



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com
a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em
Situação Crítica

**SEGURANÇA DO DOENTE: UMA VISÃO NO CUIDADO
ESPECIALIZADO**

PATIENT SAFETY: A VIEW IN SPECIALIZED CARE

Por

Patrícia Isabel Simões das Neves Tendeiro

Lisboa, 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

**SEGURANÇA DO DOENTE: UMA VISÃO NO CUIDADO
ESPECIALIZADO**

Por

Patrícia Isabel Simões das Neves Tendeiro

Sob a orientação de Prof. Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, 2022

“Os enfermeiros peritos em humanidade são promotores da vida e da dignidade das pessoas, da espiritualidade e da assistência religiosa entre os pacientes. (...) É precisamente a ternura a ‘chave’ para entender o doente e o remédio precioso da sua cura. A ternura passa do coração às mãos, com respeito e amor fraterno.”

Papa Francisco, 2018

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa por toda a orientação, contributos, apoio e durante esta caminhada.

Aos Enfermeiros orientadores (Catarina, Idalina, Pedro e Marcos), à equipa do Gabinete de segurança do doente (em especial às Enfermeiras Ana e Susana), à equipa da UCI e da Urgência, a todos os Enfermeiros gestores e restantes elementos das equipas profissionais dos contextos de estágio, pelo exemplo, sabedoria e disponibilidade com que me receberam e acompanharam.

À equipa profissional onde exerço funções, pelo apoio e incentivos nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais e ao meu irmão pelo amor, suporte e carinho.

Ao Leonardo pelo amor, paciência e motivação em todos os momentos.

Aos meus avós e toda a família pela sabedoria e preocupação constantes.

RESUMO

Ao enfermeiro especialista são reconhecidas competências na área científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em cada área de especialidade.

O relatório de estágio desenvolvido e aqui apresentado relata o caminho percorrido no desenvolvimento de competências especializadas durante o Mestrado em Enfermagem lecionado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

A crescente complexidade dos problemas de saúde tem motivado enormes desafios e exigências às organizações de saúde. Neste sentido a qualidade dos cuidados de saúde e a segurança do doente são reconhecidas como determinantes na criação dos sistemas de saúde. Por outro lado, também as infeções associadas aos cuidados de saúde são um dos eventos adversos mais comuns e têm-se revelado um dos maiores desafios da atualidade (World Health Organization, 2016).

As infeções da corrente sanguínea estão entre as infeções associadas aos cuidados de saúde e, nesse sentido, os cateteres venosos periféricos são fatores de risco relevantes (Aghdassi, Schröder, Gruhl, Gastmeier & Salm, 2019). A flebite é uma das complicações associadas à utilização de cateter venoso periférico e, por resultar em dano desnecessário para o doente, pode ser classificada como incidente de segurança do doente. O Enfermeiro revela-se fundamental neste tema, uma vez que assume um papel preponderante na prevenção de eventos adversos e na procura permanente da excelência dos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Assim surgiu a escolha do tema, com o objetivo de compreender a problemática da flebite como incidente de segurança do doente na gestão do cateter venoso periférico.

O segundo capítulo inicia-se com a descrição do caminho percorrido durante a Unidade Curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica” e como esse estágio sustentou este percurso e o desenvolvimento de competências especializadas. Em seguida, são descritos os estágios decorridos na Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”. Para além da descrição é realizada uma análise e reflexão do processo de desenvolvimento de competências em cada estágio. Para sustentar este percurso elegi o paradigma da transformação, a escola de pensamento do cuidar e a Teoria do cuidado humano, desenvolvida por Jean Watson (2010).

Palavras chave: Enfermagem; Segurança do paciente; Cateterismo periférico; eventos adversos; Flebite.

ABSTRACT

The specialist nurse is recognized for competences in the scientific, technical and human areas for the provision of specialized nursing care in each area of specialty.

The internship report developed and presented here reports the path taken in the development of specialized skills during the Master's in Medical-Surgical Nursing taught by the Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

The growing complexity of health problems has motivated enormous challenges and demands on health organizations. In this sense, the quality of health care and patient safety have been recognized as determinants in the creation of health systems. On the other hand, healthcare-associated infections are also one of the most common adverse events in healthcare and have proved to be one of the biggest challenges today (World Health Organization, 2016).

Bloodstream infections are part of healthcare-associated infections and it is assumed that peripheral venous catheters are relevant risk factors (Aghdassi, Schröder, Gruhl, Gastmeier & Salm, 2019).

Phlebitis is one of the complications associated with the use of peripheral venous catheters and can be classified as a patient safety incident (Direção-Geral da Saúde, 2011). Nurses are fundamental in this topic, as they play a leading role in the prevention of adverse events and in the permanent search for excellence in health care (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

This motivated the need to study and investigate this topic: phlebitis as a patient safety incident in the management of peripheral venous catheters.

The second chapter begins with a description of the path taken during the Curricular Unit “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica” and how this internship supported this path and the development of specialized skills. Next, the stages in the Curricular Unit “Estágio Final e Relatório” are described. In addition to the description, an analysis and reflection of the competence development process at each stage is carried out.

To support this path, I resorted to the transformation paradigm, to the caring school of thought and I chose the Theory of human care, developed by Jean Watson (2010).

Keywords: Nursing; Patient Safety; Peripheral catheterization; adverse effects; Phlebitis;

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

APA - American Psychological Association

CISD - Classificação Internacional para a Segurança do Doente

CVP - Cateter Venoso Periférico

DGS - Direção Geral da Saúde

G - Gauge

GSD - Gabinete de Segurança do Doente

IACS - Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

NaCl 0,9% - Cloreto de sódio 0,9%

OMS - Organização Mundial de Saúde

SABA - Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SARS-COV 2 - Doença do coronavírus

UC - Unidade Curricular

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

VIP PT-PT - Visual Infusion Phlebitis Score Português Portugal

ÍNDICE

| | |
|--|------------|
| INTRODUÇÃO | 12 |
| 1. SEGURANÇA DO DOENTE: UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA RELAÇÃO COM AS FLEBITES QUÍMICAS | 16 |
| 2. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO | 31 |
| 2.1. Estágio final e relatório – Unidade de Cuidados Intensivos | 36 |
| 2.2. Estágio final e relatório – serviço de Urgência | 51 |
| CONCLUSÃO | 67 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 69 |
| APÊNDICES | 77 |
| APÊNDICE I – Norma de Orientação Clínica: Prevenção, intervenção e controlo do delirium na pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos | 78 |
| APÊNDICE II - Grelha de observação de momentos de preparação e administração de terapêutica endovenosa através de cateter venoso periférico | 92 |
| APÊNDICE III - Poster científico e resumo para o IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa | 99 |
| ANEXOS | 105 |
| ANEXO I – Certificado de participação como oradora na sessão “segurança na utilização de medicamentos: prevenção de flebitis químicas – apresentação de resultados preliminares de projeto de investigação | 106 |
| ANEXO II – Certificado de participação como autora na rubrica semanal “Segurança do Doente: da teoria à prática” promovida pelo Gabinete de Segurança do Doente com o tema “flebitis associadas a cateter venoso periférico” | 108 |
| ANEXO III – Certificado de participação no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa com a divulgação do poster científico “Segurança do doente: flebite associada a cateterismo venoso periférico - resultados preliminares de um estudo de investigação” | 110 |
| ANEXO IV – Certificado de participação como oradora no curso "Segurança na Preparação e Administração de Medicamentos" | 112 |

ÍNDICE DE QUADROS

Gráfico 1. Resultados do projeto de investigação

Gráfico 2. Distribuição da idade dos doentes, por classes de idades e em anos

Gráfico 3. Distribuição de CVP por calibre

Gráfico 4. Distribuição de CVP por localização

Gráfico 5. CVP obturado ou com perfusão em curso

Gráfico 6. Tipo de penso usado para fixação de CVP

Gráfico 7. Distribuição relativa à identificação positiva do doente

Gráfico 8. Distribuição relativa à identificação do doente através da pulseira de identificação

Gráfico 9. Higiene das mãos antes do procedimento de preparação e administração de medicamentos

Gráfico 10. Saliniza o CVP com NaCl 0,9% antes da administração

Gráfico 11. Saliniza o CVP com NaCl 0,9% após a administração

Gráfico 12. Outros medicamentos administrados no mesmo horário

INTRODUÇÃO

A atual pandemia de SARS-COV2 e as consequentes alterações sofridas na área da saúde têm conduzido os sistemas de saúde e todos os participantes a vivenciar grandes desafios. A exigência de cuidados especializados e centrados no doente fez realçar o papel do Enfermeiro na equipa multiprofissional de saúde.

O Enfermeiro Especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4746).

Com o progressivo avanço do conhecimento é solicitado ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica que desenvolva uma

prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização. (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 19360).

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como alvo a pessoa “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” (Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19362).

O Mestrado em Enfermagem lecionado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa procura o aprofundamento de competências especializadas em Enfermagem com a componente de investigação. No decorrer deste Mestrado tem lugar, no segundo, semestre a Unidade Curricular (UC) “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica”. Nesta UC foi desenvolvido um estágio de 180 horas no Gabinete de Segurança do Doente (GSD) de um Centro Hospitalar Universitário de Lisboa.

No final do terceiro semestre, do Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem (Lisboa), decorre a UC “Estágio Final e Relatório”. Esta UC pressupõe a realização de estágio e a elaboração do relatório final. O primeiro estágio desta UC decorreu entre setembro e outubro de 2021 numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) de um Hospital de um Centro Hospitalar da área de Lisboa. O segundo estágio decorreu num serviço de Urgência Geral Polivalente de um Hospital de um Centro Hospitalar Universitário

da área de Lisboa entre novembro e dezembro de 2021. No início de cada estágio foi desenvolvido um projeto de aprendizagem com a definição de objetivos específicos que permitissem alcançar as Competências comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. O objetivo geral é comum a todos os estágios e centra-se no desenvolvimento de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no domínio do cuidado especializado à pessoa em situação crítica e à sua família.

Quanto à estrutura, este relatório está dividido em dois capítulos: o primeiro é relativo ao desenvolvimento de um projeto de investigação sobre o tema da segurança do doente e as flebitis associadas a cateter venoso periférico (CVP); o segundo é relativo à descrição dos contextos de estágio e do processo de desenvolvimento de competências.

A crescente complexidade dos problemas de saúde tem motivado enormes desafios e exigências às organizações de saúde. Neste sentido a qualidade dos cuidados de saúde e a segurança do doente têm sido reconhecidos como determinantes na criação dos sistemas de saúde. Por outro lado, também as infeções associadas aos cuidados de saúde são um dos eventos adversos mais comuns nos cuidados de saúde e têm se revelado um desafio dos tempos atuais (World Health Organization, 2016, p. 9). Dados referentes a 2011, da OMS, demonstram que em média 7% dos doentes em países desenvolvidos e 10% dos doentes em países em desenvolvimento vão desenvolver pelo menos um episódio de infeção associada aos cuidados de saúde.

Em Portugal, de acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS), as Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) aumentam a morbilidade e mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde; destacam a pressão geradora de resistência dos microrganismos aos antimicrobianos pelo “maior uso de antibióticos, inviabilizam a qualidade dos cuidados e são a principal ameaça à segurança dos cidadãos” (Direção-Geral da Saúde, 2017, p.5).

As infeções da corrente sanguínea estão entre as infeções associadas aos cuidados de saúde mais frequentemente documentadas e os cateteres venosos centrais e periféricos são fatores de risco relevantes (Aghdassi, Schröder, Gruhl, Gastmeier & Salm, 2019). Embora o risco de infeções da corrente sanguínea seja maior em cateteres venosos centrais, os cateteres venosos periféricos são utilizados com maior frequência. Este ponto torna relevante a gestão do cateter venoso periférico no contexto da prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.

A flebite é uma das complicações associadas à utilização de cateter venoso periférico (CVP) e, por resultar em dano desnecessário para o doente, pode ser classificada como incidente de segurança do doente.

Assim surgiu a escolha do tema, com o objetivo de compreender a problemática da flebite como incidente de segurança do doente na gestão do cateter venoso periférico.

flebite como incidente de segurança do doente na gestão do cateter venoso periférico.

O segundo capítulo é relativo à descrição dos contextos de estágio e do processo de desenvolvimento de competências. Em todos os momentos de descrição dos momentos de estágio foi salvaguardada a proteção de dados e a confidencialidade dos envolvidos.

Sustentámos o percurso realizado até aqui no paradigma da transformação. De acordo com Kérouac, Pepin & Ducharme (2017) citadas por Ribeiro, Martins, Tronchin, Forte (2018), as diferentes formas de ver a enfermagem que foram surgindo deram origem a paradigmas divergentes: categorização, integração e transformação. O paradigma da transformação surge em 1970, num contexto em que já se reconhecia nas pessoas a capacidade e a possibilidade de serem parceiros nas suas decisões de saúde (Ribeiro, Martins, Tronchin, Forte, 2018). Surgem assim duas escolas de pensamento: a escola do ser humano unitário, (das teóricas Martha Rogers e Margaret Newman) e a escola do cuidar (de Madeleine Leininger e Jean Watson). Elegi a Teoria do cuidado humano, desenvolvida por Jean Watson (2010), para guiar este percurso. A ciência do cuidado (*caring science*) oferece uma base filosófica significativa para a ciência da enfermagem, além da ciência ocidental convencional (Watson Caring Science Institute). De acordo com Jean Watson (2010) esta teoria envolve a pessoa como um todo, a unidade mente-corpo-espírito é vista como um só e está relacionada com o meio ambiente a todos os níveis. A saúde diz respeito à harmonia entre a mente, o corpo e a alma e o Enfermeiro é percebido como coparticipante do processo na relação de cuidado (Evangelista, Lopes, Nóbrega, Vasconcelos & Viana, 2020). Jean Watson (2010) propõe dez passos para a prestação do cuidado transpessoal: o processo Caritas. A autora fala ainda no cuidado transpessoal, que procura “conectar e abraçar o espírito ou alma do outro através do processo de cuidar, curar e estar em relação autêntica, no momento” (Watson Caring Science Institute).

O cuidado transpessoal apela à autenticidade de ser e vir a ser, uma capacidade de estar presente para si e para o outro num quadro reflexivo; a “Enfermeira transpessoal tem a capacidade de centrar a consciência e a intencionalidade no cuidado, na cura e na totalidade, em vez de na doença, enfermidade e patologia” (Watson Caring Science Institute).

A escolha desta teoria está relacionada com aquilo que acreditamos ser único e diferenciador em Enfermagem: a descoberta e reconhecimento de todas as vicissitudes da humanidade.

Este relatório foi escrito recorrendo à norma APA, 6ª edição.

1. SEGURANÇA DO DOENTE: UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA RELAÇÃO COM AS FLEBITES QUÍMICAS

Introdução

A complexidade dos problemas de saúde origina enormes desafios. As boas práticas e os principais reptos que atualmente se colocam exigem às organizações de saúde a adoção de estratégias conducentes à promoção de cuidados de saúde seguros. A qualidade dos cuidados e a segurança do doente têm sido reconhecidos como determinantes no desenvolvimento de sistemas de saúde. Assumem-se como focos de atenção que surgem com o aumento da complexidade dos sistemas de saúde e o conseqüente aumento de danos para as pessoas hospitalizadas. A construção de uma cultura de segurança impele as organizações de saúde à criação de uma abordagem proativa e transparente que promova mudanças organizacionais e comportamentais na prevenção e gestão de eventos adversos. O eixo estruturante é a melhoria contínua baseada na evidência científica, na aprendizagem com o erro, procurando controlar riscos, minimizando a ocorrência e impacto de eventos adversos decorrentes da prestação de cuidados de saúde.

Uma das estratégias implementadas é a notificação e gestão de eventos adversos, com o intuito de identificar fatores contributivos e definir planos de melhoria que promovam a revisão dos sistemas e processos de trabalho.

O Centro Hospitalar onde foi realizado este estudo tem implementado um sistema eletrónico de notificação de incidentes de segurança do doente, cuja tipologia está de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Doente (CISD) da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Decorrente do terceiro desafio global lançado em 2017 pela OMS “medicação sem danos” e em resposta a uma necessidade de registo e monitorização de flebitis, inicialmente identificada por profissionais da Área da Medicina, o Gabinete de segurança do doente promoveu nesse mesmo ano a atualização do sistema de notificação. Em conjunto com um grupo de trabalho desta Área foi criado um formulário com campos específicos para o relato de incidentes de flebite, na tipologia “Acidente de doente”, relativos a: (i) características do dispositivo; (ii) localização e tempo de permanência do cateter; (iii) tipo e frequência de administração de medicamentos/fluidos; (iv) caracterização da flebite (sinais e sintomas); e (v) intervenções/medidas implementadas.

A gestão do número crescente deste tipo de notificações, verificada ao longo dos anos subsequentes, justificou o desenvolvimento de análises multi-incidente (NOC ARC DGS/PM GRI 107), realizadas em 2018 e 2019. Decorrente destes processos de análise, verificou-se que as notificações descreviam um maior número de flebites em doentes com administração de antibioterapia, antipiréticos e diuréticos, respetivamente.

Surgiu assim a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre esta problemática, com vista a estruturar um plano de melhoria para a prevenção de flebites. Boas práticas na gestão destes dispositivos contribuem para prevenir e/ou minimizar a sua ocorrência e eventuais consequências, contribuindo para a qualidade dos cuidados de enfermagem, segurança do doente e aumento de ganhos em saúde.

O domínio de investigação surgiu do campo da prática. Este artigo apresenta um trabalho de investigação desenvolvido com o intuito de avaliar o impacto dos incidentes de flebite e a sua eventual relação com a utilização de medicamentos (flebite química). Como objetivos específicos foram definidos:

- Analisar os incidentes de flebites associadas a cateter venoso periférico (CVP) em doentes adultos internados e documentadas no sistema de relato de incidentes de segurança do doente.
- Listar os medicamentos administrados em doentes que apresentaram flebite associada a CVP.
- Classificar as consequências dos incidentes de flebite de acordo com a classificação internacional para a segurança do doente (CISD).

Enquadramento teórico

Numa cultura de segurança do doente, a prevenção de erros deve basear-se na procura dos seus reais determinantes. Tal, deve constituir uma preocupação de todos os implicados, nomeadamente dos enfermeiros. A gestão de cateteres venosos periféricos exige competências técnico-científicas específicas para a sua colocação, manipulação, vigilância, prevenção e tratamento de eventuais complicações.

Entre 58,7% a 86,7% dos doentes internados apresentam um cateter venoso inserido durante o período de internamento, “representando uma parcela significativa e diferenciada dos cuidados realizados por parte dos enfermeiros“ (Braga et al., 2018, p.2).

Os cateteres periféricos são os dispositivos de acesso intravascular de uso mais frequente em contexto hospitalar, para administração de medicamentos/ agentes de contraste, transfusões de sangue/hemoderivados e nutrição parentérica (Braga et al., 2018).

De acordo com a Infusion Nurses Society (2021) a flebite é definida como a inflamação de uma veia que pode ser acompanhada por dor ou sensibilidade, eritema, edema, exsudado purulento e/ou cordão venoso palpável.

