Linhares</b> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 846 761 873"> <b>Data de Criação</b> </td> <td data-bbox="761 846 1206 873"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 873 761 900"> <b>Para implementação</b> </td> <td data-bbox="761 873 1206 900"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 900 761 927"> <b>Data de revisão</b> </td> <td data-bbox="761 900 1206 927"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 927 761 954"> <b>Aprovado por, data</b> </td> <td data-bbox="761 927 1206 954"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 954 761 1070"> <b>Palavras-chave</b> </td> <td data-bbox="761 954 1206 1070"> <b>PICC e Cateter MIDLINE; Prevenção da infecção associada a PICC e Cateter MIDLINE; Técnica asséptica sem toque (ANTT “Aseptic Non Touch Technique”);</b> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="316 1070 761 1111"> <b>Regulamentos externos relevantes</b> </td> <td data-bbox="761 1070 1206 1111"></td> </tr> </tbody> </table>				<b>Detalhes do Documento</b>		<b>Tipo de documento</b>	<b>Orientação Clínica</b>	<b>Nome do documento</b>	<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETER MIDLINE OU PICC</b>	<b>Localização do documento</b>	<b>Intranet – Microsite PPCIRA</b>	<b>Versão</b>		<b>Autores</b>	<b>Cristina Nunes, Ângela Fernandes, Irene Barros, Sandra Linhares</b>	<b>Data de Criação</b>		<b>Para implementação</b>		<b>Data de revisão</b>		<b>Aprovado por, data</b>		<b>Palavras-chave</b>	<b>PICC e Cateter MIDLINE; Prevenção da infecção associada a PICC e Cateter MIDLINE; Técnica asséptica sem toque (ANTT “Aseptic Non Touch Technique”);</b>	<b>Regulamentos externos relevantes</b>	
<b>Detalhes do Documento</b>																											
<b>Tipo de documento</b>	<b>Orientação Clínica</b>																										
<b>Nome do documento</b>	<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETER MIDLINE OU PICC</b>																										
<b>Localização do documento</b>	<b>Intranet – Microsite PPCIRA</b>																										
<b>Versão</b>																											
<b>Autores</b>	<b>Cristina Nunes, Ângela Fernandes, Irene Barros, Sandra Linhares</b>																										
<b>Data de Criação</b>																											
<b>Para implementação</b>																											
<b>Data de revisão</b>																											
<b>Aprovado por, data</b>																											
<b>Palavras-chave</b>	<b>PICC e Cateter MIDLINE; Prevenção da infecção associada a PICC e Cateter MIDLINE; Técnica asséptica sem toque (ANTT “Aseptic Non Touch Technique”);</b>																										
<b>Regulamentos externos relevantes</b>																											
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>		<b>Próxima revisão:</b>	<b>Páginas</b>																							
<b>Nome:</b> GCL - PPCIRA	<b>Data:</b>	<b>Nome:</b> Conselho de Administração	01-02-2026	3/13																							
<b>Ass.:</b>		<b>Ass.:</b>																									


	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO: PRO.837.PPCIRA</b> <b>DATA:</b> <b>EDIÇÃO Nº:</b> <b>REVISÃO:</b>		
<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETER MIDLINE OU PICC</b>				
<b>ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.</b>				
<p><b>Pontos Chave</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os Feixes como conjunto de intervenções podem reduzir as infeções associadas à corrente sanguínea.</li> <li>• Feixe de Colocação: Reforço de atenção nos passos: 1) Higienização das mãos de acordo com os “5 momentos” da OMS. 2) Lavagem cirúrgica das mãos e colocação de EPI.; 3) Escolha do local; 4) Limpeza e desinfeção do local de punção – fricção com clorohexidina a 2% em álcool ou em aplicador ChloraPrep. 5) Técnica assética no-touch); 5) Registos.</li> </ul> <p>1. Feixe de Manutenção: 1) Revisão diária da necessidade do Cateter Midline ou PICC, com remoção imediata se este não for necessário; 2) Registo dos detalhes da remoção do Cateter Midline ou PICC (data e localização); 3) Higienização das mãos; 4) Utilizar técnica no touch nos pontos de acesso ao Cateter Midline ou PICC; 5) Desinfeção dos pontos de acesso do Cateter Midline ou PICC – bioconectores torneiras, tampas. Estes componentes deverão ser substituídos às 96 horas e sempre que o sistema de administração é mudado; 6) Efetuar lavagem, com seringa de 10 mL usando a técnica push/pause, ou seja, start and stop com 2 a 3 mL cada vez até terminar a seringa de 10 mL. 7) Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do Cateter Midline ou PICC, utilizar penso transparente; 8) Substituir Cateter Midline ou PICC a cada 8 semanas) 9) Registos.</p>				
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>		<b>Próxima revisão:</b>	<b>Páginas</b>
<b>Nome:</b> GCL - PPCIRA	<b>Data:</b>	<b>Nome:</b> Conselho de Administração	01-02-2026	4/13
<b>Ass.:</b>		<b>Ass.:</b>		


	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO: PRO.837.PPCIRA</b> <b>DATA:</b> <b>EDIÇÃO Nº:</b> <b>REVISÃO:</b>		
<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETER MIDLINE OU PICC</b>				
<b>ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.</b>				
<p><b>INTRODUÇÃO</b></p> <p>Um PICC (Peripherally Inserted Central Catheter) consiste num dispositivo para acesso venoso composto de um cateter de material biocompatível que, inserido numa veia periférica (na maioria dos casos do membro superior) atinge uma posição central, ou seja, a área de transição entre a veia cava superior e o átrio direito. Um cateter Midline define-se como um acesso venoso inserido no terço médio do braço, com a ponta na área torácica da veia axilar ou na veia subclávia.</p> <p>Estes podem ser colocados durante horas, a um máximo de 8 semanas e podem ser manipulados por variados profissionais de saúde, de diferentes categorias. São frequentemente utilizados para administração de fluidos, terapêutica, administração de sangue e derivados e nutrição parentérica e para colheita de sangue. Dado que cada ponto de acesso do cateter é um potencial acesso de inoculação de microrganismos, o período após colocação de cateter apresenta múltiplas oportunidades de risco de infeção. A colocação de um cateter Midline ou PICC é considerada um procedimento complexo, uma vez que se verifica a necessidade de cuidados específicos, no que respeita à escolha do cateter/local, inserção assética, manutenção assética e na prevenção de complicações.</p> <p>A aplicação de um conjunto de intervenções sistematizadas – Feixes, de forma consistente e baseados na melhor evidência científica com enfoque na colocação e manipulação de cateteres podem ter impacto positivo na prevenção de infeções associadas à corrente sanguínea.</p> <p><b>PREVENÇÃO DA INFEÇÃO RELACIONADA COM PICC E CATETER MIDLINE</b></p> <p><b>Formação e competências</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir que os profissionais de saúde recebem formação e estão treinados na inserção e manipulação de Cateter MIDLINE ou PICC</li> <li>• Garantir que os doentes recebem informação sobre os cuidados a manterem para prevenir complicações com o Cateter MIDLINE ou PICC</li> </ul> <p><b>Seleção do tipo de cateter</b></p> <p>Devem ser selecionados de acordo com a utilização a que se destina o acesso (infusões de medicamentos, nutrição parentérica, etc), de acordo com o contexto em que o acesso será utilizado (intra-hospitalar e extra-hospitalar) e de acordo com a duração para a qual se destina.</p>				
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>		<b>Próxima revisão:</b>	<b>Páginas</b>
<b>Nome:</b> GCL - PPCIRA	<b>Data:</b>	<b>Nome:</b> Conselho de Administração	01-02-2026	6/13
<b>Ass.:</b>		<b>Ass.:</b>		


 <p>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE LTDA</p>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO: PRO.837.PPCIRA</b> <b>DATA:</b> <b>EDIÇÃO Nº:</b> <b>REVISÃO:</b>			
<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETER MIDLINE OU PICC</b>					
<b>ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.</b>					
<p style="text-align: center;"><b>Seleção do local de cateterização</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A decisão de colocação de cateter Midline ou PICC deve obedecer a uma avaliação rigorosa da necessidade clínica e revisão diária dessa necessidade</li> <li>• Utilizar ecógrafo</li> <li>• Não devem ser colocados cateter Midline ou PICC em locais onde existam lesões graves da pele (ex: queimaduras)</li> </ul> <p><b>1. FEIXE DE INTERVENÇÕES DE COLOCAÇÃO DE CATETER MIDLINE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deverá existir evidência de que é avaliada a necessidade de colocar Cateter MIDLINE e registada a razão da sua necessidade</li> <li>2. A colocação deve ser realizada ou monitorizada por um profissional com treino e competência específica e deve ser feito um programa educativo para orientação e aquisição de competências</li> <li>3. Reunir todo o material necessário à colocação de Cateter MIDLINE ou utilizar um kit pré-preparado e desinfetar a superfície do carro de apoio</li> <li>4. Escolher pelo exame de ultrassonografia uma veia de calibre suficientemente amplo e um cateter de tamanho cujo indicador de nível deve ser proporcional para utilização clínica, ou seja, escolher uma veia cujo calibre seja pelo menos igual a 3 vezes o tamanho do cateter escolhido (evitar áreas de flexão)</li> <li>5. Escolher veias em áreas estáveis (antebraço e braço)</li> <li>6. Higienizar as mãos de acordo com os “5 momentos” da OMS</li> <li>7. Fazer lavagem cirúrgica das mãos de acordo com as preconizações da OMS: higiene das mãos e antebraços pelo método de fricção com SABA ou lavagem com sabão antisséptico</li> <li>8. Utilizar bata impermeável, luvas estéreis, touca, máscara, e protetor ocular</li> <li>9. Utilizar campo estéril de grandes dimensões, impermeável, irrecuperável, que cubra a maior parte da superfície corporal do doente</li> <li>10. Utilizar clorhexidina a 2% em álcool solução ou em aplicador ChloraPrep para limpeza e desinfecção do local de inserção. Friccionar durante pelo menos 30 segundos para todas as localizações. Deixar secar ao ar por 30</li> </ol>					
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>		<b>Próxima revisão:</b>	<b>Páginas</b>
<b>Nome:</b> GCL - PPCIRA	<b>Data:</b>	<b>Nome:</b> Conselho de Administração		01-02-2026	7/13
<b>Ass.:</b>		<b>Ass.:</b>			


 <p>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE E.P.E.</p>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO: PRO.837.PPCIRA</b> <b>DATA:</b> <b>EDIÇÃO Nº:</b> <b>REVISÃO:</b>		
<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETER MIDLINE OU PICC</b>				
<b>ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.</b>				
<p>a 60 segundos. Em pele não íntegra, utilizar solução antisséptica aquosa garantindo 2 minutos de tempo de secagem</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Punção venosa ecoguiada out-of-plane, depois da anestesia local por infiltração.</li> <li>12. Posicionar o cateter por técnica de Seldinger direta: utilização separada e em sucessão de agulha, guia metálica fina de ponta reta e cateter</li> <li>13. Lavar o cateter e desligar o sistema valvulado com proteção do tipo Needle Free Connector com pressão neutra</li> <li>14. Estabilizar o cateter com dispositivo esterilizado: curativo transparente adesivo semipermeável com ou sem sistema de estabilização sutureless, isto permite que sejam utilizados apenas dispositivos estéreis.</li> <li>15. Identificar no penso a data de colocação</li> <li>16. Efetuar registos do motivo de colocação de Midline, data de colocação e local</li> </ol> <p><b>2. FEIXE DE INTERVENÇÕES DE COLOCAÇÃO DE PICC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>17. Deverá existir evidência de que é avaliada a necessidade de colocar PICC e registada a razão da sua necessidade</li> <li>18. A colocação deve ser realizada ou monitorizada por um profissional com treino e competência específica e deve ser feito um programa educativo para orientação e aquisição de competências</li> <li>19. Reunir todo o material necessário à colocação de PICC ou utilizar um kit pré-preparado e desinfetar a superfície do carro de apoio</li> <li>20. Higienizar as mãos de acordo com os “5 momentos” da OMS no momento de avaliação do local de punção</li> <li>21. Fazer lavagem cirúrgica das mãos de acordo com as preconizações da OMS: higiene das mãos e antebraços pelo método de fricção com SABA ou lavagem com sabão antisséptico</li> <li>22. Utilizar bata impermeável, luvas estéreis, touca, máscara, e protetor ocular</li> <li>23. Utilizar campo estéril de grandes dimensões, impermeável, irrecuperável, que cubra a maior parte da superfície corporal do doente</li> </ol>				
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>		<b>Próxima revisão:</b>	<b>Páginas</b>
<b>Nome:</b> GCL - PPCIRA	<b>Data:</b>	<b>Nome:</b> Conselho de Administração	01-02-2026	8/13
<b>Ass.:</b>		<b>Ass.:</b>		


	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO: PRO.837.PPCIRA</b> <b>DATA:</b> <b>EDIÇÃO Nº:</b> <b>REVISÃO:</b>			
<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETER MIDLINE OU PICC</b>					
<b>ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.</b>					
<p>24. Utilizar clorohexidina a 2% em álcool solução ou em aplicador ChloraPrep para limpeza e desinfecção do local de inserção. Friccionar durante pelo menos 30 segundos para todas as localizações. Deixar secar ao ar por 30 a 60 segundos. Em pele não íntegra, utilizar solução antisséptica aquosa garantindo 2 minutos de tempo de secagem</p> <p>25. Realizar o ultrassom de todas as veias dos braços e do pescoço</p> <p>26. Escolher a via mais adequada quanto ao tamanho, posição e profundidade</p> <p>27. Realizar ultrassom da identificação do nervo mediano e da artéria braquial</p> <p>28. Realizar punção venosa ecoguiada</p> <p>29. Controlar a veia jugular durante a progressão do cateter através de ultrassom</p> <p>30. Utilizar método do ECG intracavitário para verificar a posição da ponta.</p> <p>31. Fixar o cateter por sutureless device</p> <p>32. Identificar no penso a data de colocação</p> <p>33. Efetuar registos do motivo de colocação de PICC, data de colocação e local</p> <p><b>3. FEIXE DE INTERVENÇÕES DE MANUTENÇÃO DA PERMEABILIDADE DE CATETER MIDLINE OU PICC</b></p> <p>2. Avaliar diariamente a necessidade do Cateter Midline ou PICC, confirmar duração do cateter todos os dias e registar em notas de enfermagem e médicas. Se possível, preferir a colocação de cateter venoso periférico</p> <p>3. Higienizar as mãos de acordo com os "5 momentos" da OMS e utilizar técnica no-touch nos pontos de acesso do cateter midline ou PICC</p> <p>4. Colocar luvas não estéreis</p> <p>5. Utilizar clorohexidina 2% em álcool para limpeza e desinfecção do local de inserção quando for mudar o penso (friccionar por 30 segundos e deixar secar ao ar por 30 segundos)</p> <p>6. Efetuar lavagem ativa, com seringa de 10 mL operada manualmente, e usando a técnica push/pause, ou seja, start and stop com 2 a 3 mL cada vez até terminar a seringa de 10 mL.</p> <p>7. Após infusão de sangue/hemoderivados ou hemocomponentes, ou depois de nutrição parenteral com lipídios ou após injeção de contraste é recomendável fazer a lavagem ativa descrita no ponto 5, mas com 20 mL de soro fisiológico</p> <p>8. Fechar cada lúmen do sistema no final da utilização, com solução fisiológica</p>					
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>		<b>Próxima revisão:</b>	<b>Páginas</b>
<b>Nome:</b> GCL - PPCIRA	<b>Data:</b>	<b>Nome:</b> Conselho de Administração		01-02-2026	9/13
<b>Ass.:</b>		<b>Ass.:</b>			