A flebite pode ser classificada como química, mecânica, infecciosa ou pós-infusão (Infusion Nurses Society, 2021).

De acordo com a Infusion Nurses Society (2021) a flebite química pode estar relacionada com a perfusão de dextrose (>10%), extremos de PH ou osmolaridade e determinados medicamentos como o cloreto de potássio, amiodarona e alguns antibióticos. Também a presença de fatores como: partículas na perfusão; uso de um cateter de calibre demasiado grande para a veia com inadequada hemodiluição e um ritmo de perfusão excessivo podem estar relacionados com este tipo de flebite (Infusion Nurses Society, 2021, p. S138).

Numa revisão integrativa da literatura desenvolvida por Urbanetto et al. (2017) concluiu-se que a maioria dos artigos descreveram a associação da flebite a vários fatores de risco: tempo de permanência do cateter; local de punção; tempo de internamento; número de acessos venosos; motivo de remoção; administração de antibióticos; manutenção intermitente; inserção em situações de emergência.

Também Lee, Kim, K., & Kim, J. S. (2019) conduziram um estudo com o objetivo de identificar fatores preditivos de flebite em doentes hospitalizados no serviço de ortopedia. Foram identificados fatores preditivos em diversas categorias: individuais (qualidade / fragilidade da veia); químicos (uso de contraste e de medicamentos ou fluidos com alto ou baixo PH ou elevada osmolaridade); mecânicos e infecciosos (higiene das mãos e experiência dos Enfermeiros).

A flebite é uma das complicações associadas à utilização de CVP. Por ser um evento do qual resulta dano desnecessário para o doente, é classificada como incidente de segurança do doente (Direção-Geral da Saúde, 2011). O seu impacto é variável, podendo ser potencialmente grave.

A sua ocorrência pode ser evitável, e as consequências, em caso da sua existência, podem ser minimizadas. Para tal é fundamental que os enfermeiros identifiquem os principais fatores de risco, detetem precocemente a sua presença e intervenham na sua mitigação.

De acordo com Torres-Muñoz, Marín-Navarro & Gallego-Sánchez (2018), citados por Guanche-Sicilia, Sánchez-Gómez, Castro-Peraza, Rodríguez-Gómez, GómezSalgado & Duarte-Clíments (2021), em Espanha até 30% da bacteriemia associada aos cuidados hospitalares está relacionada com a utilização de dispositivos intravasculares, e estes produzem aumento da morbilidade e das despesas hospitalares, que se estimam em cerca de 18.000 euros por episódio. Para além do impacto nos resultados em saúde, os eventos de flebite têm também implicação nos gastos em saúde. Também Furlan & Lima (2020) realizaram uma pesquisa quantitativa com objetivo de identificar o custo dos procedimentos realizados para o seu tratamento. Foram notificadas 107 flebites, referentes a 96 doentes e 656 procedimentos, sendo a estimativa do custo médio total de US\$ 866,18 /ano.

A enfermagem tem um papel fundamental na prestação dos cuidados centrados no cidadão, dado que a sua intervenção é preponderante na prevenção de eventos adversos e na procura permanente da excelência dos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Questões de investigação

- Quais os medicamentos mais frequentemente administrados a doentes que apresentaram flebite associada a CVP?
- Quais as consequências dos incidentes de flebite notificados?

Metodologia

De acordo com a natureza do problema e objetivos traçados, realizou-se um estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo e transversal.

A população deste estudo é constituída por todos os doentes adultos e idosos internados em serviços da área da medicina interna de um Centro Hospitalar da região de Lisboa no ano de 2019, num total de 12 254. Destes, 6 038 (49%) são do sexo feminino e 6 216 (51%) do sexo masculino.

A população foi filtrada respeitando os critérios de inclusão. Os critérios de inclusão foram: idade superior a 18 anos; serviços de internamento de adultos e idosos da área da medicina; incidentes notificados na tipologia “acidente do doente” e cujo mecanismo que o desencadeou tenha sido identificado como “acesso vascular periférico com flebite”.

Desta forma e através de um método de amostragem não probabilística, foi constituída a amostra do nosso estudo. A amostra é assim constituída por 96 doentes, adultos e idosos internados em serviços da área da medicina interna, com incidente de flebite reportado no sistema de notificação interno.

A primeira fase deste estudo foi desenvolvida entre maio e julho de 2021 e teve início com a recolha de todos os incidentes classificados em “acidentes de doente” e relacionados com flebite, notificados no período compreendido entre 01/01/2019 e 31/12/2019, do sistema de notificação interno de incidentes de segurança do doente (HER+).

Os dados foram recolhidos, numa primeira etapa, através da informação registada nas notificações. Na segunda etapa foi realizada a análise do processo clínico com recolha de informações sobre o evento de flebite e as suas consequências, nos registos de enfermagem, diários clínicos e notas de alta – pelo aplicativo SClínico. Foi também realizada recolha de informação relativa aos medicamentos administrados no dia da deteção da flebite e nas 24 horas anteriores, no Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento (SGICM – GLINTT).

Para sistematização dos dados encontrados recorreremos ao programa Microsoft Excel 2016.

Foi construída uma base de dados com as seguintes variáveis, obtidas através das notificações e registos dos processos clínicos: dados de caracterização do doente (idade, género); caracterização do cateterismo (tipo e calibre do cateter; tempo de permanência; local anatómico da inserção do cateter); condições de manutenção do cateterismo (solução para desinfeção da pele no momento de punção; tipo de penso e frequência de troca do mesmo; cateter obturado); condições associadas à deteção de flebite (durante a permanência do cateter ou pós-infusão); medicamentos ou outros fluidos administrados através do cateter com flebite associada; consequências (sinais, sintomas); intervenções realizadas.

As flebites foram classificadas de acordo com a classificação internacional para a segurança do doente (Direção Geral de Saúde, 2011), relativamente ao dano resultante, e através da aplicação da escala Visual Infusion Phlebitis traduzida e adaptada culturalmente para Português Europeu (Ventura, 2019). Esta escala permite avaliar o grau de flebite através da observação de seis sintomas: dor, edema, eritema, endurecimento, cordão venoso palpável e trombose venosa. Foi obtida autorização formal dos autores, através de contacto por correio eletrónico.

Este projeto de investigação recebeu parecer favorável do Conselho de Administração do Centro hospitalar, após avaliação pela Comissão de Ética e Gabinete de Investigação.

Resultados

Da caracterização dos doentes associados aos 96 incidentes de flebite, 63 (65,6%) são do sexo masculino. A idade dos doentes varia entre os 27 e os 97 anos, a maioria tem mais de 65 anos (72%).

Relativamente ao tempo de permanência do CVP: 60 incidentes registavam 4 ou menos dias de permanência do dispositivo. Quanto à localização do cateter, os locais mais frequentes foram: antebraço direito (n=19), antebraço esquerdo (n=13) e mão direita (n=13). Quanto ao calibre do CVP: 36 notificações relativas ao tamanho 20G, 10 notificações relativas a 18G, 8 notificações relativas a 22G e as restantes 42 notificações não identificavam o calibre.

Em 60 incidentes a flebite foi detetada durante a permanência do cateter. Em 26 incidentes foi detetada após a remoção do CVP.

Quanto ao tipo de penso de CVP: 76 notificações identificaram o penso transparente estéril, uma notificação referiu o adesivo não estéril e 19 não identificaram o tipo de penso usado. Quanto à frequência da troca do penso de CVP: 44 notificações referiam fazê-lo na troca do cateter.

Em 55 incidentes foi registado que o cateter estaria obturado para administração de medicação intermitente. Em 21 incidentes existia perfusão contínua, sendo o cloreto de sódio (n=7) e a solução polieletrólítica (n=4) os mais frequentes. Nos restantes 20 incidentes não foi assinalada uma resposta quanto ao cateter estar obturado ou não.

Dos grupos terapêuticos mais frequentemente administrados: antibióticos (n=42), diuréticos (n=21), analgésicos e antipiréticos (n=14) e inibidores da bomba de prótons (n=12). Os medicamentos mais frequentemente administrados: furosemida (n=21), pantoprazol (n=12), paracetamol (n=11), piperacilina + tazobactam (n=10), amoxicilina + ácido clavulânico (n=9).

Nos incidentes associados a antibióticos verificou-se a administração de 1 (n=28) ou 2 antibióticos (n=14) no dia de deteção ou nas 24h anteriores.

Em seis incidentes existiu administração de eletrólitos no dia ou nas 24h anteriores à deteção da flebite.

Quanto às medidas tomadas após a detecção da flebite: a aplicação de gelo (n=79), vigilância do local (n=78) e remoção do cateter (n=71) foram as mais frequentes.

De acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Doente (CISD), 83 incidentes de flebite resultaram em dano ligeiro e 13 em dano moderado. Dos incidentes com dano moderado 12 motivaram intervenção clínica mais específica com necessidade de recurso a antibioterapia. Nestas situações a via endovenosa (n=7) foi mais frequente que a via oral (n=5).

Gráfico 1. Resultados do projeto de investigação

| Variáveis | Nº incidentes (n) | Percentagem incidentes (%) |
|--|------------------------------|---------------------------------------|
| Sexo | | |
| Feminino | 33 | 34,4% |
| Masculino | 63 | 65,6% |
| Idade | | |
| Até aos 64 anos | 27 | 28% |
| ≥ 65 anos | 69 | 72% |
| Tempo de permanência do cateter (em dias) | | |
| Até 4 dias | 60 | 62,5% |
| Mais de 4 dias | 12 | 12,5% |
| Desconhecido | 24 | 25% |
| Localização do cateter | | |
| Mão | 22 | 23% |
| Antebraço | 32 | 33,3% |
| Sangradouro | 10 | 10,4% |
| Braço | 20 | 20,8% |
| Outro | 12 | 12,5% |
| Calibre CVP | | |
| 22G | 8 | 8,3% |
| 20G | 36 | 37,5% |
| 18G | 10 | 10,4% |
| Desconhecido | 42 | 43,8% |

| Deteção de flebite | | |
|--|----|-------|
| Durante a permanência do CVP | 60 | 62,5% |
| Após remoção do CVP | 26 | 27,1% |
| Desconhecido | 10 | 10,4% |
| Tipo de penso de CVP | | |
| Penso transparente estéril | 76 | 79,2% |
| Adesivo não estéril | 1 | 1% |
| Desconhecido | 19 | 19,8% |
| Frequência da troca do penso de CVP | | |
| No momento da troca do cateter | 44 | 45,8% |
| Diariamente | 11 | 11,5% |
| Outra | 41 | 42,7% |
| Cateter obturado para administração de medicação intermitente | | |
| Sim | 55 | 57,3% |
| Não | 21 | 21,9% |
| Desconhecido | 20 | 20,8% |
| Tipo de Perfusão contínua | | |
| Cloreto de sódio | 7 | 7,3% |
| Solução polieletrólítica | 4 | 4,2% |
| Cloreto de sódio + Solução polieletrólítica | 2 | 2,1% |
| Dextrose 5% em Cloreto de sódio | 1 | 1% |
| Solução polieletrólítica com glucose | 1 | 1% |
| Outras perfusões | 6 | 6,3% |
| Grupos terapêuticos mais frequentemente administrados | | |
| Antibióticos | 42 | 43,8% |
| Diuréticos | 21 | 21,9% |
| Analgésicos e antipiréticos | 14 | 14,6% |
| Inibidores da bomba de prótons | 12 | 12,5% |
| Administração de antibióticos | | |
| 1 antibiótico | 28 | 29,2% |
| 2 antibióticos | 14 | 14,6% |

| Medicamentos mais frequentemente administrados | | |
|---|----|-------|
| Furosemida | 21 | 21,9% |
| Pantoprazol | 12 | 12,5% |
| Paracetamol | 11 | 11,5% |
| Piperacilina + tazobactam | 10 | 10,4% |
| Amoxicilina + ácido clavulânico | 9 | 9,4% |
| Dano resultante (segundo a Classificação Internacional para a Segurança do Doente - CISD) | | |
| Dano ligeiro | 83 | 86,5% |
| Dano moderado | 13 | 13,5% |
| Sinais e sintomas presentes, segundo escala Visual Infusion Phlebitis Score Português Portugal (VIP PT-PT) | | |
| Score 1 | 3 | 3% |
| Score 2 | 74 | 77% |
| Score 3 | 15 | 16% |
| Score 4 | 1 | 1% |
| Score 5 | 2 | 2% |
| Desconhecido | 1 | 1% |
| Medidas tomadas após a deteção da flebite | | |
| Aplicação de gelo | 79 | 82,3% |
| Vigilância do local | 78 | 81,3% |
| Remoção do cateter | 71 | 74% |
| Realização de penso | 22 | 23% |
| Aplicação de tratamento tópico | 4 | 4,2% |
| Tratamento de flebite com recurso a antibioterapia | | |
| Via endovenosa | 7 | 7,3% |
| Via oral | 5 | 5,2% |

A destacar um incidente em que é descrito quadro de bacteriémia a *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina (MSSA) com ponto de partida em flebite do membro superior direito após colheita de zaragatoa de exsudado purulento de flebite. Nesta situação está descrita que o doente cumpriu 29 dias de flucloxacilina e 14 dias de clindamicina.

Realizaram-se ecocardiogramas transtorácico e transesofágico, que excluíram endocardite infecciosa.

Outro incidente refere quadro de bacteriemia por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (MRSA) com ponto de partida em flebite (de CVP no pé direito) e infecção concomitante de tecidos moles (dorso do pé esquerdo). Isolamento em duas hemoculturas e em exsudado superficial de flebite. Cumpriu 21 dias de dupla antibioterapia, embora com agravamento da função renal. Necessidade de colocação de cateter venoso central para cumprir antibioterapia e realização de ecocardiograma transtorácico.

Um incidente motivou readmissão hospitalar.

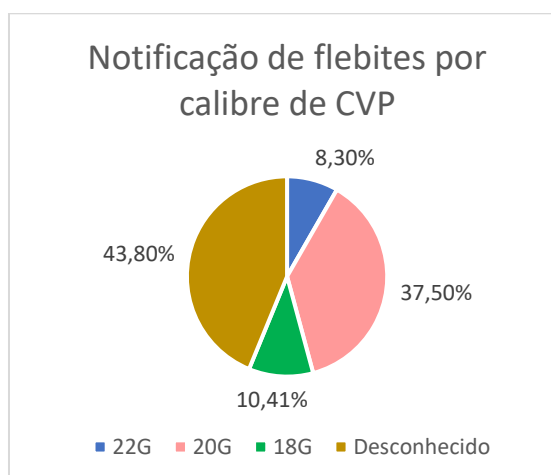
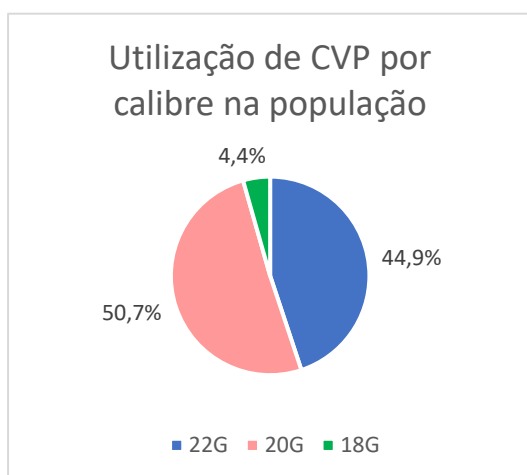
Discussão

Neste estudo verificou-se predomínio de pessoas do sexo masculino. Numa revisão integrativa da literatura (Urbanetto et al., 2017) que incluiu 14 artigos originais, 57,1% descreveram a associação de fatores de risco para o desenvolvimento de flebite. Dos artigos analisados apenas um artigo identificou o sexo como fator de risco, atribuindo prevalência associada ao sexo feminino.

A maioria dos doentes tem mais de 65 anos (72%). Numa scoping review desenvolvida por Guanche-Sicilia, Sánchez-Gómez, Castro-Peraza, Rodríguez-Gómez, GómezSalgado & Duarte-Clímets (2021), os estudos consultados mostraram maior proporção de complicações em CVP entre mulheres, doentes com idade igual ou superior a 85 anos.

Quanto à localização do cateter, os locais mais frequentes foram o antebraço e a mão. Também noutros três estudos foi identificada maior incidência de complicações em cateteres inseridos no antebraço (Guanche-Sicilia, Sánchez-Gómez, Castro-Peraza, Rodríguez-Gómez, GómezSalgado & Duarte-Clímets, 2021), (Lv & Zhang, 2020), (Enes, Opitz, Faro & Pedreira, 2016) e no dorso da mão (Enes, Opitz, Faro & Pedreira, 2016).

Na amostra estudada o calibre 20 Gauge (G) foi o mais frequente (37,5%), seguido do calibre 18G (10,4%) e do calibre 22G (8,3%). Importa referir que na população em causa os CVP de calibre 20G foram os mais utilizados (50,7%). De seguida o calibre 22G com 44,9% e o calibre 18G com 4,4%. Os dados encontrados são suportados pelas recomendações da Infusion Nurses Society (2021) que refere que os cateteres de calibre superior a 20G são mais prováveis de causar flebite. Também num estudo desenvolvido numa instituição de saúde de Portugal o calibre 18G foi o mais prevalente (Nobre & Martins, 2018).



A maioria dos incidentes identifica o penso transparente estéril para fixação do CVP. Esta prática está de acordo com a Infusion Nurses Society (2021), pelo que não parece estar associada à ocorrência de flebite.

A flebite detetada durante a permanência do cateter foi superior à identificada após a sua remoção. Contrariamente a estes dados, num estudo de coorte (Urbanetto, Peixoto & May, 2016) com 171 pacientes com CVP, foi observado que a frequência da flebite pós remoção do CVP foi superior à frequência de flebite durante a permanência do cateter.

O tempo de permanência do cateter venoso periférico mais frequente foi até aos quatro dias. De acordo com a recomendação do Center for Diseases Control and Prevention o período de permanência do dispositivo intravenoso deve manter-se entre as 72 e 96 horas. Num estudo desenvolvido por Urbanetto, Peixoto & May (2016) foi possível observar que um tempo elevado de permanência do cateter influencia o aparecimento de flebite. Neste estudo, dos 167 cateteres inseridos por “mais de 72 horas, 24 pacientes (14,4%) apresentavam sinais e sintomas de flebite” (Urbanetto, Peixoto & May, 2016, p.7).

Por outro lado, uma revisão sistemática com meta-análise (Eufrásio, Dias & Santos, 2021) mais recente, conclui que o aumento do tempo de permanência do cateter não resulta em maior risco de flebite e infeção da corrente sanguínea. O mesmo estudo conclui que a troca de CVP “rotineiramente, representa uma prática inefetiva e que deverá ser alterada” e “a troca apenas quando existe indicação clínica é uma prática segura” (Eufrásio, Dias & Santos, 2021, p.82).

Em 55 incidentes (57,3%) o cateter estava obturado para administração de medicação intermitente. Em 21 (21,9%) dos 96 incidentes o cateter estava a ser utilizado para administração de soluções em perfusão contínua. No entanto, num estudo observacional e

prospetivo com 1069 doentes (Liu, Chen, Kong, Lyu, Luan & Yang, 2020) os autores concluíram que não existem diferenças significativas na incidência de flebite e infiltração quanto ao uso de obturadores em comparação com a utilização de perfusões para manutenção de permeabilidade.

Da amostra do presente estudo, os grupos terapêuticos mais frequentemente administrados foram: antibióticos (43,8%), diuréticos (21,9%), analgésicos e antipiréticos (14,6%) e inibidores da bomba de prótons (12,5%). Na meta análise desenvolvida por Lv & Zhang (2020) foram identificados como fatores de risco importantes para o desenvolvimento de flebite a infusão de antibióticos. Os resultados do presente estudo alinham-se com os resultados desta meta análise no que se refere ao local de inserção do CVP e à infusão de antibióticos.

De salientar que os medicamentos mais frequentemente administrados foram: furosemida (n=21), pantoprazol (n=12), paracetamol (n=11), piperacilina + tazobactam (n=10), amoxicilina + ácido clavulânico (n=9). Num estudo em que um dos objetivos era categorizar medicamentos endovenosos quanto à osmolaridade, pH e natureza vesicante (Manrique-Rodríguez et al., 2021) de acordo com os diferentes níveis de risco de lesão tecidual, constatou-se que: a furosemida foi identificada como um medicamento de risco moderado (pelo pH elevado); a piperacilina + tazobactam (4 g/50 mL) foi também identificada como um medicamento de risco moderado (pela elevada osmolaridade) e o paracetamol apresenta-se nesse estudo como um medicamento de risco reduzido. Estes autores defendem ainda que a seleção da via de infusão e do dispositivo de acesso vascular mais adequado é crucial para minimizar o risco de complicações, como a flebite.

De acordo com a CISP, 13 incidentes foram classificados como dano moderado, estando registada a necessidade de antibioterapia para tratamento (5 por via oral e 8 por via endovenosa).

A Infusion Nurses Society (2021, S139) recomenda o uso de uma escala para avaliação sistemática e uniformizada do local de inserção do CVP para deteção precoce e monitorização de flebites. Nesse sentido, optou-se por realizar esta avaliação através da escala VIP PT-PT (Ventura, 2019). Relativamente à classificação de flebite segundo esta escala, a maioria dos incidentes de flebite foi classificada com score 2 (77%). Num estudo que incluiu 317 doentes internados e 532 CVP (Atay, Şen & Çukurlu, 2018), o score 1 de flebite foi o mais comum, após aplicação da escala VIP (de acordo com a versão de Schultz & Gallant, 2006). Assim sendo, verificou-se a aplicabilidade desta escala em estudos

retrospectivos, tal como o presente estudo, evidenciando ainda a pertinência do seu uso sistemático na prática de cuidados para prevenção e deteção precoce de flebites.

Após a deteção da flebite, as medidas implementadas foram: a aplicação de gelo (n=79), vigilância do local (n=78), remoção do cateter (n=71), realização de penso (n=22) e aplicação de tratamento tópico (n=4). Nesta última medida instituída é referida a aplicação de bacitracina ou trolamina. Em situações de flebite a Infusion Nurses Society (2021, p. S138) recomenda: determinar a possível etiologia, aplicar compressas mornas, elevar o membro, providenciar analgésicos se necessário e considerar anti-inflamatórios. Segundo a mesma Sociedade, a aplicação tópica para o tratamento da flebite requer o desenvolvimento de mais estudos de eficácia.

Em situações específicas de flebite química e, de acordo com a Infusion Nurses Society (2021, p. S139), deve ser avaliada a terapêutica de infusão e a necessidade de um acesso vascular diferente, redução da velocidade e/ou aumento da diluição da perfusão e em caso de suspeita a remoção do cateter.

Na amostra analisada foi identificado um incidente com quadro de bacteriémia a *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina (MSSA) e outro incidente em que o doente desenvolveu quadro de bacteriémia por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (MRSA). Ambos os incidentes referem como ponto de partida a flebite. Deste modo, no nosso estudo, 2,1% dos casos evoluiu para bacteriémia, valor superior ao referido num estudo epidemiológico multicêntrico (Miliani et al., 2017).

Como limitações deste estudo destacamos a dificuldade em obter informação detalhada (na notificação de incidente e processo clínico do doente) sobre aspetos relativos ao cateter (tempo de permanência, localização, calibre e uso de obturador), ao penso utilizado e à flebite (momento de deteção e status no momento de alta). Num estudo qualitativo desenvolvido num hospital Português (Salgueiro-Oliveira et al., 2019) também a ausência de identificação do local exato de inserção do CVP e tempo de permanência foram identificados como limitação. A importância deste registo é enfatizada por Lv & Zhang (2020) que referem que o registo da data e hora de inserção do CVP pode ajudar a determinar as possibilidades e viabilidades de mudança de local do cateter. Ainda num estudo epidemiológico multicêntrico, desenvolvido em França, sobre eventos adversos relacionados com CVP (Miliani et al., 2017), os autores concluíram que a monitorização deve ser realizada durante pelo menos 48h após a remoção do cateter. Esta monitorização pode assim prevenir potenciais danos durante os cuidados ao doente (Miliani et al., 2017).

Outra limitação desta investigação prende-se com a subnotificação de incidentes de flebite não só na área da medicina em estudo, mas sobretudo noutras áreas clínicas, nomeadamente na área cirúrgica. Consideramos que esta subnotificação traduziu-se em limitações na dimensão e caracterização da amostra.

Conclusão

Com o desenvolvimento deste estudo foi possível mensurar e analisar os resultados de um indicador sensível aos cuidados de Enfermagem, como é a flebite.

Foi possível identificar os medicamentos mais frequentemente administrados a doentes que apresentaram flebites associadas a CVP, bem como as consequências das mesmas.

Os resultados obtidos neste estudo evidenciam a importância dos incidentes de flebite na segurança do doente, na evolução do internamento e na sua situação de saúde.

Este estudo reforça a importância da intervenção de enfermagem na prevenção e tratamento de flebite. Os resultados deste estudo evidenciaram que, ao aplicar retrospectivamente a escala VIP, obteve-se predominantemente um score mais elevado do que o obtido noutros estudos que utilizaram a mesma escala. Este facto leva-nos a concluir que a sua introdução é vantajosa na deteção precoce de flebite. Deste modo, emerge como recomendação a introdução da escala VIP PT-PT e a sua aplicação de forma consistente e generalizada a toda a organização.

Atendendo à dificuldade em obter informação detalhada que permitisse uma análise mais profunda, sugere-se um maior investimento na melhoria da qualidade dos registos.

Por outro lado, o reconhecimento da flebite como incidente de segurança do doente, evidencia a importância da sua notificação. Neste sentido, conhecer o perfil da organização permitirá definir planos de melhoria que contemplem a definição de procedimentos orientadores de boas práticas, a monitorização da sua implementação e a inclusão do tema no plano de formação transversal à organização.

Tendo em conta a natureza multifatorial das flebites, fará também sentido, em futuros estudos, alargar a amostra e acrescentar novas variáveis para uma caracterização mais precisa dos fatores contributivos da sua ocorrência.

Conhecer os fatores de risco, causas e consequências da flebite permitirá desenvolver estratégias promotoras da segurança do doente e da qualidade das práticas de preparação e

administração de medicamentos, que possam conduzir à diminuição da ocorrência deste incidente em doentes durante o seu internamento hospitalar.

2. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO

Chegados ao segundo capítulo é proposto que seja realizada a descrição dos contextos de estágio e do processo de desenvolvimento de competências. Os estágios clínicos envolvem um “processo de construção do saber profissional, saber situacionalmente contextualizado, pessoalmente construído, referenciado a saberes disciplinares que, nesse momento, se percebem na sua relevância e interação e de saberes experienciais transmitidos pelos profissionais já experientes com os quais se convive” (Alarcão & Rua, 2005).

A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica

O estágio da UC “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica” foi composto por 180 horas e aconteceu num Gabinete de Segurança do Doente de um Centro Hospitalar Universitário de Lisboa.

Este local tem mais de duas décadas de trabalho no âmbito da gestão do risco e segurança do doente. É considerada uma estrutura de apoio técnico do Conselho de Administração e integra o sistema de qualidade e segurança do Centro Hospitalar. A estratégia da Segurança do Doente neste centro hospitalar visa colaborar na deteção e prevenção de fatores de risco, com intuito de desenvolver práticas e instalações mais seguras. A área de atuação deste serviço tem por base os desafios definidos pela Organização Mundial de Saúde e pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes da Direção Geral de Saúde.

O Gabinete de Segurança do Doente possui uma longa e ampla experiência no que respeita à segurança do doente e dos profissionais do Centro Hospitalar, estando envolvido em variados projetos de variados serviços de todo o Centro Hospitalar. O caminho para a escolha do tema a ser desenvolvido durante o estágio foi longo e mostrou-se complexo. Contudo, ao final da segunda semana de estágio foi possível chegar ao tema final: *flebite como incidente de segurança do doente na gestão do cateter venoso periférico*. Este tema concentra em si questões relacionadas com a prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos, a segurança do doente e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016) declara as infeções associadas aos cuidados de saúde como um dos eventos adversos mais comuns nos cuidados de saúde

(OMS, 2016, p. 9). Dados referentes a 2011, da OMS, demonstram que em média 7% dos doentes em países desenvolvidos e 10% dos doentes em países em desenvolvimento vão desenvolver pelo menos um episódio de infecção associada aos cuidados de saúde. Em Portugal, de acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS), as Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) aumentam a morbidade e mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde; destacam a pressão geradora de resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) pelo “maior uso de antibióticos, inviabilizam a qualidade dos cuidados e são a principal ameaça à segurança dos cidadãos” (Direção-Geral da Saúde, 2017, p.5).

Em Portugal, um estudo de coorte retrospectivo (Sousa, Uva, Serranheira, Nunes & Leite, 2014) identificou uma taxa de incidência de 11.1% de eventos adversos, em que 53.2% foram considerados como evitáveis. Segundo Sousa, Uva, Serranheira, Nunes & Leite (2014) a maioria dos eventos adversos estavam relacionados com procedimentos cirúrgicos (27%), erros relacionados com a medicação (18.3%) e infeções adquiridas em meio hospitalar (12.2%).

Os eventos adversos relacionados com infeções associadas aos cuidados de saúde têm sido prevalentes no Centro Hospitalar e sua prevenção e controlo têm se assumido como um desafio. Em 2019 foram registados 120 relatos de incidentes relacionados com “acesso vascular periférico com flebite”, através de um sistema eletrónico de notificação de incidentes de segurança do doente. Em 2020 foram 94 os incidentes registados neste âmbito. Do mesmo modo, no meu atual contexto de prática profissional, tenho observado a recorrência destes incidentes e a dificuldade na sua gestão e prevenção.

Sendo o cateterismo venoso periférico um dos dispositivos médicos mais comuns em unidades hospitalares e o seu uso ser transversal a todos os contextos clínicos, surgiu a necessidade de desenvolver o tema da flebite associada a este tipo de cateter.

Assim, foi descrito como objetivo geral “desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no domínio do cuidado especializado à pessoa e sua família”. Como objetivos específicos “contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados na criação de ambientes terapêuticos seguros à pessoa e família” e “desenvolver competências na prevenção, intervenção e controlo da infeção na manutenção do cateterismo venoso periférico em adultos hospitalizados”.

Para dar início à execução do primeiro objetivo específico comecei por realizar pesquisa em bases de dados sobre eventos adversos relacionados com o cateterismo venoso periférico,

fatores de risco associados e flebite química. Aliada a esta pesquisa realizei consulta de documentos (*Guidelines*, Programas e Orientações) a nível mundial, europeu e nacional, em particular documentos institucionais do Centro Hospitalar (procedimento multisectorial de manutenção de dispositivos intravasculares). De seguida, dediquei-me à reestruturação do protocolo de investigação para o desenvolvimento deste Mestrado.

A par disso, as Enfermeiras orientadoras e a restante equipa profissional do Gabinete de Segurança do Doente sugeriram a realização de um projeto de investigação no Centro Hospitalar relativo a este tema. Assim, foi formada uma equipa de investigação, da qual faço parte em conjunto com três Enfermeiras do Gabinete de Segurança do doente. Como questões de investigação foi definido: analisar os incidentes de flebite associados a cateter venoso periférico em doentes adultos internados e documentadas no sistema de relato de incidentes de segurança do doente; listar os medicamentos administrados em doentes que apresentaram flebite associada a CVP; classificar as consequências dos incidentes de flebite de acordo com a classificação internacional para a segurança do doente. Elaborámos, com a restante equipa de investigação, o protocolo de investigação. Os documentos solicitados foram submetidos e o projeto de investigação alcançou uma apreciação favorável da Comissão de Ética e do Gabinete de Investigação do Centro hospitalar.

Este estágio permitiu o desenvolvimento de competências especializadas, de acordo com o Regulamento das **competências comuns do Enfermeiro Especialista**. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foi possível iniciar a aquisição da competência **“garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”**, nomeadamente pela **gestão das práticas de cuidados que fomentam a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente** (Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4746). Com o desenvolvimento deste projeto de investigação foi possível identificar práticas de risco e estão a ser implementadas medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. Para além deste projeto, durante esta estágio foi possível acompanhar incidentes de prática insegura e ajudar a construir intervenções e práticas para prevenir a sua recorrência (Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4746).

Por outro lado, também no meu contexto profissional de prática de cuidados adotei a cultura da segurança do doente e uma conduta de antecipação, garantindo a sua segurança, privacidade e dignidade. Como exemplo disso anoto uma situação em que, após ter identificado frascos de cloreto de sódio 0,9% de 50ml armazenados num local onde são

armazenados os frascos cloreto de sódio 0,9% de 100ml. A situação foi detetada antes dos momentos de preparação da medicação, foi comunicada a toda a equipa profissional presente e às Enfermeiras coordenadoras e Enfermeira Gestora do serviço. Procedemos de imediato ao armazenamento dos frascos de cloreto de sódio 0,9% de 50ml em local diferente, com identificação própria e realizei uma notificação de incidente junto da gestão de risco. Considero que esta intervenção contribuiu para alcançar a competência **“garante um ambiente terapêutico e seguro”**, através da promoção de um ambiente físico gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo (com a aplicação de princípios relevantes para a garantia de segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares). Também foi garantida a participação na gestão do risco ao nível local e institucional, pela promoção do envolvimento de outros colaboradores na gestão do risco, prevenção de riscos ambientais. (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4748).

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o percurso iniciado neste estágio permitiu o desenvolvimento das competências: **“garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”**, **“desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”** e **“garante um ambiente terapêutico e seguro”** (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4745). Na primeira competência destaco que o planeamento deste projeto de investigação promoveu a **mobilização de conhecimentos e habilidades**, garantindo a melhoria contínua da qualidade e deu-me a possibilidade de fazer parte de uma equipa que **orienta projetos institucionais na área da qualidade**. Na segunda competência importa referir que este projeto partiu da **avaliação da qualidade das práticas clínicas**, a partir de um indicador sensível aos cuidados de enfermagem, e tem como objetivo **planear um programa de melhoria contínua**.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o desenvolvimento do projeto de investigação e toda a pesquisa desenvolvida nesse sentido permitiram basear **“a praxis clínica especializada em evidência científica”** (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4745). O Enfermeiro Especialista constrói a tomada de decisão e as intervenções com base em conhecimento válido, atual e pertinente, assume-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4745). No final deste estágio participei como oradora na sessão **“segurança na utilização de medicamentos:**

prevenção de flebitis químicas – apresentação de resultados preliminares de projeto de investigação” em conjunto com as Enfermeiras do GSD. Esta sessão foi o primeiro momento de divulgação dos resultados alcançados na primeira fase desta investigação e, concomitantemente, do meu trabalho realizado em contexto de estágio. A sessão foi dirigida a interlocutores locais do GSD e/ou coordenadores em serviços clínicos da área da Medicina.

Em meados de julho de 2021 surgiu a proposta de participar na rúbrica semanal “Segurança do Doente: da teoria à prática” promovida pelo GSD. Assim, construí uma rúbrica sob o tema “flebitis associadas a cateter venoso periférico” que foi publicado na newsletter do centro hospitalar. Nessa rúbrica apresentei um enquadramento sucinto sobre o cateterismo venoso periférico, a definição, classificação e fatores de risco de flebite e terminei com o incentivo aos profissionais de saúde para a notificação deste tipo de incidente.

Remetendo para o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, na competência **“garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”** estas duas atividades contribuíram para **a comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros** (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4747). Também no que respeita à competência **“garante um ambiente terapêutico e seguro”** através destas comunicações os colaboradores foram incentivados a recorrer a mecanismos formais para a participação de incidentes e a cooperar na organização dos cuidados, de forma a reduzir a ocorrência de erro humano. Já na competência **baseia a praxis clínica especializada em evidência científica**, com estas duas atividades considero ter sido responsável por ser facilitador da aprendizagem e permitir suportar a prática clínica em evidência científica.

No que respeita às **competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica**, o desenvolvimento deste estágio procurou atingir a competência de maximizar a “prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19359). Os primeiros momentos deste projeto de investigação permitiram diagnosticar as necessidades institucionais ao nível da prevenção e controlo de infeção e o nosso objetivo final é estabelecer estratégias pró-ativas a implementar nesse sentido.

Remetendo para a teoria de Jean Watson (2010), na ciência do cuidado (*caring science*) a pessoa é vista como um todo e a unidade mente-corpo-espírito é tida como um só e está relacionada com o meio ambiente a todos os níveis (Watson Caring Science Institute). No oitavo elemento do processo Caritas Jean Watson (2010) aborda a criação de um ambiente de cura em todos os níveis, um ambiente subtil para a presença do cuidado autêntico e que pressupõe a organização e limpeza do ambiente, conforto e segurança do paciente, realização de práticas integrativas e complementares (Evangelista, Lopes, Nóbrega, Vasconcelos & Viana, 2020). É na procura da segurança do doente que se desenvolve este trabalho.

2.1. Estágio final e relatório – Unidade de Cuidados Intensivos

O primeiro estágio da UC “Estágio final e relatório” foi composto por 180 horas e desenrolou-se numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de um Centro Hospitalar de Lisboa. A vasta abrangência e exigência dos cuidados e intervenções na UCIP fez-me optar por este contexto, por permitir construir variados momentos de aprendizagem e de desenvolvimento de competências. Esta foi a principal razão para a escolha deste contexto.

A UCIP foi criada cerca de 2 meses depois da abertura do Hospital onde está situada e é uma unidade de Nível III. Segundo o Ministério da Saúde e tendo em conta o paradigma europeu estabelecem-se três níveis de unidades de cuidados intensivos, tendo em conta o nível de cuidados prestados, as técnicas e valências disponíveis. Assim, a UCIP detém “equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas; (...) acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos (Ministério da Saúde, 2013, p.58).

A UCIP atualmente conta com nove camas, distribuídas por duas salas (cada uma com quatro camas e em modelo de *open space*) e um quarto individual. Existe a possibilidade de todas as salas serem de pressão negativa. Em termos estruturais a UCIP dispõe ainda de sala de um balcão e sala de acolhimento a familiares de doentes internados, sala de trabalho da equipa Médica, sala de trabalho da equipa de Enfermagem, sala de arrumação de medicamentos, sala de arrumação de ventiladores e sala de arrumação do restante material.