 <p>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE EPE</p>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO: PRO.837.PPCIRA</b> <b>DATA:</b> <b>EDIÇÃO Nº:</b> <b>REVISÃO:</b>		
<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETER MIDLINE OU PICC</b>				
<b>ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.</b>				
<p>9. Registrar em notas a realização da manutenção do cateter midline ou PICC</p> <p style="text-align: center;"><b>Nos cuidados do cateter midline e PICC</b></p> <p>10. Não enviar de forma regular pontas de cateter para exame cultural microbiológico</p> <p>11. Não aplicar cremes ou emulsões com antimicrobianos no local de inserção (exceto no cateter de dialise de longa duração)</p> <p>12. Higienizar as mãos de acordo com os “5 momentos” da OMS e utilizar técnica no-touch nos pontos de acesso do cateter midline ou PICC</p> <p>13. Colocar luvas não estéreis</p> <p>14. Utilizar clorohexidina 2% em álcool para limpeza e desinfecção do local de inserção quando for mudar o penso (friccionar por 30 segundos e deixar secar ao ar por 30 segundos)</p> <p>15. Garantir o local de inserção limpo e sem sangue</p> <p>8. Colocar penso transparente, estéril semipermeável de poliuretano ou colocar penso com compressa nas primeiras horas de hemorragia ativa no local de inserção</p> <p>9. Mudar o penso com compressa a cada 2 dias e o penso transparente a cada 7 dias (não aplicável no caso de estar visivelmente sujo ou descolado)</p> <p>10. Registrar a data de realização do penso no local de inserção</p> <p>11. Registrar a data de realização do penso em notas e utilizar apoio eletrônico na implementação da intervenção diária de inspeção e atuação</p> <p>12. Se possível, utilizar um kit de mudança de penso, onde se encontra todo o material necessário</p> <p style="text-align: center;"><b>Cuidados com os lúmens, bionectores, sistemas e bombas/seringa de infusão</b></p> <p>13. Realizar higienização das mãos, de acordo com os “5 momentos” da OMS, imediatamente antes de manipular o acesso</p> <p>14. Colocar luvas</p> <p>15. Ocluir lúmens com tampas ou com bionectores (se possível deverão ter prolongadormultilúmen em poliuretano com bionector bidirecional)</p>				
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>		<b>Próxima revisão:</b>	<b>Páginas</b>
<b>Nome:</b> GCL - PPCIRA	<b>Data:</b>	<b>Nome:</b> Conselho de Administração	01-02-2026	10/13
<b>Ass.:</b>		<b>Ass.:</b>		

 <p>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE E.P.E.</p>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO: PRO.837.PPCIRA</b> <b>DATA:</b> <b>EDIÇÃO Nº:</b> <b>REVISÃO:</b>		
<b>PREVENÇÃO DE INFECÇÃO ASSOCIADA A CATETER MIDLINE OU PICC</b>				
<b>ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.</b>				
<p>16. Friccionar a entrada do bionector por pelo menos 15 segundos antes da sua manipulação com toalhete estéril impregnado de álcool 70% e cloro-hexidina a 2% (toalhete estéril individualizado-Clinell®) e deixar secar</p> <p>17. Substituir os sistemas de administração de fármacos e prolongadores, torneiras e conectores com uma regularidade de 96 horas, exceto se visivelmente sujo ou suspeita de infecção</p> <p>18. Substituir os sistemas de sangue e derivados do sangue em 8 horas e imediatamente no final da infusão. No caso das emulsões lipídicas (i.e., nutrição parentérica e alguns fármacos) substituir a cada 24 horas.</p> <p>19. Substituir sistemas de perfusão de propofol em 6-12 horas</p> <p>20. Se forem utilizadas tampas, estas deverão ser substituídas por outra tampa compatível e estéril a cada utilização.</p> <p>21. Limpar e desinfetar as bombas infusoras a cada 24 horas e após alta com Azomax.</p> <p>22. Se possível, deverão ser utilizados kits pré-preparados com material adequado à manipulação do cateter</p> <p><b>4. FEIXE DE INTERVENÇÕES DE SUBSTITUIÇÃO OU REMOÇÃO DE CATETER MIDLINE OU PICC</b></p> <p>1. Os cateteres MIDLINE ou PICC devem ser removidos logo que deixem de ser necessários</p> <p>2. Se forem colocados de forma urgente, sem garantia de assepsia, devem ser substituídos logo que possível, nas primeiras 48 horas</p> <p>3. Os cateteres MIDLINE e PICC deverão ser removidos entre as 6 e as 8 semanas, e sempre que houver suspeita de infecção associada.</p> <p>4. Em alguns casos, a substituição do cateter utilizando o fio guia constitui uma opção alternativa eficaz com relação à remoção e inserção em outro local</p> <p>5. Avaliar diariamente o local de inserção dos cateteres por inspeção visual se a cobertura for transparente e através de palpação se este for opaco. O uso de penso opaco só deve ser usado em situações pontuais e devidamente justificadas. Registrar a presença ou ausência de sinais inflamatórios</p> <p>6. Proceder à higienização das mãos de acordo com os “5 momentos” preconizados pela OMS, antes da manipulação dos cateteres</p> <p>7. Colocar luvas não estéreis</p> <p>8. Impregnar compressa com álcool a 70%, humedecer o penso, facilitando a sua remoção</p> <p>9. Remover o cateter com um movimento rápido</p> <p>10. Comprimir o local com compressa esterilizada embebida em álcool a 70%</p>				
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>		<b>Próxima revisão:</b>	<b>Páginas</b>
<b>Nome:</b> GCL - PPCIRA	<b>Data:</b>	<b>Nome:</b> Conselho de Administração	01-02-2026	11/13
<b>Ass.:</b>		<b>Ass.:</b>		

	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO: PRO.837.PPCIRA</b> <b>DATA:</b> <b>EDIÇÃO Nº:</b> <b>REVISÃO:</b>		
<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETER MIDLINE OU PICC</b>				
<b>ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.</b>				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colocar penso compressivo seco</li> <li>2. No caso de necessidade de nova punção recomenda-se seguir o feixe de colocação de CATETER MIDLINE e PICC</li> <li>3. Registrar os detalhes da remoção do cateter em notas clínicas (incluindo data e localização)</li> </ol>				
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>		<b>Próxima revisão:</b>	<b>Páginas</b>
<b>Nome:</b> GCL - PPCIRA	<b>Data:</b>	<b>Nome:</b> Conselho de Administração	01-02-2026	12/13
<b>Ass.:</b>		<b>Ass.:</b>		

	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO: PRO.837.PPCIRA</b> <b>DATA:</b> <b>EDIÇÃO Nº:</b> <b>REVISÃO:</b>		
<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETER MIDLINE OU PICC</b>				
<b>ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.</b>				
<p style="text-align: center;"><b>BIBLIOGRAFIA</b></p> <p>Amaral AFS. STOP infecção hospitalar! UM DESAFIO GULBENKIAN. Fund Calouste Gulbenkian. 2015.</p> <p>Direção Geral de Saúde / PPCIRA. Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário PPCIRA. 2021.</p> <p>Vigilância Epidemiológica das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea. Elaine Pina, Maria Goreti Silva, Nuno Janeiro, José Artur Paiva, Luis Lito, Etelvina Ferreira. PNCI, Abril de 2012.</p> <p>Manual GAVeCeLT de PICC E CATETER MIDLINE, Indicações, inserção e manejo. Mauro Pittiruti, Giancarlo Scoppettuolo. 2017</p>				
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>		<b>Próxima revisão:</b>	<b>Páginas</b>
<b>Nome:</b> GCL - PPCIRA	<b>Data:</b>	<b>Nome:</b> Conselho de Administração	01-02-2026	13/13
<b>Ass.:</b>		<b>Ass.:</b>		

 <p>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE E.P.E.</p>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO: PRO.837.PPCIRA</b> <b>DATA:</b> <b>EDIÇÃO Nº:</b> <b>REVISÃO:</b>	
<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETERES VASCULARES CENTRAIS</b>			
<b>ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.</b>			
<p><b>OBJETIVOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uniformizar procedimentos na inserção, manutenção, substituição e remoção de cateter vascular central (CVC)</li> <li>• Orientar os profissionais de saúde para o cumprimento do feixe de prevenção de infeção associada a CVC</li> <li>• Diminuir a infeção da corrente sanguínea associada ao CVC (ICSRCVC)</li> <li>• Incrementar a qualidade dos cuidados e a segurança do doente com cateteres vasculares</li> </ul> <p><b>DEFINIÇÕES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cateter Vascular Central (CVC):</b> dispositivo de acesso à circulação venosa, implantado numa veia de grande calibre, jugular interna, subclávia ou via femoral.</li> <li>• <b>Técnica Assética sem toque (ANTT “Aseptic Non Touch Technique”):</b> consiste na desinfeção do local de punção, garantindo que este não volta a ser tocado antes da punção, assim como a manutenção da assepsia dos componentes do acesso vascular (cateter/torneiras/conectores/sistemas/infusões...)</li> <li>• <b>Infeção Nosocomial Da Corrente Sanguínea (INCS) de origem primária associada a Cateter Vascular Central:</b> confirmação laboratorial de infeção da corrente sanguínea e cuja causa não é secundária a um foco de infeção conhecido noutra parte do corpo, em doente com presença do dispositivo - CVC até 4 dias antes da INCS.</li> </ul> <p><b>RESPONSABILIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• É da responsabilidade da UL-PPCIRA emitir orientações técnicas e realizar formação inicial, de carácter prático, aos profissionais de saúde que manipulam este tipo de dispositivo</li> <li>• É da responsabilidade dos Diretores de Serviço, Enfermeiros <del>Chefe</del> Gestores e Responsável dos Técnicos de Diagnóstico em particular os de imagiologia, garantirem o cumprimento das boas práticas de controlo de infeção para prevenção da infeção associada a CVC através da implementação, cumprimento e monitorização deste procedimento</li> <li>• É da responsabilidade do médico e do enfermeiro prestador de cuidados o registo dos dados de colocação, manutenção e remoção do cateter vascular central nos locais definidos</li> <li>• É da responsabilidade do Enfermeiro Chefe o preenchimento (nos serviços com internamento) da “Folha Formulário Calendário” da Direção Geral de Saúde.</li> </ul>			
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>		<b>Próxima revisão:</b>
<b>Nome: GCL - PPCIRA</b>	<b>Data:</b>	<b>Nome: Conselho de Administração</b>	
<b>Ass.:</b>		<b>Ass.:</b>	01-02-2026 <span style="float: right;">3/15</span>


**PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETERES VASCULARES CENTRAIS**


ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.


**DESCRIÇÃO:**


Detalhes do Documento	
Tipo de documento	Orientação Clínica
Nome do documento	PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETERES VASCULARES CENTRAIS
Localização do documento	Intranet – Microsite PPCIRA
Versão	
Autores	Cristina Nunes, Ângela Fernandes, Irene Barros, Sandra Linhares, Ana Catarina Fernandes
Data de Criação	
Para implementação	
Data de revisão	
Aprovado por, data	
Palavras-chave	Cateter Vascular Central; Prevenção da infeção associada a CVC; Técnica assética sem toque (ANTT “Aseptic Non Touch Technique”);
Regulamentos externos relevantes	DGS; NORMA CLÍNICA: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022


Elaborado por:	Aprovado por:		Próxima revisão:	Páginas
Nome: GCL - PPCIRA	Data:	Nome: Conselho de Administração		
Ass.:		Ass.:	01-02-2026	2/15


	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO: PRO.837.PPCIRA</b> <b>DATA:</b> <b>EDIÇÃO Nº:</b> <b>REVISÃO:</b>	
<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETERES VASCULARES CENTRAIS</b>			
<b>ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.</b>			
<div style="background-color: #f0f0f0; padding: 10px; border: 1px solid #ccc;"> <p><b>Pontos Chave</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Os Feixes como conjunto de intervenções podem reduzir as infeções associadas à corrente sanguínea.</li> <li>Feixe de Colocação: CVC devem ser colocados em ambiente estéril como Bloco Operatório e Serviço de Medicina Intensiva/Sala de Emergência. Reforço de atenção nos passos: 1) Higienização das mãos de acordo com os “5 momentos” da OMS. 2) Lavagem cirúrgica das mãos e colocação de EPI.; 3) Escolha do local/tipo do CVC; 4) Limpeza e desinfeção do local de punção – fricção com clorhexidina a 2% em álcool ou em aplicador ChloraPrep. 5) Técnica assética (no touch); 5) Registos.</li> <li>Feixe de Manutenção: 1) Revisão diária da necessidade do CVC, com remoção imediata se este não for necessário; 2) Registo dos detalhes da remoção do CVC (data e localização); 3) Higienização das mãos antes da manipulação do acesso; 4) Utilizar técnica <i>no touch</i> nos pontos de acesso ao CVC; 5) Desinfeção dos pontos de acesso do CVC – bioconectores, torneiras, válvulas e tampas. Estes componentes deverão ser substituídos às 96 horas e sempre que o sistema de administração é mudado; 6) Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do CVC, utilizar penso transparente; 7) Substituir CVC a cada 7 dias; 8) Registos.</li> </ul> </div>			
<b>Elaborado por:</b> Nome: GCL - PPCIRA	<b>Aprovado por:</b> Nome: Conselho de Administração		<b>Próxima revisão:</b> 01-02-2026
Ass.:		Ass.:	Páginas 3/15


 <p>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE LTDA</p>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO: PRO.837.PPCIRA</b> <b>DATA:</b> <b>EDIÇÃO Nº:</b> <b>REVISÃO:</b>		
<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETERES VASCULARES CENTRAIS</b>				
<b>ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.</b>				
<p><b>INTRODUÇÃO</b></p> <p>Um Cateter Vascular Central define-se como um dispositivo de acesso à circulação venosa implantado numa veia de grande calibre, jugular interna, subclávia ou via femoral. Estes podem ser colocados durante horas, a 7 dias e podem ser manipulados por variados profissionais de saúde, de diferentes categorias. São frequentemente utilizados para administração de fluidos, terapêutica, administração de sangue e derivados, nutrição parentérica e para colheita de sangue. Dado que cada ponto de acesso do cateter é um potencial acesso de inoculação de microrganismos, o período após colocação de cateter apresenta múltiplas oportunidades de risco de infeção. A colocação de um CVC é considerada um procedimento complexo, uma vez que se verifica a necessidade de cuidados específicos, no que respeita à escolha do cateter/local, inserção assética, manutenção assética e na prevenção de complicações.</p> <p>A aplicação de um conjunto de intervenções sistematizadas – “Feixes de intervenção”, de forma consistente e baseados na melhor evidência científica com enfoque na colocação e manipulação de cateteres podem ter impacto positivo na prevenção de infeções associadas à corrente sanguínea. A apresentação de Instrução de Processo - IP de Colocação de CVC e IP de Manutenção de CVC uniformizam e conferem um guia visual de implementação de intervenções.</p> <p><b>PREVENÇÃO DA INFEÇÃO RELACIONADA COM CATETER VASCULAR CENTRAL (CVC)</b></p> <p><u>A decisão de colocação de CVC deve obedecer a uma avaliação rigorosa da necessidade clínica e revisão diária dessa necessidade</u></p> <p><b>Formação e competências</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir que os profissionais de saúde recebem formação e estão treinados na inserção e manipulação de CVC</li> <li>• Garantir que os doentes recebem informação sobre os cuidados a manterem para prevenir complicações com o CVC</li> </ul>				
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>		<b>Próxima revisão:</b>	<b>Páginas</b>
<b>Nome:</b> GCL - PPCIRA	<b>Data:</b>	<b>Nome:</b> Conselho de Administração		
<b>Ass.:</b>		<b>Ass.:</b>	01-02-2026	5/15