A UCIP está equipada com monitores e central de monitorização com acesso direto ao processo clínico do doente (*B-Simple*), instalados junto à unidade do doente. Por ser uma unidade polivalente presta cuidados de saúde a doentes do foro médico e cirúrgico. Os doentes são transferidos diretamente do Serviço de Urgência, do Bloco Operatório do Hospital, de qualquer serviço de internamento do Centro Hospitalar ou até de outros hospitais e centros hospitalares. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018) os “cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida” (Diário da República, 2.^a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19362).

Durante a presente pandemia pelo SARS-COV 2 houve necessidade de aumentar a capacidade de resposta a estes doentes e a UCIP esteve dedicada exclusivamente, durante o período de mais de um ano, ao doente crítico com COVID-19. O serviço sofreu alterações na sua estrutura física e foi criado mais um quarto individual.

Também a equipa profissional sofreu alterações e reestruturações. Atualmente a equipa multiprofissional conta com Enfermeiros, Técnicos auxiliares de saúde, Médicos Intensivistas, Médicos em regime de internato, Fisioterapeuta, Secretária e equipa de limpeza. Existe ainda a colaboração do serviço de farmácia, serviço de nutrição e várias especialidades médicas. A equipa de Enfermagem é constituída por 39 Enfermeiros, contando com Enfermeiro Gestor, Enfermeiro Coordenador, três Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e cinco Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Escolhi este serviço para a realização deste estágio por ser uma unidade polivalente e desse modo, apresentar mais oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no domínio do cuidado especializado à pessoa em situação crítica e à sua família.

De acordo com o definido pelo Ministério da Saúde (2003) as Unidades de Cuidados Intensivos são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Ministério da Saúde, 2003, p.6). Estas unidades são dotadas de recursos humanos (Médicos e Enfermeiros) qualificados e treinados para gerir as situações que lhes são confiadas, tendo em consideração a tecnologia disponível (Ministério da Saúde, 2003).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018) 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” (Diário da República, 2.^a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19362). Neste sentido, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica caracterizam-se por serem altamente qualificados e “prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Diário da República, 2.^a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19362).

Nos primeiros dias de estágio na UCIP comecei a integração no serviço, conheci e observei a dinâmica da equipa multiprofissional e o seu funcionamento e observei os cuidados prestados aos doentes aí internados. Nesses dias fui invadida por sentimentos de ansiedade, receio mas também motivação relacionadas com o início deste percurso e a exigência do mesmo. O ambiente da unidade de cuidados intensivos é único e característico. O som dos alarmes de monitorização dos doentes pode confundir-se com o das bombas de administração de terapêutica ou dos ventiladores, as variadas vozes ainda desconhecidas de todos os elementos da equipa multiprofissional. Para mim todos estes estímulos eram novos e confundiam-se entre si.

Depois dos primeiros turnos e de refletir e partilhar com o Enfermeiro orientador os meus objetivos e necessidades formativas para este estágio, formulei os objetivos para o mesmo. Como objetivo geral defini: **desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no domínio do cuidado especializado à pessoa em situação crítica e à sua família, em contexto de cuidados intensivos.** Como objetivos específicos defini:

1 - desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e à sua família, em contexto de cuidados intensivos;

2 - contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados relativos à prevenção, intervenção e controlo do *delirium* na pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos.

Relativamente ao primeiro objetivo específico, comecei por realizar atividades relacionadas com a leitura de normas e protocolos institucionais e pesquisa de evidência científica que permitisse direcionar a *praxis* clínica especializada. Esta atividade vem ao encontro das competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: **“baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica”** (Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

O ambiente da unidade de cuidados intensivos é único, caracterizado por estímulos e ruídos próprios. Toda a avançada tecnologia presente na UCIP foi desafiante de manusear e integrar nos cuidados que são prestados. A constante monitorização e vigilância hemodinâmica de todos os doentes, que se revelou para mim um fator de maior segurança associadas aos cuidados, foi também em algumas situações gerador de stress. Adomat e Killingworth (1994), referem-se a um ambiente caracterizado como altamente tecnológico, “que pode por vezes fomentar algum afastamento por parte dos profissionais e neste caso dos enfermeiros, relativamente ao cuidar humanizado” (Correia, 2012, p.118). Procurei conhecer melhor todos os equipamentos e o seu funcionamento e fazer a sua gestão sem que isso se substituísse ao olhar pelo doente. Considero ter adquirido competências na monitorização hemodinâmica da pessoa em situação crítica, na resposta de forma antecipatória a focos de instabilidade e na determinação de prioridades nas intervenções planeadas.

Para o desenvolvimento deste objetivo específico foquei-me também em intervenções de gestão da dor e bem-estar da pessoa em situação crítica. Estas intervenções constituem-se como unidades da competência específica 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”** (Diário da República, 2.^a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19363).

A dor pode ser definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada a danos reais ou potenciais nos tecidos” (International Association for the Study of Pain, 2020). Em Portugal desde o ano de 2003, a Direção Geral de Saúde instituiu a dor como o 5º sinal vital, defendendo que o “controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde” (DGS, 2003, P.1).

A dor na pessoa em situação crítica é comum e a sua gestão tem-se mostrado um desafio universal (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos). A mesma entidade recomenda que a dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada de forma subjetiva, pela observação de comportamentos, com a Behavioral Pain Scale (BPS). O uso da Escala Visual Numérica (EVN) é recomendada para avaliar a dor em doentes que comunicam.

Na UCIP a avaliação da dor era realizada com recurso a uma das duas escalas referidas anteriormente, duas vezes por turno. Aliada à avaliação da dor surgem o controlo e gestão

da mesma. Assim, em contexto de estágio e face ao resultado da avaliação da dor, refletia com o Enfermeiro orientador como atuar face a um diagnóstico de “dor presente”. Quando isso acontecia eram planeadas e implementadas intervenções de enfermagem para controlo de dor: intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Nas intervenções farmacológicas destaco a administração de analgesia em SOS e a transmissão de informação à equipa Médica sobre a avaliação de dor realizada ao doente. Deste modo, considero que colaborei na administração de protocolos terapêuticos complexos. Estas atividades assumem-se como determinantes por serem unidades da primeira competência do Enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica: **“administração de protocolos terapêuticos complexos”** e **“gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”** (Diário da República, 2.^a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19363).

Outra das atividades desenvolvidas centrou-se em conhecer e desenvolver intervenções de acordo com o plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos do contexto clínico. Comecei por ler normas e protocolos institucionais, observar as intervenções e cuidados prestados e refletir sobre situações particulares com o Enfermeiro orientador. Num dos turnos do estágio estava internado o doente A., um doente de 72 anos, género masculino, internado na UCIP após realização de craniectomia descompressiva e drenagem de hematoma, com necessidade de ventilação mecânica invasiva e vigilância hemodinâmica. Encontrava-se em isolamento por contacto e por gotículas, por lavado broncoalveolar positivo para *morganella morganii* e *proteus mirabilis* e hemoculturas positivas para *escherichia coli*. Após a hora de almoço tínhamos agendada a visita da esposa e da filha do doente. Desloquei-me, em conjunto com o Enfermeiro orientador à sala de acolhimento e apresentei-me. A esposa do doente perguntou-nos de imediato como estaria o seu esposo e que evolução tinha tido nesse dia. Respondemos que o doente mantinha necessidade de oxigénio, mas já respirava sem o suporte do ventilador há três dias; estava comunicativo mas por estar traqueotomizado e apresentar secreções o discurso era pouco perceptível; negava ter dores e estaria confortável. Pedimos que guardassem os seus objetos pessoais na sala de acolhimento e seguimos em direção ao quarto do doente. Junto à entrada do quarto expliquei a necessidade e importância de utilizarem equipamento de proteção individual. Após a higiene das mãos pedimos que trocassem a máscara cirúrgica e apoiámos na colocação do avental e das luvas. Expliquei que o doente estava em isolamento por terem sido detetadas bactérias nas secreções, expectoração e sangue e que estas medidas iriam

protegê-las e proteger também os restantes utentes. Reforcei a importância da manipulação segura dos equipamentos de proteção individual, pedindo que não tocassem na própria face ou outra parte do corpo depois de tocarem o doente. Os familiares acenaram com a cabeça e perguntaram o que podia ser feito para tratar o seu familiar nesta situação. Explicámos que o doente já tinha iniciado um tratamento para tratar a infeção que a bactéria causou e que estamos todos os turnos a vigiar como ele está a reagir a esta infeção; “ele não tem apresentado febre e tem tolerado respirar sem ajuda do ventilador”. Acompanhámos a visita e interação com o doente enquanto a filha nos fazia perguntas sobre dúvidas que tinha em relação à situação de saúde do pai. Durante esta interação os familiares do doente mostraram dificuldade em compreender o que era dito pelo doente, o que as deixava entristecidas e trazia frustração ao doente. Reforçámos as razões para esta situação e que seria temporária. De seguida, procurei o quadro branco em tamanho A4 e as canetas e transportei para a unidade do doente. Sugeri que o doente experimentasse a escrita para comunicar com a família e este mostrou-se empolgado. Segurei o quadro o mais próximo do doente e apoiei a mão em que tinha a caneta. O Doente A. mostrava algumas dificuldades em manter a caneta em posição vertical e nem todas as palavras desenhadas eram perceptíveis. Contudo, mostrava-se determinado em comunicar com os familiares e a sua esposa incentivava-o a prosseguir. No final, apoiámos esta interação e mostrámos satisfação pelo que o Doente A. tinha alcançado.

As intervenções por mim desenvolvidas nesta interação vão ao encontro da unidade de competência **“gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”** (Diário da República, 2.^a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19363). Neste sentido, considero que desenvolvi uma estratégia facilitadora da comunicação quando existia uma barreira à comunicação.

De acordo com Mendes (2016), os familiares de doentes internados em unidades de cuidados intensivos procuram, pela necessidade de serem informados, o contacto com profissionais atentos à experiência que eles estão a viver, “no sentido de lhe permitirem algum saber, e daí o bem-estar” (Mendes, 2016, p. 2). Num estudo cujo objetivo era interpretar na experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos a sensibilidade dos profissionais relativamente à sua necessidade de informação, foi concluído que as pessoas da família “perceberam que para além das palavras, o tom de voz, a disponibilidade a iniciativa percebida e encontrada, fizeram a diferença” (Mendes, 2016, p.

8). Desde o início do estágio na UCIP que a comunicação e interação com a família em cuidados intensivos despertou o meu interesse. Deste modo, procurei informação que me capacitasse para essa intervenção junto da família. Por outro lado, considero que também a minha experiência profissional com o doente oncológico e os seus familiares contribuiu de forma positiva para situações como esta. Assim, considero ter demonstrado conhecimentos de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica, adaptando a comunicação à complexidade do seu estado de saúde e estabelecendo uma relação terapêutica com eles.

Também na teoria defendida por Jean Watson (2010), no primeiro elemento do processo Caritas a autora refere-se a cultivar a prática da bondade amorosa com equanimidade para si e para os outros, o que “envolve ouvir e respeitar os outros, honrar a dignidade humana, reconhecer vulnerabilidades em si e outros e ser empático” (Evangelista, Lopes, Nóbrega, Vasconcelos & Viana, 2020). No quarto elemento do processo Caritas é também defendido: desenvolver e sustentar relações de ajuda, confiança, amor e carinho (Watson Caring Science Institute). Considero que nesta situação estes elementos estiveram presentes e contribuíram para o desenvolvimento dos cuidados prestados.

Ainda referente a esta interação, considero ter estabelecido **procedimentos e circuitos para prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica e seus familiares, demonstrando conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar, salvaguardando o cumprimento dos procedimentos nesta área.**

Referente ainda ao objetivo específico nº1, uma das atividades planeadas centra-se em desenvolver uma prática profissional ética e legal e promover a proteção dos direitos humanos. Ao longo de todo o meu percurso profissional e académico, esta é uma das práticas que mais tenho valorizado e procurado promover. A responsabilidade e o respeito pelos direitos humanos são princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, de acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2015). Em todas os momentos de resolução de problemas procurei que a mesma fosse construída com respeito e em parceria com o doente. A relação terapêutica que se estabelece no âmbito do exercício profissional é “caracterizada pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.10).

Estas atividades permitiram-me alcançar as seguintes competências especializadas: **”desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e**

“garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

A última atividade planeada centrou-se em prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, com enfoque no doente com *delirium*: apreciação inicial, realizar diagnósticos de enfermagem, planeamento e implementação de intervenções de enfermagem e avaliação. De acordo com Bento & Pontífice Sousa (2021) os Enfermeiros são os profissionais mais envolvidos na monitorização dos pacientes, ocupando por isso uma posição privilegiada na identificação daqueles que estão em risco de *delirium* e na consequente adoção de medidas preventivas. Na UCIP é aplicado, no momento de admissão e posteriormente de 24 em 24 horas, a escala The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU). The Confusion Assessment Method (CAM) foi desenvolvida entre 1988 e 1990 por Inouye et al. e tem sido amplamente aplicada para avaliação do *delirium*. Em 2001 surge a CAM-ICU, adaptada da primeira escala por Ely et al. É um instrumento para avaliação de utentes internados em unidades de cuidados intensivos (que estejam ou não ventilados) e pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde. De acordo com Marra, Ely, Pandharipande & Patel (2017), a *bundle* ABCDEF constitui-se como um guia baseado na evidência científica que permite aos profissionais de saúde coordenar de forma multidisciplinar os cuidados em unidades de cuidados intensivos. Durante o meu estágio na UCIP este foi um guia orientador para mim, desde o momento de planeamento até à prestação de cuidados. Esta *bundle* apresenta-se como:

A. Avaliar, Prevenir e Gerir a dor (Assess, Prevent, and Manage Pain)

De acordo com Puntillo et al. (2014), citados por Marra, Ely, Pandharipande & Patel (2017), os procedimentos mais comuns realizados em UCI induzem aumento significativo da dor. De acordo com as orientações (Barr, J. et al., 2013) da Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care (PAD Guidelines, 2013) os medicamentos para alívio da dor devem ser

administrados na presença de dor e antes da realização de procedimentos invasivos dolorosos.

B. Desmame ventilatório (Both Spontaneous Awakening Trials and Spontaneous Breathing Trials)

A coordenação entre o treino de despertar e treino da respiração espontânea com ênfase na titulação de narcótico e sedação têm como resultados uma libertação precoce da ventilação, da UCI e da hospitalização (Marra, Ely, Pandharipande & Patel, 2017). Num dos turnos que realizei na UCIP permanecia internado o Doente A. (acima mencionado). Durante o momento de transmissão de informação o Enfermeiro responsável pelo Doente A. referiu que o doente mantinha traqueotomia com oxigénio intra cânula a 8L/min. Durante o nosso turno o Doente A. apresentava-se com score zero após a aplicação da Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) e comunicativo. Mantinha-se eupneico, com $SpO_2 \geq 95\%$, sem sinais de dificuldade respiratória e com acessos de tosse que conseguia mobilizar. Deste modo, conversei com o Enfermeiro orientador a possibilidade de iniciar desmame de oxigenoterapia. De seguida, conversei com o Doente A. sobre essa intervenção e sobre sinais de alarme que devia estar desperto e informar de imediato (dificuldade em respirar ou maior cansaço). O doente consentiu e iniciei progressivamente o desmame de oxigenoterapia. O Doente A. mantinha-se eupneico e sem sinais de dificuldade respiratória, negava cansaço e mantinha $SpO_2 \geq 95\%$. A gasimetria arterial mantinha valores estáveis e sempre sobreponíveis e até ao final do turno foi possível realizar desmame de oxigenoterapia até aos 5L/min. Considero com as intervenções aqui descritas que avaliei o processo e os resultados da tomada da minha decisão, como referido nas unidades da competência relativa a uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade.

C. Escolha de analgesia e sedação adequada (Choice of analgesia and sedation)

É recomendado pelas PAD Guidelines a aplicação da RASS e the Riker Sedation-Agitation Scale (SAS) como escalas de sedação. Neste sentido, Ely et al. (2003) consideram

essencial escolher cuidadosamente a medicação analgésica e sedativa, assim como a dose, titulação e respetiva descontinuação (Marra, Ely, Pandharipande & Patel, 2017).

Na UCIP a escala RASS é a escala de sedação adotada. Foi a primeira vez que me deparei com esta escala, por isso debrucei-me sobre o seu estudo e apliquei-a em todos os momentos de estágio e em variados doentes.

D. *Delirium*: avaliação, prevenção e gestão (*Delirium*: Assess, Prevent, and Manage)

A evidência científica mostra que o *delirium* é um forte fator de prognóstico associado ao prolongamento da ventilação mecânica, internamento em cuidados intensivos, compromisso cognitivo a longo prazo, mortalidade e custos associados (Marra, Ely, Pandharipande & Patel, 2017). De acordo com a PAD Guidelines, a profilaxia medicamentosa associada ao *delirium* é desencorajada. A estratégia recomendada nesse documento para reduzir a incidência e duração do *delirium* em cuidados intensivos é a promoção da higiene do sono (para prevenção da disrupção do sono) e a mobilização precoce e progressiva dos utentes. No que respeita à promoção do sono em UCI, numa revisão por Edvardsen & Hetmann (2020) emergiram oito recomendações: reduzir o ruído, usar tampões para os ouvidos e máscaras para os olhos, ouvir música para a promoção do sono, promover um ritmo circadiano natural, controlar a dor, promover o tempo de silêncio e descanso, agrupar os cuidados de enfermagem para que evitem interrupção do sono e otimizar os modos de ventilação.

Na UCIP, a partir das 20h e durante o período da noite, fechávamos os estores das janelas, apagávamos as luzes das unidades dos doentes e outros estímulos que existissem (rádio, computador ou televisão). Os alarmes dos monitores de vigilância dos doentes e dos ventiladores eram novamente confirmados e ajustados. Diariamente transmitíamos informação à equipa Médica do padrão de dor, sono e conforto do doente. Num dos turnos que realizei na UCIP durante o período noturno estava internado o Doente E. Tinha 36 anos e tinha recorrido com queixas de odinofagia e disfagia. Após realização de laringoscopia, que mostrava edema da epiglote e diminuição do calibre da via aérea, o doente fora então entubado com tubo orotraqueal para proteção da via aérea. Nessa noite apresentava-se ansioso e inquieto. Comunicava através da forma escrita, num quadro branco em formato A4 e escreveu estar preocupado com a sua situação de saúde e a sua família. Após os momentos de apoio emocional e escuta ativa perguntei se gostaria de fazer medicação que o ajudasse a descansar e ficar mais tranquilo. O Doente E. consentiu e procurei na aplicação informática a medicação que o doente tinha para realizar em SOS. Expliquei ao doente que

medicamento ia ser administrado - hidroxizina 30mg. Durante a noite o doente foi descansando por períodos e no início do dia partilhou que se sentia “melhor, mais relaxado” (sic). Com a intervenção aqui desenvolvida considero que assisti o Doente E. na perturbação emocional decorrente da sua situação crítica de saúde/doença, concretizando uma das unidades da primeira competência específica: cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Remetendo para a teoria de Jean Watson (2010), também a autora defende a criação de um ambiente de cura em todos os níveis, incluindo a redução de ruído e a iluminação (Evangelista, Lopes, Nóbrega, Vasconcelos & Viana, 2020).

E. Mobilização precoce e exercício (Early mobility and Exercise)

Segundo Kress & Hall (2014) existe evidência científica que recomenda a diminuição da sedação e a promoção de atividade física em utentes internados em cuidados intensivos. Neste sentido, o foco na reabilitação do utente em situação crítica deve começar nos cuidados intensivos e prosseguir até casa (Marra, Ely, Pandharipande & Patel, 2017). Na UCIP todos os doentes eram avaliados diariamente pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ou pela Fisioterapeuta. Antes da sua intervenção junto dos doentes transmitia-lhes informação sobre o estado atual de saúde do doente e as necessidades de cuidados que já teríamos elencado.

F. Envolvimento e empoderamento familiar (Family engagement and empowerment)

O envolvimento e participação da família, atenção aos seus desejos, preocupações e dúvidas fazem parte do plano de tratamento do utente em cuidados intensivos. A doença crítica tem impacto individual e em todo o sistema de suporte do utente, sejam familiares, amigos ou cuidadores. Neste sentido Marra, Ely, Pandharipande & Patel (2017) defendem que é fundamental reconhecer e identificar as necessidades do utente e também da sua família.

Nos momentos de estágio na UCIP a vulnerabilidade e o sofrimento associados à pessoa em situação crítica e também muitas vezes vivido pelos seus familiares estimularam a minha reflexão. Desde o início que também a comunicação e interação com a família tinha despertado o meu interesse. Deste modo, procurei informação que me capacitasse para essa intervenção junto da família. Os familiares de doentes internados em unidades de cuidados intensivos procuram, pela necessidade de serem informados, o contacto com profissionais atentos à experiência que eles estão a viver, “no sentido de lhe permitirem algum saber, e daí o bem-estar” (Mendes, 2016, p. 2). Num estudo cujo objetivo era interpretar na

experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos a sensibilidade dos profissionais relativamente à sua necessidade de informação, foi concluído que as pessoas da família “perceberam que para além das palavras, o tom de voz, a disponibilidade, a iniciativa percebida e encontrada, fizeram a diferença” (Mendes, 2016, p. 8). Foi através destas linhas orientadoras e com o apoio, reflexão e orientação do Enfermeiro orientador que procurei interagir com os familiares e pessoas significativas da pessoa em situação crítica. Conforme já foi referido também a minha experiência profissional com o doente oncológico e os seus familiares contribuiu de forma positiva para me capacitar nestas interações.

Relativamente ao segundo objetivo específico **“contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados relativos à prevenção, intervenção e controlo do *delirium* na pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos”**, comecei por realizar pesquisa em bases de dados e a consulta de documentos (Guidelines, Programas e Orientações) a nível mundial, europeu, nacional e institucional sobre *delirium* na pessoa em situação crítica.

O *delirium* é definido, de acordo com a American Psychiatric Association (2013), como uma alteração aguda na cognição que se manifesta em flutuações de consciência, atenção, memória, pensamento, percepção e distúrbios comportamentais. Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), em língua portuguesa, os termos “*delirium* hiperativo” e “*delirium* hipoativo” aparecem na categoria de foco e são descritos pela primeira vez em 2019.

Inouye et al. (2014) citados por Bento & Pontífice Sousa (2021), defendem que o *delirium* está associado ao aumento da morbidade e mortalidade da pessoa em situação crítica. Contudo, a sua prevenção e identificação precoce podem diminuir a morbidade e mortalidade associadas.

O *delirium* pode também constituir um indicador de qualidade em unidades de cuidados intensivos. Num estudo de Rocheta (2018) sobre os indicadores de qualidade em unidades de cuidados intensivos, após uma revisão sistemática da literatura foram apresentados 30 indicadores a um painel de peritos. Com recurso à técnica Delphi foram aprovados 26 indicadores de qualidade. A monitorização da sedação, analgesia e *delirium* foi definida como um dos indicadores de processo.

Este é um tema que foi visto pelo Enfermeiro orientador e pela restante equipa de Enfermagem como uma necessidade de melhoria da qualidade na UCIP. Por outro lado, no

meu contexto de prática profissional (no cuidado ao doente oncológico), o *delirium* é uma situação cada vez mais frequente e a intervenção dos profissionais de saúde face ao mesmo constitui-se um desafio e, muitas vezes, uma dificuldade.

Outra das atividades envolvidas na execução deste objetivo foram os momentos de observação da prática de cuidados à pessoa com quadro de *delirium*, incluindo a identificação das intervenções de prevenção e controlo do mesmo.

Por último, surgiu a elaboração de uma Norma de Orientação Clínica sobre prevenção, intervenção e controlo do *delirium* na pessoa em situação crítica. Para isso e após o estudo dos resultados da pesquisa em bases de dados e da consulta de documentos, realizei o levantamento das necessidades junto da equipa de Enfermagem da UCIP quanto a este tema. Assim, após reflexão com o Enfermeiro orientador foi determinada a necessidade de uma norma relativa à gestão do *delirium* na pessoa em situação crítica com proposta de respetivo registo informático no processo de Enfermagem. Iniciei em seguida a construção da norma, segundo o modelo institucional e baseada em evidência científica recente. Foi definido como objetivo contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados relativos à prevenção, intervenção e controlo do *delirium* na pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos. A população alvo é constituída pelos utentes internados na UCIP e os utilizadores desta norma são os Enfermeiros deste serviço. A norma tem início com a descrição dos conceitos iniciais sobre *delirium*; classificando o mesmo quanto à sua duração (agudo ou persistente) e quanto à sintomatologia (*delirium* hiperativo, hipoativo ou misto). De seguida elenquei os fatores de risco associados ao *delirium* e a escala CAM-ICU, para avaliação da confusão. Na linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) surgem em 2019 os focos “*delirium* hiperativo”, “*delirium* hipoativo” e “risco de delírio”. Assim, foi sugerido incluir estes diagnósticos de enfermagem na aplicação informática *B-Simple*, acompanhados pela intervenção de enfermagem “gerir delírio”. Esta intervenção está associada à *bundle* ABCDEF, já referida anteriormente.

Com esta atividade considero que desenvolvi as seguintes competências: **“garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”** (Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4744).

Durante o decorrer do estágio na UCIP, senti evolução e crescimento no meu percurso pessoal e profissional. Nos primeiros dias de estágio senti uma dualidade de sentimentos:

entre ansiedade e motivação relacionadas com a exigência deste percurso. Por outro lado, a imprevisibilidade e dinâmica de todas as situações vividas em contexto de cuidados intensivos foi um fator desafiante e exigente. E, a vulnerabilidade, desconforto e sofrimento associados à pessoa em situação crítica e o sofrimento muitas vezes vivido pelos seus familiares e pessoas significativas foi marcante para mim. Por não ter experiência na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos, este estágio revelou-se desafiante. Remetendo para Benner, relativamente ao estado 1 - iniciado “todas as enfermeiras que integram um novo serviço em que não conhecem os doentes podem encontrar-se a este nível, se os objetivos e os aspetos inerentes aos cuidados não lhes forem familiares” (Benner, 2001, p.50). Tendo em conta que a minha experiência profissional se tem situado no cuidado ao doente adulto e idoso em contexto hospitalar, a área do cuidado à pessoa em situação crítica estabelece-se fora da minha experiência. Deste modo, considero que me situo no estado de iniciada no contexto da UCIP. Por outro lado, a minha idade e experiência profissional, ainda reduzida, podem também ser fatores determinantes. Num estudo de natureza quantitativa, com objetivo de demonstrar a relevância e a importância das competências profissionais dos enfermeiros portugueses, Oliveira, Queirós & Castro (2015) concluíram que a idade, o nível de formação e experiência profissional detiveram um impacto positivo na classificação da competência. Os autores determinaram que quanto mais elevadas estas variáveis, maior o nível de competência profissional.

Remetendo para as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais surge a competência **“desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”**, que apresenta duas unidades de competência: **“detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro; gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional”**. Burnard (1995) citado por Mendes (2016) defende que o exercício reflexivo “pode ajudar os enfermeiros a crescer profissionalmente e também na sua personalidade. Foi desta forma que procurei desenvolver estas competências. O exercício clínico “constitui, para os estudantes, uma oportunidade excelente de aprendizagem pelas interações que aí emergem, mas também de responsabilização crescente no seu estar e agir” (Mendes, 2016, p.15). E são esses momentos de aprendizagem, interação e partilha que têm contribuído para o meu autoconhecimento enquanto pessoa, Enfermeira e futura Enfermeira especialista. Este processo facilitou a identificação de fatores que podem interferir no meu relacionamento com a pessoa alvo de

cuidados, o reconhecimento dos meus limites pessoais e profissionais e a influência pessoal na relação profissional que é estabelecida. Na competência relativa a gerir respostas de adaptabilidade individual, foi importante a gestão de sentimentos e emoções capazes de construir uma resposta para atuar eficazmente sob pressão. Para isso foi fundamental desenvolver estratégias de *coping* específicas. O conceito de *coping* é referido por Vaz Serra (2007), citado por Sapata (2012) como o conjunto de estratégias utilizadas para lidar com eventualidades que induzem stress. A mesma autora enumera variados estudos, Billing & Moos (1984), Lazarus & Folkman (1985), Pearlin & Schooler (1978), Stone & Col. (1991) e Wong & Reker (1984), que descrevem dois tipos de estratégias de *coping*: centrado no problema e centrado nas emoções. O *coping* centrado nas emoções compreende a regulação do estado emocional através de esforços que nos permitem pensar e agir de forma eficaz (Sapata, 2012). Após a leitura sobre este tema, emerge uma nova dimensão que é defendida por alguns autores: as estratégias focadas na interação social. Estas podem ser definidas como um processo de apoio social, em que o sujeito procura a quem contar os seus problemas, de forma e chegar a alguma compreensão. Esta interação “tem maior eficácia quando através da mesma são clarificadas as ligações entre o que a pessoa sente e as causas que o motivaram impulsionando daí uma alternativa adequada de ação” (Sapata, 2012, p.35). Considero que as estratégias de *coping* por mim desenvolvidas têm sido centradas nas emoções e na interação social e que são essas estratégias que me têm permitido gerar respostas de adaptabilidade ao contexto clínico e a este período de aprendizagem e desenvolvimento de competências. Assim, considero ter atingido a competência especializada “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”.

Posto isto, foram fundamentais os momentos de estágio iniciais em que estive focada na observação dos cuidados, das dinâmicas e das intervenções realizadas; na consolidação de conhecimentos teóricos, leitura de normas e protocolos e na pesquisa de evidência científica para aquisição de novos conceitos, conhecimentos e intervenções. Procurei conhecer melhor todos os equipamentos e o seu funcionamento e fazer a sua gestão sem que isso se substituísse ao olhar sobre o doente. Procurei manter uma atitude proactiva na procura pela mobilização de saberes e na aquisição de novos conhecimentos. Os momentos de reflexão sobre intervenções e situações particulares com o Enfermeiro orientador e outros Enfermeiros de referência, o esclarecimento de dúvidas com o Enfermeiro orientador foram fundamentais para o meu percurso de aprendizagem. Neste sentido, é inegável a

“importância da componente supervisão, para o desenvolvimento da competência profissional e desenvolvimento pessoal” (Mendes, 2016, p.5).

2.2. Estágio final e relatório – serviço de Urgência

O segundo estágio da UC “Estágio final e relatório” foi composto também por 180 horas e desenrolou-se num serviço de urgência geral polivalente de um Hospital de um Centro Hospitalar Universitário de Lisboa. Escolhi este serviço de urgência como contexto para este estágio por ser um serviço polivalente e com uma grande área de abrangência, mais valias para o desenvolvimento de **competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no domínio do cuidado especializado à pessoa em situação crítica e à sua família**. Por outro lado e por ter realizado o primeiro estágio no mesmo Centro Hospitalar, foi possível dar continuidade ao trabalho já desenvolvido.

Este serviço integra a Rede Nacional de Urgência e Emergência como serviço de urgência polivalente e centro de trauma. Desde 2013 que faz parte dos polos integrantes da Urgência Metropolitana de Lisboa na área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) para as especialidades de Cirurgia Maxilo Facial, Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Cirurgia Vascular, Gastreenterologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria e Urologia. Este serviço tem como missão garantir aos doentes urgentes e emergentes a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade. Em resultado da sua diferenciação técnica e polivalência é um serviço que admite todos os doentes, independentemente da sua origem.

O serviço está organizado em diferentes áreas de atendimento, desde a admissão do doente, gabinetes de triagem, dois balcões de atendimento (de ambulatório e de macas), sala de tratamentos, pequena cirurgia, cinco salas de observação e três salas de urgência/emergência. Para além dessas áreas existe ainda a sala de observação de Psiquiatria, variados gabinetes de observação, gabinete de informação, salas de espera para doentes e acompanhantes, salas para realização de eletrocardiograma, colheita de sangue para análises e exames complementares de diagnóstico. Desde o início da pandemia de SARS-COV2 que existem as áreas dedicadas para doentes respiratórios. Fisicamente encontra-se separada do restante serviço de urgência.

A equipa multiprofissional do serviço de urgência conta com Enfermeiros, Técnicos auxiliares de saúde, Médicos de várias especialidades, Médicos em regime de internato,

Assistentes Sociais, Administrativos e equipa de limpeza. Existe ainda a colaboração do serviço de farmácia, serviço de nutrição e várias especialidades médicas.

A equipa de Enfermagem é constituída por mais de uma centena de Enfermeiros, contando com Enfermeiro Gestor, Enfermeiros Coordenadores, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Os primeiros dias de estágio foram focados na integração no serviço e na equipa multiprofissional, com a observação das dinâmicas da equipa, do funcionamento do serviço, dos cuidados prestados e práticas desenvolvidas. Comecei então a construção do projeto de estágio. Como objetivo geral manteve-se **desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no domínio do cuidado especializado à pessoa em situação crítica e à sua família, em contexto de urgência e emergência**. Quanto aos objetivos específicos defini: **1- desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e à sua família, em contexto de urgência e emergência; 2- contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados especializados relativos à criação de ambientes terapêuticos seguros**.

O primeiro objetivo específico está intimamente ligado às competências **“cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”** e **“dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”** (Diário da República, 2.^a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19363). No que respeita ao percurso para atingir a primeira competência enumerada, comecei por realizar a leitura de normas e protocolos institucionais e pesquisa de evidência científica que me permitisse direcionar a *praxis* clínica especializada. Esta foi a primeira atividade a ser desenvolvida e que se desenrolou ao longo de todo o estágio, de forma a suprir as necessidades teóricas que ia sentindo. Esta atividade está também ligada à competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: **“baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”** (Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

Iniciei o meu percurso de estágio nas salas de observação e nos gabinetes de triagem. Os seguintes turnos desenrolaram-se nos balcões de atendimento (de ambulatório e de macas), pequena cirurgia e, por fim, nas salas de urgência/emergência. Deste modo, foi possível acompanhar e prestar cuidados em todos os locais que fazem parte do circuito da urgência.

Para além disso, em dois turnos foi possível acompanhar o Enfermeiro orientador em funções de gestão como Chefe de equipa da urgência.

Desde 2007 que a prioridade no atendimento dos doentes é estabelecida segundo o protocolo de Triagem de Manchester. De acordo com o Grupo Português de Triagem, este Protocolo foi implementado em novembro de 1994 em Manchester, com vista à criação de normas de triagem baseadas na determinação do risco clínico. A avaliação clínica surge a partir da queixa apresentada – o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente ou pelo profissional de saúde (Grupo Português de Triagem, s.d.). O profissional de saúde escolhe um dos 50 fluxogramas, com base na queixa do doente e cada fluxograma mostra discriminadores-chave (perguntas) em cada nível de prioridade. Em Portugal e, em particular, neste serviço de urgência são os Enfermeiros que realizam a triagem dos doentes. Num dos turnos realizados num dos gabinetes de triagem foi atendida uma doente de 46 anos (doente P.) que vinha acompanhada por outra senhora. A doente referia recorrer por dor lombar com mais de cinco dias de evolução. Após a nossa abordagem caracterizou a dor como sendo “tipo pontada”, estava medicada com analgesia (paracetamol 1g em comprimidos) e anti-inflamatório (tópico). Questionámos se a dor estaria a aumentar de intensidade e por isso ter recorrido ao serviço de urgência, ao que a doente respondeu de forma afirmativa. De seguida, a senhora que acompanhava a Doente P., pediu se podia interromper: “ela está a esquecer-se de dizer uma coisa importante, tem borbulhas no corpo e está a ficar pior desde ontem, tem muita comichão” (sic). Nesse momento a doente confirmou o que foi dito e que as queixas de prurido estavam cada vez mais intensas. Referiu estar nervosa e ansiosa com a situação e por isso não ter verbalizado logo todas as queixas que tinha. Pedimos para observar a doente e se consentia com a presença da acompanhante. A doente P. apresentava eritema disseminado na região do tórax anterior e posterior e pápulas localizadas na região abdominal. Questionámos se teria alguma alergia, que medicamentos (em comprimido ou tópico) ou outros tópicos teria tomado ou aplicado nos últimos dias. Durante a interação com a doente P. aplicámos o protocolo de Triagem de Manchester e, após a revelação das alterações a nível do tegumento, todo o processo de triagem foi alterado. Após os registos estarem concluídos apliquei a pulseira de identificação da doente e encaminhei-a para o balcão de atendimento de ambulatório. De seguida, transmitimos a situação aos Enfermeiros e a um dos Médicos responsáveis por este setor.

Para mim esta situação foi marcante e fundamental para compreender a importância e objetivo do protocolo de Triagem e o papel que nele os Enfermeiros desempenham.

Considero que esta situação exemplifica a aquisição da unidade de competência “cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe” uma vez que foi realizada a triagem e garantida a “continuidade dos cuidados registando e transmitindo a informação pelos meios técnicos disponíveis” (Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19363). Para além disso, foi promovida a proteção dos direitos humanos da doente A., assegurando a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral e a garantia do respeito pelo direito do cliente à privacidade. Considero assim que esta situação pode exemplificar que **garanto uma prática de cuidados que respeita os direitos humanos e as responsabilidades profissionais**, uma das competências comuns do Enfermeiro Especialista.