	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO: PRO.837.PPCIRA</b> <b>DATA:</b> <b>EDIÇÃO Nº:</b> <b>REVISÃO:</b>	
<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETERES VASCULARES CENTRAIS</b>			
<b>ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.</b>			
<p><b>Seleção do tipo de cateter</b></p> <p>Devem ser selecionados CVC com o mínimo possível de lúmens - preferencialmente 2 a 3 lúmens e evitar CVC de 5 lúmens.</p> <p><b>Seleção do local de cateterização</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O CVC deverá ser colocado preferencialmente na veia subclávia ou jugular interna (não deverá ser colocado na veia femoral)</li> <li>• Se possível, utilizar ecógrafo</li> <li>• Não devem ser colocados CVC em locais onde existam lesões graves da pele (ex: queimaduras)</li> </ul> <p><b>1. FEIXE DE INTERVENÇÕES DE COLOCAÇÃO DE CATETER VASCULAR CENTRAL</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deverá existir evidência de que é <u>avaliada a necessidade</u> de colocar CVC e registrada a razão da sua necessidade</li> <li>2. A colocação deve ser realizada ou monitorizada por um profissional com treino e competência específica e deve ser feito um programa educativo para orientação e aquisição de competências</li> <li>3. Reunir todo o material necessário à colocação de CVC ou utilizar um kit pré-preparado e desinfetar a superfície do carro de apoio com Klorkleen®/ Azomax®/Clinell®</li> <li>4. O CVC deverá ser colocado com apoio de ultrassom (na impossibilidade, apenas deverão ser feitas 3 tentativas por local de inserção)</li> <li>5. Higienizar as mãos de acordo com os "5 momentos" da OMS no momento de avaliação do local de punção</li> <li>6. Fazer lavagem cirúrgica das mãos de acordo com as preconizações da OMS: higiene das mãos e antebraços pelo método de fricção com SABA ou lavagem com sabão antisséptico</li> <li>7. Utilizar bata impermeável, luvas estéreis, touca, máscara, e protetor ocular</li> <li>8. Utilizar campo estéril de grandes dimensões, impermeável, irrecuperável, que cubra a maior parte da superfície corporal do doente</li> <li>9. Utilizar clorohexidina a 2% em álcool solução ou em aplicador ChloraPrep® para limpeza e desinfecção do local de inserção. Friccionar durante pelo menos 30 segundos para todas as localizações exceto se o local de inserção</li> </ol>			
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>		<b>Próxima revisão:</b>
<b>Nome:</b> GCL - PPCIRA	<b>Data:</b>	<b>Nome:</b> Conselho de Administração	
<b>Ass.:</b>		<b>Ass.:</b>	01-02-2026 <span style="float: right;">6/15</span>

	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO: PRO.837.PPCIRA</b> <b>DATA:</b> <b>EDIÇÃO Nº:</b> <b>REVISÃO:</b>	
<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETERES VASCULARES CENTRAIS</b>			
<b>ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.</b>			
<p>for femoral, que deverá ser durante 60 segundos. Deixar secar ao ar por 30 a 60 segundos. Em pele não íntegra, utilizar solução antisséptica aquosa garantindo 2 minutos de tempo de secagem</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. O CVC deverá ser colocado preferencialmente na veia subclávia ou jugular interna (evitar femoral). Na colocação de PICC as veias basilar ou cefálica poderão ser utilizadas</li> <li>11. Utilizar CVC com o mínimo número de lúmens possível</li> <li>12. O cateter deverá ser adaptado a cada lúmen por prolongador multilúmen em poliuretano com bionector bidirecional, evitando deste modo o uso de torneira de 3 vias.</li> <li>13. Colocar penso transparente estéril semipermeável de poliuretano, cumprindo técnica asséptica e evitar penso com compressa. Apenas colocar se hemorragia significativa</li> <li>14. Identificar no penso a data de colocação do acesso vascular</li> <li>15. Efetuar registos do motivo de colocação de CVC, data de colocação, local, número de lúmens</li> </ol> <p><b>2. FEIXE DE INTERVENÇÕES DE MANUTENÇÃO DE CATETER VASCULAR CENTRAL</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar diariamente a necessidade do CVC ou PICC, confirmar tempo de permanência do cateter e registar em notas de enfermagem e médicas. Se possível, preferir a colocação de cateter venoso periférico</li> </ol> <p>Nos cuidados ao CVC</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Não enviar de forma regular pontas de cateter para exame cultural microbiológico</li> <li>3. Não aplicar cremes ou emulsões com antimicrobianos no local de inserção (exceto no cateter de diálise de longa duração)</li> <li>4. Higienizar as mãos de acordo com os “5 momentos” da OMS e utilizar técnica no-touch nos pontos de acesso do CVC</li> <li>5. Colocar luvas não estéreis</li> <li>6. Utilizar clorhexidina 2% em álcool para limpeza e desinfecção do local de inserção quando for mudar o penso (friccionar por 30 segundos e deixar secar ao ar por 30 segundos)</li> <li>7. Garantir o local de inserção limpo e sem sangue</li> </ol>			
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>		<b>Próxima revisão:</b>
<b>Nome:</b> GCL - PPCIRA	<b>Data:</b>	<b>Nome:</b> Conselho de Administração	<b>Páginas</b>
<b>Ass.:</b>		<b>Ass.:</b>	01-02-2026 <span style="float: right;">7/15</span>

 <p>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE E.P.E.</p>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO: PRO.837.PPCIRA</b> <b>DATA:</b> <b>EDIÇÃO Nº:</b> <b>REVISÃO:</b>		
<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETERES VASCULARES CENTRAIS</b>				
<b>ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.</b>				
<p>8. Colocar penso transparente, estéril semipermeável de poliuretano ou colocar penso com compressa nas primeiras horas de se hemorragia ativa no local de inserção</p> <p>9. Mudar o penso com compressa a cada 2 dias e o penso transparente a cada 7 dias <del>(não aplicável)</del> e em SOS no caso de estar visivelmente sujo ou descolado</p> <p>10. Registrar a data de realização do penso no local de inserção (penso)</p> <p>11. Registrar a data de realização do penso em notas e utilizar apoio eletrónico na implementação da intervenção diária de inspeção e atuação</p> <p>12. Se possível, utilizar um kit de mudança de penso, onde se encontra todo o material necessário</p> <p><b>Cuidados com os lúmens, bionectores, sistemas e bombas/seringa de infusão</b></p> <p>13. Realizar higienização das mãos, de acordo com os “5 momentos” da OMS, imediatamente antes de manipular o acesso</p> <p>14. Colocar luvas</p> <p>15. Ocluir lúmens com tampas ou com bionectores (se possível deverão ter prolongador multilúmen em poliuretano com bionector bidireccional; se necessário remover tampa colocar uma nova estéril)</p> <p>16. Friccionar a entrada do bionector por pelo menos 15 segundos antes da sua manipulação com toalhete estéril impregnado com cloro-hexidina a 2% em álcool 70% ou toalhete estéril individualizado-Clinell® e deixar secar</p> <p>17. Substituir os sistemas de administração de fármacos e prolongadores, torneiras, conectores e sistemas de transdução de pressão com uma regularidade de 96 horas, exceto se visivelmente sujo ou suspeita de infeção</p> <p>18. Substituir os sistemas de sangue, derivados do sangue e emulsões lipídicas (i.e., nutrição parentérica e alguns fármacos) em 12 horas e em 24 horas respetivamente após início de perfusão</p> <p>19. Substituir sistemas de perfusão de propofol em 6-12 horas</p> <p>20. Se forem utilizadas tampas, estas deverão ser substituídas por outra tampa compatível e estéril a cada utilização</p> <p>21. Limpar e desinfetar as bombas infusoras a cada 24 horas e após alta com Azomax®/Clinell®</p> <p>22. Se possível, deverão ser utilizados kits pré-preparados com material adequado à manipulação do cateter</p> <p><b>3. FEIXE DE INTERVENÇÕES DE SUBSTITUIÇÃO OU REMOÇÃO DE CATETER VASCULAR CENTRAL</b></p> <p>1. Os CVC ou PICC devem ser removidos logo que deixem de ser necessários</p>				
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>		<b>Próxima revisão:</b>	<b>Páginas</b>
<b>Nome:</b> GCL - PPCIRA	<b>Data:</b>	<b>Nome:</b> Conselho de Administração	01-02-2026	8/15
<b>Ass.:</b>	<b>Ass.:</b>			