Outra das atividades planeadas para alcançar o primeiro objetivo específico foi realizar a apreciação inicial, construir diagnósticos de enfermagem, planear e implementar intervenções de enfermagem e realizar a sua avaliação. Em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes são de importância máxima (Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018). Os turnos realizados nas salas de observação destacaram-se pelo desenvolvimento destas atividades, por estarmos em constante interação com o doente e o tempo de contacto com o mesmo ser mais longo. Num desses turnos estava internada numa das camas uma doente de 88 anos, a Doente M., que vinha encaminhada do Lar por tosse e dispneia. No início do turno a Doente M. apresentava-se consciente e orientada na pessoa, mas desorientada no tempo e no espaço. Apresentava dispneia intensa e SpO₂=82% a descer progressivamente. Concomitantemente apresentava-se inquieta e agitada. Ajustei e aumentei o débito de oxigénio até aos 5L/min e preparei a medicação que tinha prescrita para situações de SOS. Após validação com o Enfermeiro orientador administrei morfina (3mg por via endovenosa), hidrocortisona (100mg por via endovenosa) e broncodilatadores (salbutamol 200µg + brometo de ipratrópio 500µg por inalação). Em conjunto ajustámos a o posicionamento da Doente M. para a posição de fowler. Reorientei a Doente M. para a realidade, indicando que estávamos no hospital e estaria a ser vigiada e a realizar tratamento para a falta de ar e a tosse que sentia. Indiquei quando devia inspirar e expirar e pedi que o fizesse de forma calma, concentrando os seus pensamentos apenas na respiração. Após alguns minutos a Doente M. apresentava-se mais calma, fâcies tranquilo, sem sinais de dispneia e SpO₂=92%.

De acordo com o International Council of Nurses (2019) a dispneia é definida como um “processo do sistema respiratório comprometido: movimento laborioso da entrada e saída

de ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade”.

Segundo as recomendações para a melhor prática de cuidados de Enfermagem na dispneia (Bailey et al., 2013) é recomendada a administração apropriada de medicamentos, vacinas e de oxigenoterapia, Bailey et al. (2013) recomendam a administração de broncodilatadores (inalados ou via oral) como a base da terapia farmacológica. Quanto à educação em saúde recomendam estratégias de gestão de energia, eliminação de secreções, técnicas de relaxamento e estratégias nutricionais. Por sua vez, Cipriano, P., Monteiro, N. F., Silva, S. V. & Freire, E. (2021), no guia prático de controlo sintomático recomendam como terapêutica da dispneia: oxigenoterapia (ponderar em doentes hipoxémicos), opióides (morfina em esquema fixo ou SOS), benzodiazepinas (para controlo da ansiedade e indução de efeito relaxante dos músculos respiratórios), broncodilatadores, corticóides e diuréticos.

Considero que a situação descrita ilustra a atividade planeada para atingir o primeiro objetivo específico e também a competência “presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (Diário da República, 2.^a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19363).

Nos turnos que se desenrolaram nas salas de urgência/emergência foi também possível prestar cuidados à pessoa em situação emergente, encaminhadas pela via verde AVC, via verde coronária e via verde trauma. De acordo com a DGS a via verde é uma “estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações” (DGS, 2017, p.17). Na abordagem a estes doentes foi assegurado o respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais de cada doente, **promovendo a proteção dos direitos humanos** (Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019). No mesmo sentido, em todos os momentos foi promovido o **exercício profissional de acordo com a deontologia profissional**, demonstrando uma tomada de decisão baseada em princípios, valores e normas deontológicas (Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019). Nenhuma destas intervenções e atividades poderia ser desenvolvida sem o apoio e a colaboração da restante equipa de saúde. Também neste estágio foi fundamental o trabalho em equipa com os restantes Enfermeiros e outros profissionais de saúde, de quem destaco os Técnicos auxiliares de saúde, os Médicos e as Assistentes sociais. Neste sentido foi também possível delegar e **supervisionar as tarefas delegadas**, garantindo segurança e

qualidade através da orientação da decisão relativa às tarefas a delegar e da avaliação da execução das mesmas (Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019).

Por último, os turnos que realizei enquanto o Enfermeiro orientador assumia funções de gestão como chefe de equipa da urgência foram potenciadores do desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados. Foi possível **otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão**, através da colaboração nas decisões da equipa e da negociação ou referenciação com outros prestadores de cuidados de saúde (Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019).

O segundo objetivo específico (**contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados especializados relativos à criação de ambientes terapêuticos seguros**) iniciou-se com a pesquisa em bases de dados sobre ambiente seguros na preparação e administração de terapêutica endovenosa através de cateter venoso periférico e a consulta de documentos (Guidelines, Programas e Orientações) a nível mundial, europeu, nacional e institucional.

No decorrer do primeiro estágio, no Gabinete de Segurança do Doente do CHULC, foi desenvolvido um projeto de investigação com o objetivo de avaliar o impacto dos incidentes de flebite e a sua eventual relação com a utilização de medicamentos (flebite química).

A primeira fase do estudo decorreu com o primeiro estágio (entre maio e julho de 2021) e permitiu:

- analisar os incidentes de flebites associadas a CVP em doentes adultos internados e documentadas no sistema de relato de incidentes de segurança do doente;
- listar os medicamentos administrados em doentes que apresentaram flebite associada a CVP;
- classificar as consequências dos incidentes de flebite de acordo com a CISD.

Foram analisados 96 incidentes de flebite associada a CVP. Os medicamentos mais frequentemente administrados a doentes que apresentaram flebite foram, de acordo com o grupo terapêutico: antibióticos (n=42), diuréticos (n=21), analgésicos e antipiréticos (n=14) e inibidores da bomba de prótons (n=12). Medicamentos mais frequentemente administrados: furosemida (n=21), pantoprazol (n=12), paracetamol (n=11), piperacilina + tazobactam (n=10).

Finda a primeira fase do estudo e como definido primeiramente pelo grupo de investigação, pudemos avançar para a segunda fase. Nesta pretende-se identificar as práticas existentes, relativas à preparação e administração dos medicamentos, em particular dos medicamentos identificados na primeira fase, como estando mais frequentemente associados

a incidentes de flebite. Para tal realizámos a observação de práticas de preparação e administração de medicamentos.

Assim, a segunda atividade relacionada com este objetivo específico centrou-se em elaborar uma grelha específica de registos para observação dos momentos de preparação e administração de terapêutica endovenosa através de CVP. Para a execução desta atividade foi determinante reunir informação relativa a grelhas de observação e compreender investigações já realizadas com recurso às mesmas. Partilhei e também refleti sobre os principais aspetos a observar com o Enfermeiro e a Professora orientadora. Reuni com as Enfermeiras do GSD que fazem parte do grupo de investigação deste projeto, para a conclusão e aprovação da grelha de observação. Na parte inicial foram incluídas informações sobre o profissional de saúde (idade, tempo de exercício profissional e de exercício no serviço), o doente (sexo e idade) e o CVP. De seguida incluímos aspetos relativos aos 12 certos da medicação, higiene das mãos na preparação e administração de medicamentos (antes e após), procedimento de prevenção de infeção na preparação do medicamento endovenoso e procedimento de prevenção de infeção na administração do medicamento endovenoso em CVP. Para cada medicamento foi incluída informação específica sobre a sua preparação, segundo informação divulgada pelo Infarmed ou pela Farmacêutica responsável pela produção do mesmo.

A participação dos profissionais foi voluntária após apresentação do projeto e do seu objetivo. Aos doentes foi solicitado o seu consentimento para a presença no momento do procedimento.

Após a conclusão e aprovação da grelha de observação reuni com o Enfermeiro orientador, o Enfermeiro Gestor e a Enfermeira coordenadora do serviço de Urgência para expor o projeto de investigação e solicitar autorização para concretizar as observações. Após autorização e consentimento dos mesmos demos início às observações.

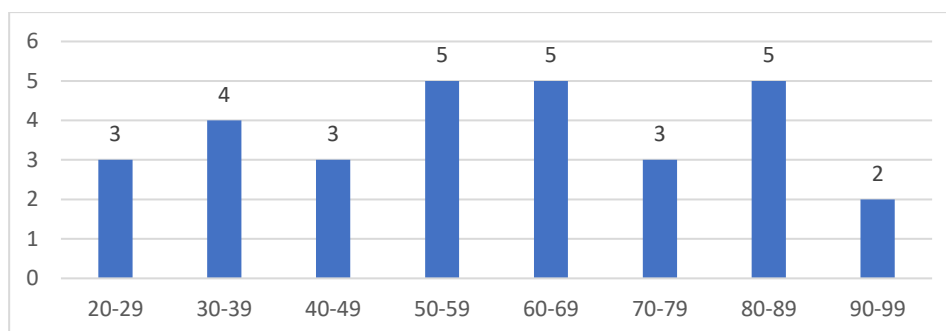
Após concluída esta atividade foi possível avançar para a observação dos momentos de preparação e administração de terapêutica endovenosa através de CVP e respetivo registo em grelha específica. Nos primeiros momentos de observações senti ansiedade e nervosismo. Foi a primeira vez que estive perante o papel de observadora e as primeiras observações revelaram-se mais difíceis. Contudo e recorrendo ao apoio e partilha com a Professora orientadora e as Enfermeiras do GSD esses sentimentos foram geridos de forma positiva e as observações foram-se revelando progressivamente menos complexas.

No final deste projeto realizei 30 observações, incluindo observações dos cinco medicamentos que tínhamos planejado inicialmente.

Do total das observações, 23 ocorreram nas salas de observação, seis em balcão de atendimento de ambulatório e uma em balcão de atendimento de macas. Os profissionais de saúde observados eram todos Enfermeiros e tinham idades compreendidas entre os 25 e os 50 anos. A classe de idades mais prevalente era a dos 30 aos 39 anos, com 10 profissionais. O tempo de experiência profissional variou de 6 meses a 30 anos, sendo que mais de 16 profissionais contam com 10 ou mais anos de experiência. Quanto ao tempo de exercício profissional neste serviço de urgência: variou entre 6 meses a 25 anos e mais de 16 profissionais contam com 10 ou mais anos de experiência nesse serviço. Quanto à categoria profissional, 20 são Enfermeiros e 10 são Enfermeiros Especialistas.

Quanto aos doentes que participaram nestas observações: 14 eram do sexo feminino e 16 do sexo masculino. As idades variaram de 25 aos 93 anos.

Gráfico 2. Distribuição da idade dos doentes, por classes de idades e em anos



Quanto aos medicamentos administrados: quatro observações foram relativas à administração de amoxicilina + ácido clavulânico (1000 mg + 200 mg), três relativas à furosemida (20mg), cinco relativas ao pantoprazol (40mg), 15 relativas ao paracetamol (1000mg) e três relativas à piperacilina + tazobactam (4000 mg + 500 mg).

Quanto à caracterização do CVP:

Gráfico 3. Distribuição de CVP por calibre

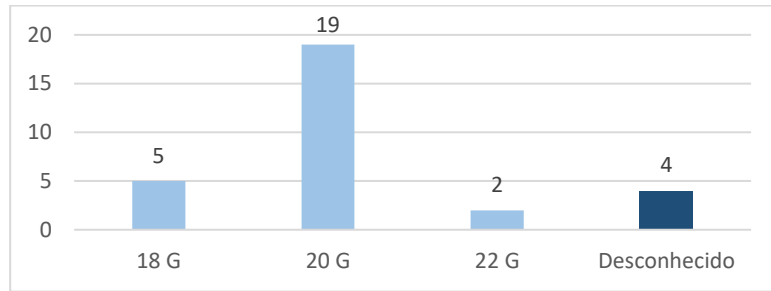


Gráfico 4. Distribuição de CVP por localização

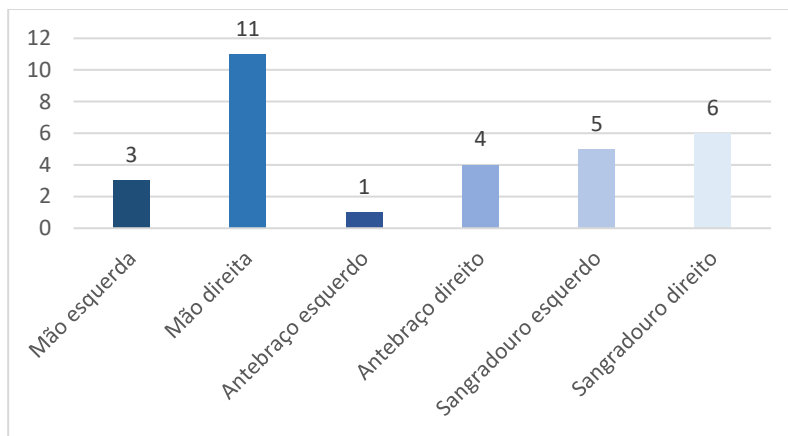


Gráfico 5. CVP obturado ou com perfusão em curso

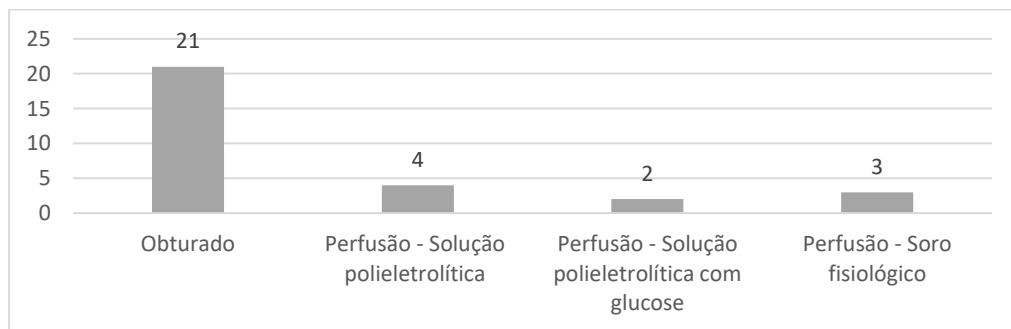
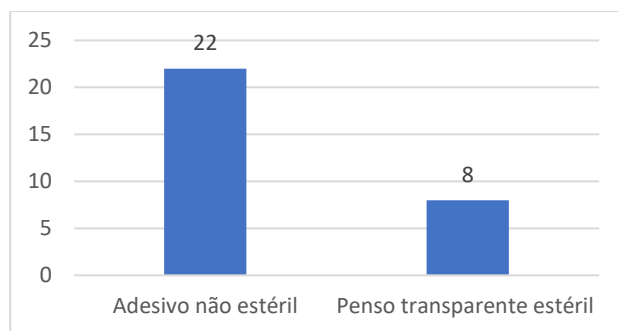


Gráfico 6. Tipo de penso usado para fixação de CVP



Em cinco observações foi necessário puncionar um CVP para a administração do medicamento. Em quatro dessas observações a desinfecção da pele no momento da punção foi realizada com solução de PBZ sept - 2-propanol e cloreto de benzalcónio e numa observação foi usado álcool a 70%.

Relativamente aos certos da medicação, foram considerados 12 certos, com base no procedimento multisectorial do centro hospitalar referente à administração de medicamentos. Quanto à forma como o profissional de saúde identifica o doente certo são consideradas duas opções: identificação positiva e/ou identificação através da pulseira do doente. As respostas definidas como não aplicável foram atribuídas a situações relativas a doentes não orientados autopsiquicamente.

Gráfico 7. Distribuição relativa à identificação positiva do doente

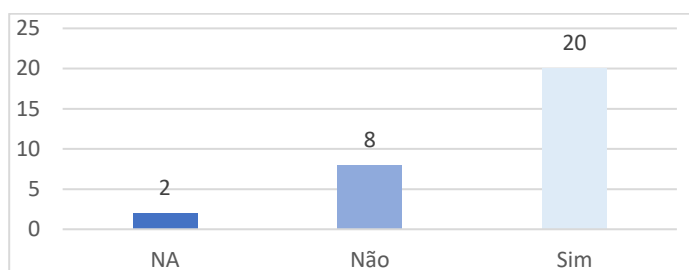
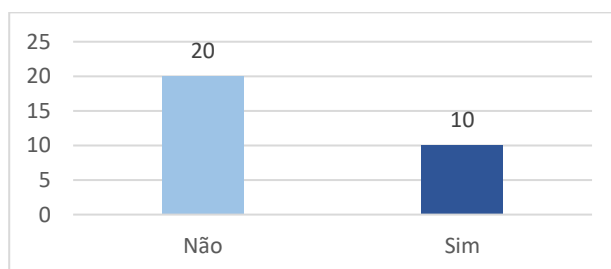


Gráfico 8. Distribuição relativa à identificação do doente através da pulseira de identificação



O medicamento certo foi respeitado e validado nas 30 observações.

A validade certa foi validada numa observação e nas restantes 29 observações não foi validada.

A existência de alergias conhecidas pelo doente foi validada em 19 observações.

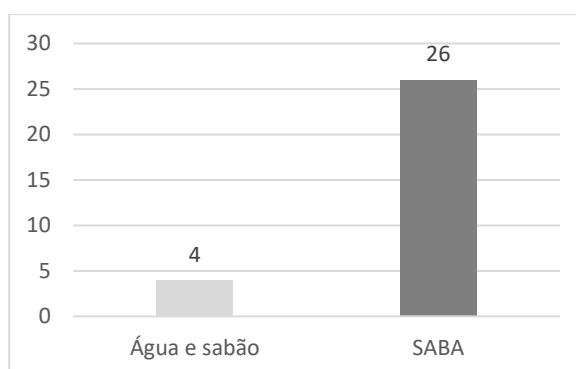
Relativo ao ensino certo, dado o tema da investigação foi definido pela equipa de investigação que seria focado nos sinais de flebite. Em nenhuma das observações isso ocorreu.

A via certa, horário certo, dose certa, concentração certa e ritmo certo foram validadas em todas as observações.

O registo certo foi validado em 26 observações.

Antes e após o procedimento de preparação e administração de medicamentos foram observados os momentos de higiene das mãos.

Gráfico 9. Higiene das mãos antes do procedimento de preparação e administração de medicamentos



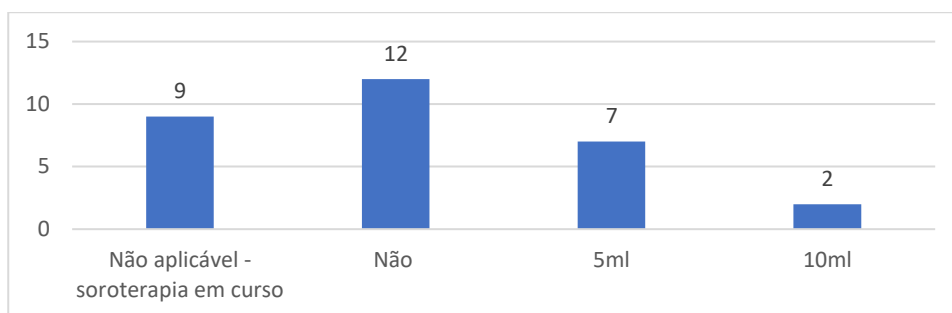
Após o procedimento de preparação e administração de medicamentos em todas as observações a higiene das mãos foi realizada com solução antisséptica de base alcoólica (SABA).

Quanto ao procedimento de prevenção de infeção na preparação do medicamento endovenoso foi observada a desinfeção do gargalo ou tampa de borracha do frasco do medicamento com compressa embebida em álcool a 70% - em nenhuma das observações isso aconteceu. Num segundo momento foi observado se o medicamento é diluído e aspirado sem contaminar a agulha e o corpo do êmbolo da seringa – em todas as observações isso ocorreu.