	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO: PRO.837.PPCIRA</b> <b>DATA:</b> <b>EDIÇÃO Nº:</b> <b>REVISÃO:</b>	
<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETERES VASCULARES CENTRAIS</b>			
<b>ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.</b>			
<p>2. Se o CVC é colocado de forma urgente, sem garantia de assepsia, deve ser substituído logo que possível, nas primeiras 48 horas</p> <p>3. Os CVC deverão ser removidos/substituídos no 7º dia após colocação e sempre que houver suspeita de infecção associada. Os PICC deverão ser removidos entre as 6 e as 8 semanas, e sempre que houver suspeita de infecção associada.</p> <p>4. Se a manutenção do CVC for necessária (impossibilidade de obter outro acesso) poderá ser utilizado o fio guia para colocar novo CVC. Deverá, para este efeito, ser aplicado EPI e a duração de permanência do mesmo deverá ser reduzida ao mínimo.</p> <p>5. Avaliar diariamente o local de inserção do cateter por inspeção visual se a cobertura for transparente e através de palpação se este for opaco. O uso de penso opaco só deve ser usado em situações pontuais e devidamente justificadas. Registrar a presença ou ausência de sinais inflamatórios.</p> <p>6. Proceder à higienização das mãos de acordo com os "5 momentos" preconizados pela OMS, antes da manipulação do cateter</p> <p>7. Colocar luvas não estéreis</p> <p>8. Impregnar compressa com álcool a 70%, humedecer o penso, facilitando a sua remoção</p> <p>9. Remover o cateter com um movimento rápido</p> <p>10. Comprimir o local com compressa esterilizada embebida em álcool a 70%</p> <p>1. Colocar penso compressivo seco</p> <p>2. No caso de necessidade de nova punção recomenda-se seguir o feixe de colocação de CVC</p> <p>3. Registrar os detalhes da remoção do cateter em notas clínicas (incluindo data e localização)</p>			
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>		<b>Próxima revisão:</b>
<b>Nome: GCL - PPCIRA</b>	<b>Data:</b>	<b>Nome: Conselho de Administração</b>	<b>Páginas</b>
<b>Ass.:</b>		<b>Ass.:</b>	01-02-2026 <span style="float: right;">9/15</span>

	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO: PRO.837.PPCIRA</b> <b>DATA:</b> <b>EDIÇÃO Nº:</b> <b>REVISÃO:</b>		
<b>PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETERES VASCULARES CENTRAIS</b>				
<b>ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.</b>				
<p style="text-align: center;"><b>BIBLIOGRAFIA</b></p> <p>Amaral AFS. STOP infeção hospitalar! UM DESAFIO GULBENKIAN. Fund Calouste Gulbenkian. 2015.</p> <p>Direção Geral de Saúde / PPCIRA. Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário PPCIRA. 2021.</p> <p>Direção Geral de Saúde. (2022). Norma clínica: 022/2015 atualizada 29 de Agosto de 2022 "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Lisboa.</p> <p>Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. (2015). Procedimento Prevenção de Infeção Associada a Cateteres Venosos. Bragança.</p> <p>Vigilância Epidemiológica das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea. Elaine Pina, Maria Goreti Silva, Nuno Janeiro, José Artur Paiva, Luis Lito, Etefvina Ferreira.PNCI, Abril de 2012.</p>				
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>		<b>Próxima revisão:</b>	<b>Páginas</b>
<b>Nome:</b> GCL - PPCIRA	<b>Data:</b>	<b>Nome:</b> Conselho de Administração	01-02-2026	10/15
<b>Ass.:</b>		<b>Ass.:</b>		

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO ASSOCIADA A CATETERES VASCULARES CENTRAIS

ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

ANEXO I – Seleção Do Cateter E Recomendações Gerais

	Cateter Periférico	Cateter Vascular Central de Curta Duração	Cateter Vascular Central de Inserção Periférica	Cateter Vascular Central de Longa Duração
Indicação	Para administração de fluidoterapia, fármacos ou hemoderivados	Para administração de fluidoterapia, hemoderivados, fármacos e/ou nutrição parentérica quando não é possível o acesso periférico ou que não esteja recomendada a sua administração por veia periférica e para monitorização hemodinâmica	Para administração de fluidoterapia ou fármacos e nutrição parentérica de longa duração, i.e., superior a 6 dias	Apresenta maior durabilidade (pode ter durabilidade até 3 anos, dependendo do cateter) e está associada a menor taxa de infeção
Seleção do cateter	Cateter de menor calibre	Menor número de portas ou lúmens (3 a 4 é preferível a 5) Comprimento: 15cm para colocação na veia jugular interna e subclávia e 20cm para colocação na veia femoral	Preferencialmente cateter de duplo lúmen Comprimento 20-60 cm, terá de ser individualizado	Com cuff ou sem cuff Com lúmen único ou multi-lúmen
Local de inserção	Extremidades superiores, mãos (evitar extremidades inferiores, pulso e antebraço)	Veia subclávia, jugular ou femoral Evitar a colocação de cateter femoral	Veia basilíca ou braquial	Veia subclávia, jugular ou femoral Evitar a colocação de cateter femoral
Confirmação de colocação	Por refluxo sanguíneo não pulsátil na endovenosa	A confirmação de colocação poderá ser efetuada por radiografia, por realização de ScvO2 e/ou transdução de pressão	Por radiografia ou fluoroscopia	Por radiografia ou fluoroscopia
Duração	72-96horas	5 a 7 dias	6-8 semanas	Variável: meses a anos
Exemplo	 Figura 1. Cateter venoso Periférico	 Figura 2. CVC  Figura 3. CVC de Hemodiálise	 Figura 4. Acesso de PICC  Figura 5. PICC	 Figura 6. Cateter tunelizado  Figura 7. Cateter totalmente implantado

Elaborado por:	Aprovado por:		Próxima revisão:	Páginas
Nome: GCL - PPCIRA	Data:	Nome: Conselho de Administração		
Ass.:		Ass.:	01-02-2026	11/15

**PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETERES VASCULARES CENTRAIS**

ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

**ANEXO II – “FEIXE DE INTERVENÇÕES” no Momento de Colocação do Cateter Vascular Central**

Data \_\_\_\_\_ Processo \_\_\_\_\_ Serviço \_\_\_\_\_ Auditor \_\_\_\_\_

<b>Colocação</b>	Existe evidência de que no doente é avaliada a necessidade de colocar CVC, registada a razão da sua necessidade e, em caso afirmativo, selecionado CVC com número mínimo de lúmens adequado à situação do doente.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
	Realizar preparação pré-cirúrgica das mãos e precauções de barreira máximas (bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara) por todos os profissionais que irão realizar o procedimento. O profissional que não está em contacto direto com a pele do doente ou com o campo esterilizado não necessita usar bata e luvas estéreis	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
	Existe evidência de que no doente é realizada antissepsia da pele do doente com cloro-hexidina a 2% em álcool, antes da colocação do CVC: fricção durante, pelo menos, 30 segundos, deixar secar durante 30 segundos, em locais secos, 2 minutos em locais húmidos.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
	Existe evidência de que no doente é usado campo cirúrgico que cubra a maioria da sua superfície corporal.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
	Existe evidência de que no doente não é usado acesso femoral, sempre que possível, e registadas razões de utilização de acesso femoral.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
	Existe evidência de que no doente é usado acesso subclávio ou jugular interno, conforme experiência do operador (alguma evidência de menor taxa de infeção com acesso subclávio do que com jugular interno, sobretudo em doentes com traqueostomia) e prefere-se acesso jugular interno apenas em caso de: anatomia anómala na região subclávia; lesão cutânea na região subclávia; hiperinsuflação pulmonar significativa; inexperiência do operador para acesso subclávio.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
	Existe evidência de que no doente é utilizada técnica assética na realização do penso: - garantia do local de introdução do CVC limpo e sem sangue; - uso de máscara; - luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso ou uso de “kit de penso”; - uso de cloro-hexidina a 2% em álcool; data do penso.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
	Foi utilizado kit para colocação de cateter vascular central?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA

Elaborado por:	Aprovado por:	Próxima revisão:	Páginas
Nome: GCL - PPCIRA	Data: _____ Nome: Conselho de Administração	01-02-2026	12/15
Ass.:	Ass.:		

**PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETERES VASCULARES CENTRAIS**

ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

**ANEXO III - "FEIXE DE INTERVENÇÕES" na Manutenção do Cateter Vascular Central**

Data \_\_\_\_\_ Processo \_\_\_\_\_ Serviço \_\_\_\_\_ Auditor \_\_\_\_\_

<b>Manutenção</b>	Existe evidência de que é avaliada diariamente a necessidade de manter o CVC no doente.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
	Existe evidência de que é realizada higiene das mãos com água e sabão de pH neutro ou fricção com solução antisséptica de base alcoólica antes de manusear o CVC no doente.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
	Existe evidência de que a nível do CVC no doente, são descontaminadas as conexões com clorhexidina a 2% em álcool ou álcool a 70% antes de qualquer manuseamento local: descontaminar os pontos de acesso dos sistemas e prolongadores (obturador, torneiras de 3 vias, etc), por fricção com clorhexidina 2% em álcool ou álcool 70%, durante 15 segundos e deixar secar, antes de conectar qualquer dispositivo estéril.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
	Existe evidência de que na realização do penso no doente: é garantido orifício de inserção sem sangue; uso de máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso; uso de "kit de penso"; uso de clorhexidina a 2% em álcool na antisepsia da pele; data do penso.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
	Existe evidência de que é mudado penso no doente sempre que se verifique uma destas condições: penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele; 48 horas após a sua realização, se penso com compressa; 7 dias após a sua realização, se penso transparente.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA

Observações:

Elaborado por:	Aprovado por:		Próxima revisão:	Páginas
Nome: GCL - PPCIRA	Data:	Nome: Conselho de Administração		
Ass.:		Ass.:	01-02-2026	13/15

**PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETERES VASCULARES CENTRAIS**

ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

**ANEXO IV - Grelha de Monitorização de Substituição e Remoção de Cateter Vascular Central**

Data: \_\_\_\_\_ Processo: \_\_\_\_\_ Serviço: \_\_\_\_\_ Auditor: \_\_\_\_\_

Substituição	Foi substituído CVC ao 7º dia ou em SOS (evidência de sinais inflamatórios: calor, dor, rubor ou endurecimento no trajeto venoso, infecção ou disfunção do cateter)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Foi avaliado o uso de um PICC em vez de um CVC, sempre que a duração da terapêutica EV seja previsivelmente superior a 6 dias	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
	Registada data e motivo da substituição	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Remoção	Registada data e motivo de remoção	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA

Observações:

Elaborado por:	Aprovado por:		Próxima revisão:	Páginas
Nome: GCL - PPCIRA	Data:	Nome: Conselho de Administração	01-02-2026	14/15
Ass.:		Ass.:		

PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETERES VASCULARES CENTRAIS

ÂMBITO: Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

Anexo V – Cartaz de administração de medicação endovenosa

**PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS PERIFÉRICOS E CENTRAIS USANDO A TÉCNICA DE ASSÉPICA NON TOUCH**



**Zona de preparação**

- Higienizar as mãos com solução alcoólica ou água e sabão.
- Descontaminar o tabuleiro de acordo com a política local - criando um campo asséptico - aguardar que seque.
- Reunir o equipamento próximo do tabuleiro.
- Higienizar as mãos com solução alcoólica ou água e sabão.
- Usar luvas esterilizadas apenas se tiver de tocar no pega-chave.
- Preparar o equipamento de proteção dos pega-chave com a técnica sem toque.

**Zona do doente**

- Passar para a etapa 30 se não aconteceu as luvas.
- Remover as luvas e higienizar as mãos com solução alcoólica ou água e sabão.
- Higienizar as mãos com solução alcoólica ou água e sabão.
- Usar luvas esterilizadas apenas se tiver de tocar no pega-chave.
- Retirar o cateter.
- Descontaminar o tabuleiro de acordo com a política local.
- Higienizar as mãos com solução alcoólica ou água e sabão.

**Zona de descarte/limpeza**

- Descartar o material usado de acordo com a política local.
- Descartar o material usado de acordo com a política local.
- Descartar o material usado de acordo com a política local.
- Descartar o material usado de acordo com a política local.
- Descontaminar o tabuleiro de acordo com a política local.
- Higienizar as mãos com solução alcoólica ou água e sabão.

Elaborado por:		Aprovado por:		Próxima revisão:	Páginas
Nome: GCL - PPCIRA		Data:	Nome: Conselho de Administração		
Ass.:		Ass.:		01-02-2026	15/15

## APÊNDICE III - Cartaz “Pneumonia associada à intubação traqueal (PAI)

ULS São João | CHU São João



### Pneumonia associada à intubação traqueal (PAI)

A pneumonia associada à intubação traqueal (PAI) é a infeção mais frequente adquirida em Serviços de Medicina Intensiva (SMI), sendo responsável pelo aumento da duração da ventilação mecânica invasiva, do consumo de antibióticos, da duração do internamento no SMI e no hospital e, conseqüentemente, pela maior morbimortalidade e custos associados. A pneumonia associada à intubação é uma pneumonia que surge no doente com tubo endotraqueal há mais de 48 horas ou no doente que foi extubado/descanulado há menos de 48 horas. Para uma melhor prática clínica contínua na prevenção da pneumonia associada à ventilação devemos ter em atenção a implementação destas 5 ações. (norma clínica da Direção Geral de Saúde (DGS): 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 17/11/2022)

<b>Sedação</b>	Priorizar a utilização de sedação ligeira ou a sua substituição total por analgesia; Implementação de protocolos de sedação ligeira/analgo-sedação e da sua avaliação.
<b>Desmame Ventilatório (diminuição progressiva da assistência ventilatória até à retirada do suporte de ventilação/extubação)</b>	Realização diária de provas de ventilação espontânea aos doentes candidatos a extubação contribui para a diminuição da duração de ventilação mecânica invasiva (VMI); A Prova de Ventilação Espontânea (PVE) realizada em modo de pressão assistida associa-se a melhores resultados do que a realizada por intermédio de peça em T; Utilização de ventilação não invasiva imediatamente após a extubação reduz a incidência da PAI, da demora média de internamento em UCI e da mortalidade hospitalar.
<b>Elevação da cabeceira</b>	Manter a cabeceira do leito elevada (ângulo aproximadamente 30°) evitando momentos de posição supina, diminui o risco de aspiração do conteúdo da cavidade oral.
<b>Higiene oral</b>	Deve realizar-se pelo menos 3 vezes por dia. Não se deve priorizar o gluconato de clorhexidina a 0,2% na lavagem da orofaringe, visto existirem estudos recentes com reduzida probabilidade de prevenção da PAI.
<b>Pressão do balão (cuff) do tubo/cânula traqueal</b>	Manutenção de pressão adequada e constante no balão do tubo/cânula endotraqueal entre 20 a 30cmH2O, sempre que a pressão das vias aéreas o permita, monitorizando sempre que clinicamente indicado, no mínimo em 3 ocasiões num período de 24h, preferencialmente de forma contínua.

**Tabela 1** - 5 ações de implementação e melhoria segundo a norma clínica da Direção Geral de Saúde (DGS): 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 17/11/2022)

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica | ESSB-IPB

Catarina Diegues a31209; Marta Pereira a26246

## ANEXO I – Questionário

---

### QUESTIONÁRIO

---

Caro colega,

Eu, Ana Catarina Diegues Fernandes, a desempenhar funções no Serviço de Medicina Intensiva da ULSNE, encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. No sentido de desenvolver uma investigação sobre a Gestão da dor no doente crítico: percepções e conhecimentos dos enfermeiros, realizei o presente questionário.

A resposta ao questionário demora no máximo 8 minutos.

Sempre que houver opções para assinalar, coloque um **x** no local correspondente à opção que pretende indicar, e preencha as questões de resposta aberta.

**Este questionário é composto por 2 partes:**

**Grupo I** – consiste na caracterização sociodemográfica e académica/profissional;

**Grupo II** – explora a sua percepção face à avaliação, gestão e registo da dor na sua prática clínica diária.

As suas respostas são confidenciais e anónimas e só serão utilizadas para o desenvolvimento deste estudo.

O participante não será identificado em qualquer parte do questionário. Pode desistir do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

A sua participação é imprescindível para o sucesso do estudo!

Agradeço desde já a colaboração e a disponibilidade dispensada.

Caso necessite algum esclarecimento:  
e-mail:  
[catarina.fernandes.diegues@gmail.com](mailto:catarina.fernandes.diegues@gmail.com)  
Telf: 935066120

**PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO**- Depois de ler o texto introdutório, considero-me informado/a e:

Aceito participar neste estudo	<input type="checkbox"/>
Não aceito participar neste estudo	<input type="checkbox"/>

---

**GRUPO I**

---

**Caracterização sociodemográfica**

**Género**

Masculino	
Feminino	

**Idade**

[20-29]	
[30-39]	
[40-49]	
[50-59]	
[60-69]	

**Habilitações Académicas**

Licenciatura	
Pós-graduação	
Especialidade	
Mestrado	
Doutoramento	

**Categoria profissional**

Enfermeira (o)	
Enfermeira(o) especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica	
Enfermeira(o) especialista noutra área de enfermagem	

**Tempo de exercício profissional (em anos) \_\_\_\_\_**

**Tempo de exercício profissional no Serviço de Medicina Intensiva (em anos) \_\_\_\_\_**

**Fez recentemente formação na área da gestão da dor?**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**Fez formação específica na área da dor?**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

Se sim, como a obteve? \_\_\_\_\_

---

## GRUPO II

---

**As questões apresentadas a seguir, têm como objetivo identificar a sua percepção face à gestão da dor na sua prática clínica diária.**

**1. Como classifica o seu conhecimento relativamente aos seguintes instrumentos de avaliação da dor?**

**Escala Numérica (EN)**

Muito bom	<input type="checkbox"/>
Bom	<input type="checkbox"/>
Razoável	<input type="checkbox"/>
Mau	<input type="checkbox"/>
Muito mau	<input type="checkbox"/>

**Escala Visual Analógica (EVA)**

Muito bom	
Bom	
Razoável	
Mau	
Muito mau	

**Escala Qualitativa (EQ)**

Muito bom	
Bom	
Razoável	
Mau	
Muito mau	

**Escala de Faces (EF)**

Muito bom	
Bom	
Razoável	
Mau	
Muito mau	

**Régua da dor (RD)**

Muito bom	
Bom	
Razoável	
Mau	
Muito mau	

**Behavioral Pain Scale (BPS)**

Muito bom	
Bom	
Razoável	
Mau	
Muito mau	

**Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID)**

Muito bom	
Bom	
Razoável	
Mau	
Muito mau	

**2. Que escala/escalas utiliza para avaliar a dor?**

Escala Visual Analógica (EVA)	
Escala Numérica (EN)	
Escala Qualitativa (EQ)	
Escala de Faces (EF)	
Régua da dor (RD)	
Behavioral Pain Scale (BPS)	
Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID)	

**3. Na sua prática clínica, avalia a dor:**

**Apenas quando solicitado ou prescrito pelo médico**

Sim	
Não	

**Uma vez por turno**

Sim	
Não	

**De 2 em 2 horas**

Sim	
Não	

**Sempre que o doente refere dor**

Sim	
Não	

**Sempre que são realizados procedimentos invasivos**

Sim	
Não	

**Sempre que o doente é posicionado**

Sim	
Não	

**Sempre que o doente está sedado e/ou analgesiado**

Sim	
Não	

**Sempre que o doente sofre qualquer alteração hemodinâmica**

Sim	
Não	

**4. Na sua prática clínica, reavalia a dor:**

**Apenas quando solicitado ou prescrito pelo médico**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**Uma vez por turno**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**De 2 em 2 horas**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**1 hora após fazer analgesia**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**2 horas após fazer analgesia**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**Sempre que o doente refere dor**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**Depois de serem realizados procedimentos invasivos**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**Sempre que o doente é reposicionado**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**Apenas quando o doente está sedado e/ou analgesiado**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**Sempre que o doente sofre qualquer alteração hemodinâmica**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**5. Relativamente às intervenções autónomas de enfermagem na gestão da dor:**

**Considera as intervenções físicas (aplicação de calor/frio, massagem, mobilização, posicionamentos e exercício) importantes?**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**Considera as intervenções cognitivo-comportamentais (relaxamento, musicoterapia, imaginação guiada) importantes?**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**Considera as intervenções de suporte emocional (toque terapêutico, escuta, conforto) importantes?**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**Realiza intervenções autónomas na gestão da dor sempre que verifica que o doente pode estar a sentir dor?**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**Na sua prática diária, utiliza estratégias para prevenir a dor?**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**Considera importante envolver o cuidador/família na gestão da dor?**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**6. Quando regista a avaliação da dor no sistema BSimple PaTIENT.CARE®:**

**Considera o campo próprio de registos adequado?**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**Considera que seria relevante associar o score de dor às intervenções autónomas pertinentes a realizar?**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**Considera que seria pertinente que a avaliação da dor surgisse no sistema como uma intervenção obrigatória a avaliar de 2 em 2 horas?**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**Considera que seria pertinente o registo obrigatório da localização, tipo de dor, irradiação e causa da dor sempre que a mesma é avaliada?**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

**7. Segundo a sua perceção, qual o grau de importância das seguintes afirmações:**

**A administração atempada de analgesia é fundamental**

Muito importante	<input type="checkbox"/>
Importante	<input type="checkbox"/>
Nem pouco nem muito importante	<input type="checkbox"/>
Pouco importante	<input type="checkbox"/>
Nada importante	<input type="checkbox"/>

**Devemos valorizar as queixas do doente**

Muito importante	<input type="checkbox"/>
Importante	<input type="checkbox"/>
Nem pouco nem muito importante	<input type="checkbox"/>
Pouco importante	<input type="checkbox"/>
Nada importante	<input type="checkbox"/>

**A utilização de instrumentos fiáveis na avaliação da dor é o primeiro passo para uma gestão eficaz**

Muito importante	
Importante	
Nem pouco nem muito importante	
Pouco importante	
Nada importante	

**Deve fazer-se o registo sistemático da dor**

Muito importante	
Importante	
Nem pouco nem muito importante	
Pouco importante	
Nada importante	

**Seria importante que existisse maior referência dos doentes internados para a Unidade de Medicina da Dor da ULSNE**

Muito importante	
Importante	
Nem pouco nem muito importante	
Pouco importante	
Nada importante	

ANEXO II- Parecer da comissão de ética



N.º \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Pedido de Autorização para Realização de Investigação

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração  
da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

Despacho do P.C.A.:

à Comissão de Ética  
para parecer favorável.  
25.10.2023

Dr. Carlos António Vaz  
Presidente do  
Conselho de Administração

Nome do Investigador Principal:

António Patrício Rodrigues Fernandes

Título da Investigação:

Gestão da dor no doente crítico - percepções e conhecimentos  
das Enfermeiras

Tipo de investigação:

Com Intervenção  Sem intervenção

Caracterização da investigação:

Será realizado um estudo analítico, transversal e quantitativo a  
um amostrado de Enfermeiras da Unidade Local de Saúde do  
Nordeste com o objetivo de explorar as percepções e os conhecimentos  
das enfermeiras na gestão da dor no doente crítico.

Propriedade dos dados:

Instituto Politécnico de Bragança

Investigação a realizar no(s) Serviço(s) de:

Medicina Intensiva

Data prevista para início: 20/11/2023

Data prevista para término: 20/12/2023

Para a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor,  
autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no fluxograma para submissão de projetos  
de investigação da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.  
respeitante à investigação para respetiva apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos,

O Investigador/promotor

Bragança, 24 de Outubro de 2023.

António Patrício Rodrigues Fernandes

(assinatura)

## ANEXO III – Comprovativo de submissão do artigo para a revista Millenium



The screenshot shows a web browser window with the URL `revistas.rcaap.pt/millenium/submissions`. The page title is "Millenium - Journal of Education, Technologies, and He...". The main content area is titled "Submissões" and has a sidebar with "Minha Fila" (2) and "Arquivos". A "Ajuda" button is visible. Below the sidebar, there is a section "Minhas Designações" with a search bar labeled "Pesquisar" and a "Nova Submissão" button. A submission record is listed with the ID "41998" and the author "Diegues Fernandes et al.". The title of the submission is "Gestão da dor no doente crítico: atitudes, perceções e conhecimentos dos enfermeiros." and it has a "Submissão" status.

Minhas Designações	Pesquisar	Nova Submissão
41998 <b>Diegues Fernandes et al.</b> Gestão da dor no doente crítico: atitudes, perceções e conhecimentos dos enfermeiros.		Submissão