Quanto ao procedimento de prevenção de infeção na administração do medicamento endovenoso em CVP:

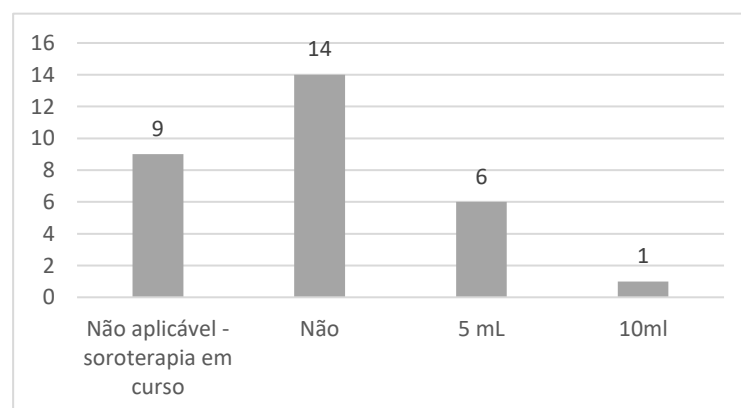
- Extremidade da seringa ou sistema de perfusão protegida até ao contacto com o doente: ocorrido em 29 observações.
- Desinfeta o obturador / torneira de três vias com compressa ou toalhete com álcool a 70%: ocorrido em 16 observações.
- Manuseia a tampa da torneira de três vias sem a contaminar: ocorrido em 29 observações.
- Saliniza o CVP com NaCl 0,9% antes da administração: ocorrido em nove observações e com recurso a ampolas de uso único

Gráfico 10. Saliniza o CVP com NaCl 0,9% antes da administração



- Administração do medicamento conforme indicações do Infarmed e/ou do Fabricante: ocorrido em todas as observações.
- Saliniza o CVP com NaCl 0,9% após a administração: ocorrido em sete observações e com recurso a ampolas de uso único

Gráfico 11. Saliniza o CVP com NaCl 0,9% após a administração



- Em nove observações foi administrado um ou mais medicamentos no mesmo horário:

Gráfico 12. Outros medicamentos administrados no mesmo horário

| Antes | Depois |
|---------------------------------|---------------------------|
| Tiamina | Metoclopramida |
| Cetorolac e Ondasetrom | Paracetamol |
| Amoxicilina + ácido clavulânico | Hidrocortisona |
| Paracetamol | Piperacilina + Tazobactam |
| Pantoprazol | |

Considero que os momentos de observação foram um dos maiores pontos positivos deste estágio, permitindo o progresso do projeto de investigação e a aquisição de conhecimentos e competências na área da investigação.

Em todos os momentos de observação assegurei a **“confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional”**, fomentando **“o respeito pelo direito do cliente à privacidade”** (Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4746). Estes aspetos contribuíram para o desenvolvimento de competências especializadas no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: **“garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”** (Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4745). No Domínio da melhoria contínua da qualidade considero que o desenvolvimento deste projeto durante o estágio contribuiu para desenvolver as seguintes competências **“garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”**; **“desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”** e **“garante um ambiente terapêutico e seguro”** (Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4747). No desenvolvimento de práticas de qualidade está a ser possível, através deste projeto de investigação, **planear programas de melhoria contínua e fazer parte da liderança desses programas**. Na garantia de um ambiente terapêutico e seguro, considero que a participação deste projeto ao nível da gestão do risco institucional irá promover um **“ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo”** (Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4747-8).

Quanto as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com este projeto de investigação procuramos **maximizar a “intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”** (Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19364). Considero que esta competência foi adquirida através da **conceção de um plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica** (projeto de investigação iniciado no 1º estágio). Considero assim que faço parte de um grupo de profissionais que **lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, nomeadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde**. Neste sentido foi possível **demonstrar conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar, salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos e monitorizar, registar e avaliar as medidas de prevenção e controlo executadas** (Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19364).

Como ponto positivo na realização deste estágio não posso deixar de destacar a disponibilidade, interesse e colaboração com que o projeto foi recebido pelo Enfermeiro orientador e toda a equipa profissional, em especial pelos Enfermeiros que participaram nas observações. Os momentos de observação foram desafiantes e permitiram várias interações com a equipa de Enfermagem e com os doentes. Destaco também a cooperação, entreadajuda e apoio da Professora orientadora, Enfermeiro orientador e das Enfermeiras do Gabinete de Segurança do Doente do CHULC.

A última atividade planeada para a execução do segundo objetivo específico foi a construção de um poster científico para o IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa. Neste sentido foi proposta à restante equipa de investigação a divulgação dos resultados da primeira fase deste projeto. Assim, foi elaborado um poster científico intitulado “segurança do doente: flebite associada a cateterismo venoso periférico - resultados preliminares de um estudo de investigação” e respetivo resumo.

No decorrer do último estágio foi ainda proposta a participação como oradora no curso "Segurança na Preparação e Administração de Medicamentos" organizado pelo GSD do centro hospitalar. Foi preparada uma sessão com o título “segurança do doente: flebite

associada a cateterismo venoso periférico“. O plano da sessão era constituído pelo enquadramento científico, seguido do plano de ação (onde foi apresentado o projeto de investigação e divulgados os resultados da primeira fase) e terminando com as considerações finais. Este curso decorreu presencialmente no dia 13 de dezembro entre as 9h e as 16h num dos auditórios do Centro Hospitalar. Estiveram presentes no total oito oradores e 22 formandos, a maioria Enfermeiros. O resultado da participação neste curso foi bastante positivo, permitiu-me reforçar competências comunicacionais e adquirir novos conhecimentos com a partilha das restantes sessões. Remetendo para o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio da melhoria contínua da qualidade surge a competência **“garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”** (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4747). Considero que a participação neste curso como oradora permitiu reforçar esta competência nomeadamente por ter sido realizada **a comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros** (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4747).

CONCLUSÃO

O presente relatório descreve o que foi inicialmente planeado para este trabalho, a descrição e reflexão do percurso de aquisição de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.

No primeiro capítulo foi descrito o projeto de investigação no âmbito do tema da flebite como incidente de segurança do doente na gestão do cateter venoso periférico. Este projeto surgiu e foi desenvolvido no âmbito do estágio da UC “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica”, no Gabinete de Segurança do Doente. Foram atingidos os objetivos propostos para este projeto de investigação e este estágio revelou-se elementar para o desenvolvimento de competências de investigação e de competências especializadas no domínio da melhoria contínua da qualidade.

Os estágios desenvolvidos na UC “Estágio Final e Relatório”, na UCIP e no serviço de Urgência Geral Polivalente, foram fundamentais no desenvolvimento das competências especializadas nos restantes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O estágio da UCIP revelou-se desafiante e fora da minha área de conforto, promovendo o meu crescimento a nível pessoal, profissional e académico. Foi na UCIP que se desenrolaram os momentos de cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, com maior enfoque na pessoa com *delirium* e na gestão da dor. Neste contexto foi possível contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados relativos à prevenção, intervenção e controlo do *delirium* na pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos

Por sua vez, o estágio no serviço de urgência permitiu-me prestar cuidados à pessoa em situação crítica e à sua família, em contexto de urgência e emergência, desenvolvendo competências nessa área. Também nesse contexto foi possível desenvolver competências de investigação, com a observação dos momentos de preparação e administração de terapêutica endovenosa. Assim, e em síntese, é possível concluir que após este longo percurso de desafios e aprendizagens foram atingidas as competências especializadas propostas para este ciclo de estudos.

Como implicações para a prática de cuidados podemos destacar o estudo relativo aos incidentes de flebite associada a CVP, que permitiu identificar os medicamentos administrados em doentes que apresentaram flebite e classificar as consequências destes incidentes para a segurança do doente. Os resultados evidenciam a importância dos

incidentes de flebite na segurança do doente, na evolução do internamento e na sua situação de saúde e a importância da intervenção de enfermagem na prevenção e tratamento de flebite. Numa segunda fase do estudo foi possível conhecer as práticas de preparação e administração dos principais medicamentos identificados na primeira fase.

Consideramos ter dado a conhecer a realidade estudada, que foi posteriormente divulgada aos profissionais de saúde que nela participam, através de momentos de formação.

Na área da investigação assumimos os limites do estudo apresentado e a necessidade de continuidade de investigação nesta área, que permita subsidiar a prática baseada na evidência e a procurar constante pela excelência dos cuidados em Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aghdassi, S., Schröder, C., Gruhl D., Gastmeier, P., & Salm, F. (2019). Point prevalence survey of peripheral venous catheter usage in a large tertiary care university hospital in Germany. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*. (2019). 8:15, 1-7.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-378.
- Alexandrou, E. et. al. (2018). Use of Short Peripheral Intravenous Catheters: Characteristics, Management, and Outcomes Worldwide. *Journal of Hospital Medicine*. E1-E7.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. DSM-5. 2013.
- Atay, S., Şen, S. & Çukurlu, D. (2018). Phlebitis-related peripheral venous catheterization and the associated risk factors. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 21 (7). 827-831.
- Bailey et al. (2013). Best practice in nursing care of dyspnea: The 6th vital sign in individuals with COPD. *Journal of Nursing Education and Practice*, January 2013, Vol. 3, No. 1. 108-122.
- Barr, J. et al. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 2013 Jan;41(1):263-306.
- Bento, A. F. G. & Pontífice Sousa, P. (2021). Delirium in adult patients in intensive care: nursing interventions. *British Journal of Nursing*, 2021, Vol 30, No 9.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Braga et al. (2018). Flebite e infiltração: traumas vasculares associados ao cateter venoso periférico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 26: e3002.
- Center for Diseases Control and Prevention (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections (2011).
- Cipriano, P., Monteiro, N. F., Silva, S. V. & Freire, E. (2021). Dispneia. In Freire, E., *Guia Prático de Controlo Sintomático, segunda Edição* (37-42).
- Correia, M. C. B. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa N°9/DGCG. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da Intensidade da Dor.
- Direção-Geral da Saúde (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Tradução realizada pela Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. Publicado pela Organização Mundial de Saúde, em Janeiro de 2009, com o título *Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report*.
- Direção-Geral da Saúde, 2017. *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde, 2017. Norma nº 015/2017. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto.
- Edvardsen, J. B. & Hetmann, F. (2020). Promoting Sleep in the Intensive Care Unit. *SAGE Open Nursing*. Volume 6: 1–8.

- Ely, E. W., et al. (2001). Delirium in Mechanically Ventilated Patients Validity and Reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *JAMA*. December 5, 2001—Vol 286, No. 21 2703-2709.
- Enes, S. M., Opitz, S. P., Faro, A. R., & Pedreira, M. (2016). Flebite associada a cateteres intravenosos periféricos em adultos internados em hospital da Amazônia Ocidental Brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(2), 263–271.
- Eufrásio, M. J., Dias, A. M. & Santos, E. (2021). Comparação da substituição clinicamente indicada e de rotina de cateteres venosos periféricos: revisão sistemática com meta-análise. *Millenium, Ciências da vida e da saúde* 2(ed espec. nº9), 81-90.
- Evangelista, C. B., Lopes, M. E. L., Nóbrega, M. M. L., Vasconcelos, M. F., & Viana, A. C. G. (2020). Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4).
- Furlan, M., & Lima, A. (2020). Custo direto dos procedimentos para o tratamento do evento adverso flebite em Unidade de Internação Clínica. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*. 54.
- Guanche-Sicilia, Sánchez-Gómez, Castro-Peraza, Rodríguez-Gómez, GómezSalgado & Duarte-Clímments (2021). Prevention and Treatment of Phlebitis Secondary to the Insertion of a Peripheral Venous Catheter: A Scoping Review from a Nursing Perspective. *Healthcare* 2021, 9, 611.
- Grupo Português de Triagem (s.d.). Acedido a 21/12/2021 em <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Infusion Nurses Society (2021). Infusion Therapy Standards of Practice 8th Edition. *Journal of Infusion Nursing*. 44.

- Inouye et al. (1990). Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*. 1990; 113: 941-8.
- International Association for the Study of Pain (2020). IASP Announces Revised Definition of Pain.
- International Council of Nurses (2019) - ICNP Browser: acessido a 10/10/2021 em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Kress & Hall (2014). ICU-acquired weakness and recovery from critical illness. *The New England Journal of Medicine* 2014; 370:1626-1635.
- Lee, S., Kim, K., & Kim, J. S. (2019). A Model of Phlebitis Associated with Peripheral Intravenous Catheters in Orthopedic Inpatients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019, 16, 1-11.
- Lee, W. L. et al. (2009). Risk factors for peripheral intravenous catheter infection in hospitalized patients: A prospective study of 3165 patients. *American Journal of Infection Control*. October 2009. 683-686.
- Lei n.º 156/2015 (2015). Procede à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Assembleia da República. Diário da República, I Série (N.º 181/2015, Série I de 2015-09-16), 8059 - 8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Liu, C., Chen, L., Kong, D., Lyu, F. Luan, L. & Yang, L. (2020). Incidence, risk factors and medical cost of peripheral intravenous catheter-related complications in hospitalised adult patients. *The Journal of Vascular Access*. 22 (1). 57-66.
- Ly, L. & Zhang, J. (2020). The incidence and risk of infusion phlebitis with peripheral intravenous catheters: A meta-analysis. *The Journal of Vascular Access* 2020, 21(3) 342–349.

- Manrique-Rodríguez, S. et al. (2021). Standardization and Chemical Characterization of Intravenous Therapy in Adult Patients: A Step Further in Medication Safety. *Drugs in R&D*. (2021). 21:39–64.
- Maki, D. G., Kluger, D. M. & Crnich, C. J. (2006). The Risk of Bloodstream Infection in Adults With Different Intravascular Devices: A Systematic Review of 200 Published Prospective Studies. *Mayo Clin Proceedings* 2006; 81:1159–71.
- Marra, A., Ely, E. W., Pandharipande, P. P., & Patel, M. B. (2017). The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Critical care clinics*, 33(2), 225–243.
- Mendes, P., A. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, 2016; 25(1): e4470014.
- Ministério da Saúde (2006). Programa nacional de controlo de infeção: recomendações para prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares.
- Ministério da Saúde (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos - Relatório Final.
- Ministério da Saúde - Direcção de Serviços de Planeamento. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Miliani, K. et al. (2017). Peripheral Venous Catheter-Related Adverse Events: Evaluation from a Multicentre Epidemiological Study in France (the CATHEVAL Project). *PLOS ONE* 12(1): e0168637.
- Nobre, A. S. P. & Martins, M. D. S. (2018). Prevalência de flebite da venopunção periférica: fatores associados. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 16 - Jan./Fev./Mar. 2018. pp. 127 – 138.

- Oliveira, L. M. N., Queirós, P. J. P. & Castro, F. V. (2015). A competência profissional dos enfermeiros - um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, N°2-Vol.1, 2015. 143-158143.
- Ordem dos Enfermeiros, 2001. Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento conceptual enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem.
- Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. 4744-4750.
- Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. 19359-19370.
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 2018; 27(2).
- Rocheta, J. F. P. (2018). *Indicadores de Qualidade em Unidade de Cuidados Intensivos*. (Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos à obtenção do grau de Mestre em Gestão em Saúde). Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública
- Salgueiro-Oliveira, A. S. et al. (2019). Práticas de enfermagem no Cateterismo venoso periférico: a Flebite e a segurança do doente. *Texto Contexto Enfermagem*. 28. 1-13.
- Sapata, A. F. R. (2012). *Stress e estratégias de coping em enfermeiros: estudo comparativo entre Portugal e Espanha*. (Tese apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em

Psicologia do Trabalho em contextos Internacionais e Interculturais). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.

Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Nunes, C. & Leite, E. S. (2014). Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Services Research*. 2014, 14:311.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (s.d.). Resultados Plano Nacional de Avaliação da Dor.

Tertuliano, A. C., Borges, J. L. S., Fortunato, R. A. S., Oliveira, A. L., & Poveda, V. B. (2014). Flebite em acessos venosos periféricos de pacientes de um Hospital do Vale do Paraíba. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 18(2), 334-339.

Urbanetto, J. S., et al. (2017). Fatores de risco para o desenvolvimento da flebite: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(4).

Urbanetto, J. S., Peixoto, C. G. & May, T. A. (2016). Incidência de flebites durante o uso e após a retirada de cateter intravenoso periférico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2016; 24.

Ventura, D. (2019). *Tradução e teste da fiabilidade à Escala Visual Infusion Phlebitis e sugestão de implementação a um Sistema de Informação em Saúde* (Tese de Mestrado em Informática Médica 2º Ciclo de Estudos). Faculdade de Medicina do Porto.~

Watson, J. & Woodward, T. K. (2010). Chapter 20: Jean Watson's Theory of Human Caring. In M. E. Parker, M. C. Smith, *Nursing theories and nursing practice* - 3rd ed. (pp. 351-369). Philadelphia: F. A. Davis Company

World Health Organization, 2016. *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. World Health Organization

Watson Caring Science Institute. Disponível em:
<https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/>”

World Health Organization, 2016. *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level.*

Yagnik, L., Graves, A., & Thong, K. (2017). Plastic in patient study: Prospective audit of adherence to peripheral intravenous cannula monitoring and documentation guidelines, with the aim of reducing future rates of intravenous cannula-related complications. *American Journal of Infection Control*, 45(1), 34– 38.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Norma de Orientação Clínica: Prevenção, intervenção e controlo do delirium na pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos

Norma de Orientação Clínica: Prevenção, intervenção e controlo do delirium na pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos

1. Objetivos: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados relativos à prevenção, intervenção e controlo do delirium na pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos

2. População alvo: Utentes internados na UCIP

3. Utilizadores: Enfermeiros da UCIP

4. Definições, Conceitos e Fundamentos:

De acordo com a American Psychiatric Association (APA, 2013) o *delirium* pode ser definido como um distúrbio na atenção, consciência e cognição que se desenvolve num curto período de tempo (horas a poucos dias) e tende a oscilar durante o dia.

O *delirium* pode ser classificado quanto à sua duração em:

- agudo
- persistente

Pode ainda ser classificado, de acordo com a sintomatologia:

- *delirium* hiperativo: se é caracterizado por agitação e aumento da atividade psicomotora;
- *delirium* hipoativo: se o utente apresenta lentificação e letargia;
- *delirium* misto: se há flutuação de sintomas entre o delirium hiperativo e hipoativo.

(APA, 2013)

Delirium subsindromático: de acordo com Cole, Ciampi, Belzile, Dubuc-Sarrasin (2013), citados por Serafim et al. (2017), este é caracterizado por um compromisso cognitivo de menor gravidade quando comparado com o delirium, no qual alguns (mas não todos) os critérios de diagnóstico de delirium estão presentes. Ely, Inouye, Bernard, Gordon, Francis, May et al. (2001) consideram a presença de delirium subsindromático quando o resultado da Confusion Assessment Method é positiva em dois dos quatro itens (Serafim et al., 2017, p.1)

De acordo com a revisão sistemática realizada por Krewulak et al (2018) é estimado que a prevalência de delirium se situe em 31%, na população adulta internada em unidades de

cuidados intensivos. De acordo com o levantamento de dados na UCIP em doentes internados em 2018, a prevalência de delirium é de 30,5%.

Avaliação

**Conectar a Monitorização da Sedação e Do Delírio:
Um Método de Dois Passos para Avaliar a Consciência**

Passo um: Avaliação da Sedação

**A Escala de Agitação e Sedação de Richmond: a RASS*
(The Richmond Agitation and Sedation Scale: The RASS*)**

| Pontuação | Termo | Descrição | |
|-----------|------------------|--|----------------------|
| +4 | Combativo | Abertamente combativo, violento, representa perigo imediato para o pessoal da UCI | |
| +3 | Muito agitado | Puxa ou retira tubos ou catéteres; agressivo | |
| +2 | Agitado | Movimentos não intencionais frequentes; luta contra o ventilador | |
| +1 | Inquieto | Ansioso mas os movimentos não são agressivos | |
| 0 | Desperto e calmo | | |
| -1 | Confuso | Não está completamente desperto, mas consegue manter-se acordado (abertura dos olhos/contacto dos olhos) à voz (>10 segundos) | } Estimulação Verbal |
| -2 | Sedação Ligeira | Acorda por breves períodos com contacto dos olhos à voz (<10 segundos) | |
| -3 | Sedação Moderada | Movimento ou abertura de olhos à voz (mas sem contacto dos olhos) | |
| -4 | Sedação Profunda | Não responde à voz, mas movimentos ou abertura dos olhos com estímulo táctil | } Estimulação Física |
| -5 | Não despertável | Não responde à voz ou ao estímulo táctil | |

Se RASS for -4 ou -5, **Parar e Reavaliar** o doente mais tarde

Figura 1 – Fonte: Ely, E. W. & Brenda, T. (2012). The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) Training Manual. Traduzido por Salluh, J., Soares, M. & Pizzol, F. D.

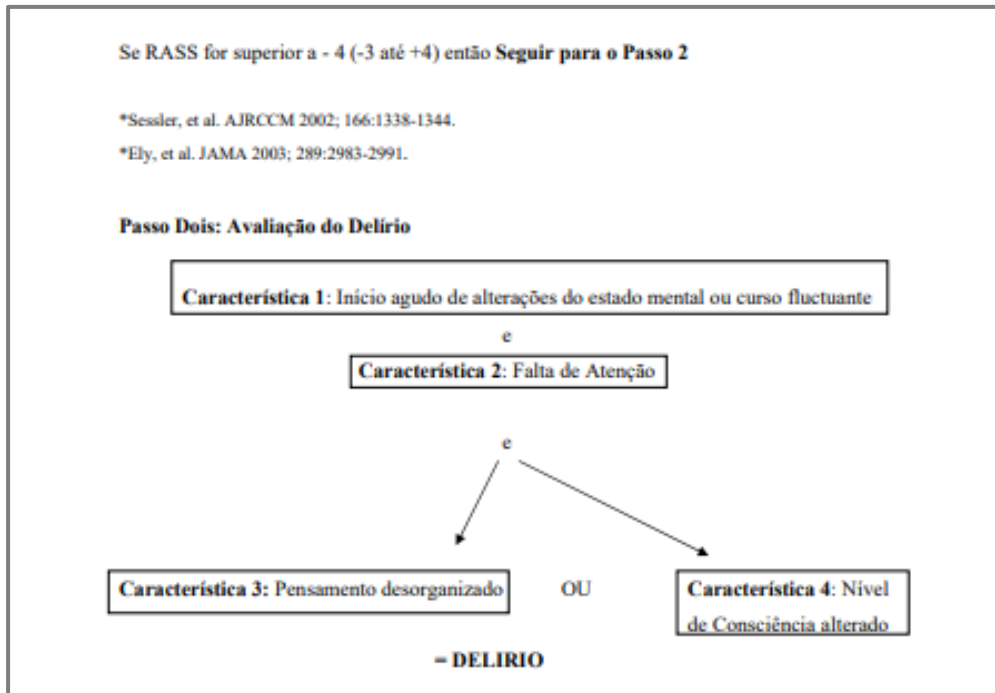


Figura 2 – Fonte: Ely, E. W. & Brenda, T. (2012). The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) Training Manual. Traduzido por Salluh, J., Soares, M. & Pizzol, F. D.

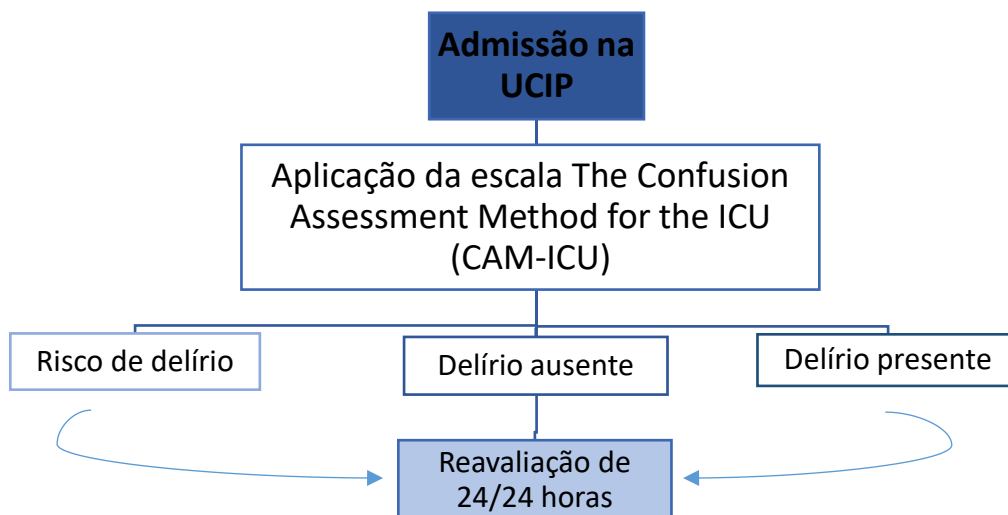
A aplicação do Método de avaliação da confusão (Confusion Assessment Method – CAM), desenvolvida em 1990 por Inouye e colegas, tem sido amplamente aplicada para avaliação do *delirium*. A partir de 2001 surge a The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU), adaptada da primeira escala por Ely et al. É um instrumento para avaliação

de utentes internados em unidades de cuidados intensivos (que estejam ou não ventilados) e pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde.

Fatores de risco

| Fatores de risco associados ao <i>delirium</i> (Marra, Ely, Pandharipande & Patel, 2017) / (Bento & Pontífice Sousa, 2021) | |
|---|--------------------------|
| Idade avançada | Ventilação mecânica |
| Compromisso cognitivo | Dor não controlada |
| Consumo de drogas psicoativas | Privação de sono |
| Imobilização prolongada | Tensão arterial alterada |
| Anemia | Sépsis |
| Medicação: benzodiazepinas e narcóticos | |

5. Fluxograma:



6. Recursos equipamento/material: aplicação informática *B-Simple*

7. Procedimento: Remetendo para o objetivo principal da elaboração desta norma foi identificada a necessidade de introduzir o diagnóstico de *delirium*, respetivas intervenções e resultados na aplicação informática *B-Simple*.

Na linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) surgem em 2019 os focos “*delirium* hiperativo”, “*delirium* hipoativo” e “risco de delírio”. Segundo a CIPE, o foco de delírio pode ser descrito como “pensamento distorcido”.

Diagnóstico de Enfermagem

- **Delírio**
 - *Delirium* hiperativo, presente (se RASS >0)
 - *Delirium* hipoativo, presente (se RASS ≤ 0)
- Risco de delírio, presente (CAM é positiva em 2 dos 4 itens)

Intervenção de Enfermagem

- Gerir delírio



Bundle ABCDEF

De acordo com Marra, Ely, Pandharipande & Patel (2017), a bundle ABCDEF constitui-se como um guia baseado na evidência científica que permite aos profissionais de saúde coordenar de forma multidisciplinar os cuidados aos utentes em unidades de cuidados intensivos.

A. Avaliar, Prevenir e Gerir a dor (Assess, Prevent, and Manage Pain)

Os utentes internados em unidades de cuidados intensivos (UCI) sofrem de forma frequente de dor. De acordo com Puntillo et al. (2014), citados por Marra, Ely, Pandharipande & Patel (2017), os procedimentos mais comuns realizados em UCI induzem aumento significativo da dor. De acordo com as diretrizes da Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit (PAD Guidelines, 2013) os medicamentos para alívio da dor devem ser

administrados na presença de dor e antes da realização de procedimentos invasivos dolorosos.

B. Desmame ventilatório (Both Spontaneous Awakening Trials and Spontaneous Breathing Trials)

A coordenação entre o treino de despertar e treino da respiração espontânea com ênfase na titulação de narcótico e sedação têm como resultados uma libertação precoce da ventilação, da UCI e da hospitalização (Marra, Ely, Pandharipande & Patel, 2017).

C. Escolha de analgesia e sedação adequada (Choice of analgesia and sedation)

É recomendado pelo documento da PAD Guidelines a aplicação da Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) e the Riker Sedation-Agitation Scale (SAS) como escalas de sedação. Neste sentido, Ely et al. (2003) consideram essencial escolher cuidadosamente a medicação analgésica e sedativa, assim como a dose, titulação e respetiva descontinuação (Marra, Ely, Pandharipande & Patel, 2017).

D. Delirium: avaliação, prevenção e gestão (Delirium: Assess, Prevent, and Manage)

A evidência científica mostra que o delirium é um forte fator de prognóstico associado ao prolongamento da ventilação mecânica, internamento em cuidados intensivos, compromisso cognitivo a longo prazo, mortalidade e custos associados (Marra, Ely, Pandharipande & Patel, 2017).

De acordo com a PAD Guidelines, a profilaxia medicamentosa associada ao delirium é desencorajada. A única estratégia recomendada nesse documento, para reduzir a incidência e duração do delirium em cuidados intensivos é a promoção da higiene do sono (para prevenção da disrupção do sono) e a mobilização precoce e progressiva dos utentes.

E. Mobilização precoce e exercício (Early mobility and Exercise)

Segundo Kress & Hall (2014) existe evidência científica que recomenda a diminuição da sedação e a promoção de atividade física em utentes internados em cuidados intensivos. Neste sentido, o foco na reabilitação do utente em

situação crítica deve começar nos cuidados intensivos e prosseguir até casa (Marra, Ely, Pandharipande & Patel, 2017).

F. Envolvimento e empoderamento familiar (Family engagement and empowerment)

O envolvimento e participação da família, atenção aos seus desejos, preocupações e dúvidas fazem parte do plano de tratamento do utente em cuidados intensivos. A doença crítica tem impacto individual e em todo o sistema de suporte do utente, sejam familiares, amigos ou cuidadores. Neste sentido Marra, Ely, Pandharipande & Patel (2017) defendem que é fundamental reconhecer e identificar as necessidades do utente e também da sua família.

8. Referências Bibliográficas:

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. DSM-5. 2013. (acedido a 21 de setembro de 2021 em <https://tinyurl.com/rxqd983>)
- Bento, A. F. G. & Pontífice Sousa, P. (2021). Delirium in adult patients in intensive care: nursing interventions. *British Journal of Nursing*, 2021, Vol 30, No 9. (acedido a 21/09/2021 em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33983821/>)
- Ely, E. W. & Brenda, T. (2012). The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) Training Manual. Traduzido por Salluh, J., Soares, M. & Pizzol, F. D. (acedido a 23 de setembro de 2021 em https://uploads-ssl.webflow.com/5b0849daec50243a0a1e5e0c/5bb41ad5124bc1a4532553b5_CAM_ICU_training_Portugese_B.pdf)
- Ely, Inouye, Bernard, Gordon, Francis, May et al. (2001). Delirium in Mechanically Ventilated Patients Validity and Reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *JAMA*, December 5, 2001—Vol 286,

No. 21 2703-2709. acessado a 23 de setembro de 2021 em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11730446/>)

ICNP Browser: acessado a 10/10/2021 em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Krewulak, K. D., Stelfox, H. T., Leigh, J. P., Ely, E. W., & Fiest, K. M. (2018). Incidence and Prevalence of Delirium Subtypes in an Adult ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical care medicine*, 46(12), 2029–2035. (acessado a 21 de Setembro de 2021 <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003402>)

Kress & Hall (2014). ICU-acquired weakness and recovery from critical illness. *The New England Journal of Medicine* 2014; 370:1626-1635. (acessado a 27/10/2021 em https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1209390?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed)

Marra, A., Ely, E. W., Pandharipande, P. P., & Patel, M. B. (2017). The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Critical care clinics*, 33(2), 225–243. (acessado a 28 de outubro de 2021 em <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.005>)

Serafim, et. al. (2017). Outcomes of subsyndromal delirium in ICU: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care* (2017) 21:179. (acessado a 26/10/2021 em

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5506578/pdf/13054_2017_Article_1765.pdf

9. **Indicadores:** número de utentes com diagnóstico de Enfermagem “*delirium* hiperativo, presente” ou “*delirium* hipoativo, presente”; número de utentes com diagnóstico de Enfermagem “risco de delírio, presente”.
10. **Anexos:** The Confusion Assessment Method for the ICU (Ely & Brenda, 2012).

**Conectar a Monitorização da Sedação e Do Delírio:
Um Método de Dois Passos para Avaliar a Consciência**

Passo um: Avaliação da Sedação

**A Escala de Agitação e Sedação de Richmond: a RASS*
(The Richmond Agitation and Sedation Scale: The RASS*)**

| Pontuação | Termo | Descrição | |
|-----------|------------------|--|----------------------|
| +4 | Combativo | Abertamente combativo, violento, representa perigo imediato para o pessoal da UCI | |
| +3 | Muito agitado | Puxa ou retira tubos ou catéteres; agressivo | |
| +2 | Agitado | Movimentos não intencionais frequentes; luta contra o ventilador | |
| +1 | Inquieto | Ansioso mas os movimentos não são agressivos | |
| 0 | Desperto e calmo | | |
| -1 | Confuso | Não está completamente desperto, mas consegue manter-se acordado (abertura dos olhos/contacto dos olhos) à voz (>10 segundos) | } Estimulação Verbal |
| -2 | Sedação Ligeira | Acorda por breves períodos com contacto dos olhos à voz (<10 segundos) | |
| -3 | Sedacão Moderada | Movimento ou abertura de olhos à voz (mas sem contacto dos olhos) | } Estimulação Física |
| -4 | Sedação Profunda | Não responde à voz, mas movimentos ou abertura dos olhos com estímulo táctil | |
| -5 | Não despertável | Não responde à voz ou ao estímulo táctil | |

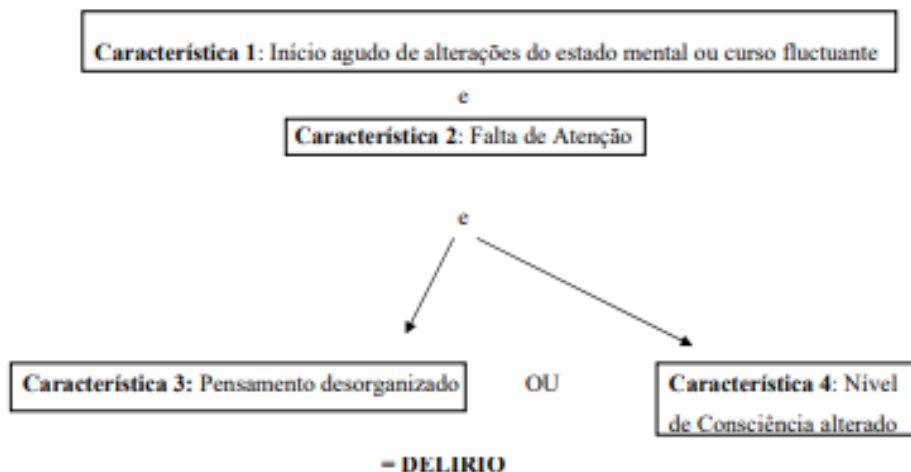
Se RASS for -4 ou -5, **Parar e Reavaliar** o doente mais tarde

Se RASS for superior a - 4 (-3 até +4) então Seguir para o Passo 2

*Sessler, et al. AJRCCM 2002; 166:1338-1344.

*Ely, et al. JAMA 2003; 289:2983-2991.

Passo Dois: Avaliação do Delírio



5

CAM-ICU – Características e Descrições

1. Início agudo ou curso fluctuante

Ausente

Presente

A. Há evidência de uma alteração aguda no estado mental em relação ao estado basal?

OU

B. Este comportamento (anormal) flutuou nas últimas 24 horas, isto é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar ou diminuir na sua gravidade, tendo sido evidenciado por flutuações na escala de sedação (e.g., RASS), Glasgow, ou avaliação de delírio prévia?

2. Falta de Atenção

Ausente

Presente

O doente teve dificuldades em focar a atenção, tal como evidenciado por índices inferiores a 8 quer no componente visual quer no componente auditivo do **Teste de Atenção Attention Screening Examination (ASE)** ? (Instruções na página seguinte).

3. Pensamento desorganizado **Ausente** **Presente**

Existem sinais de pensamento desorganizado ou incoerente tal como evidenciado por respostas incorrectas a duas ou mais das 4 questões e/ou incapacidade de obedecer aos seguintes comandos:

Questões (Alternar Conjunto A e Conjunto B):

Conjunto A

1. Uma pedra pode flutuar na água?
2. Existem peixes no mar?
3. Um quilo pesa mais do que dois quilos?
4. Pode usar-se um martelo para pesar uma agulha ?

Conjunto B

1. Uma folha pode flutuar na água?
2. Existem elefantes no mar?
3. Dois quilos pesam mais do que um quilo?
4. Pode usar-se um martelo para cortar madeira?

Outras:

1. Está com o seu pensamento pouco claro?
2. Segure nestes dedos. (O examinador coloca dois dedos em frente do doente)
3. Agora faça o mesmo com a outra mão. (Não repetir o número de dedos)

4. Nível de consciência alterado **Ausente** **Presente**

O nível de consciência do doente é outro qualquer que *não o alerta*, tal como o *vigil*, *letárgico* ou *estuporoso* ? (i.e., RASS diferente de "0" na altura da avaliação)

Alerta completamente ciente do ambiente, e interactiva apropriadamente de forma espontânea

Vigilante hiperalerta

Letárgico sonolento mas facilmente despertável, não ciente de alguns elementos do ambiente ou não interactiva de forma apropriada com o entrevistador; torna-se completamente ciente do ambiente e interactiva apropriadamente quando estimulado minimamente

Estuporoso completamente alheado mesmo quando estimulado vigorosamente; só despertável com estímulos vigorosos e repetidos, e assim que o estímulo cessa, o indivíduo estuporoso volta para o estado anterior de não despertável

CAM-ICU Global (Características 1 e 2 e quer característica 3 ou 4): **Sim** **Não**

ANEXO II - Teste de Atenção (The Attention Screening Examination (ASE) – auditivo e visual (Ely & Brenda, 2012).

Teste de Atenção (The Attention Screening Examination (ASE) – auditivo e visual

A. Teste de Atenção Auditivo (Letras)

Orientações: Diga ao doente: “Vou ler-lhe uma série de 10 letras. Sempre que ouvir a letra “A”, indique-me apertando a minha mão.” Leia as seguintes 10 letras num tom de voz normal (suficientemente alto para ser ouvido acima do ruído da UCI) à velocidade de uma letra por segundo.

SAHEVAARAT

Pontuação: Os erros são contados quando o doente falha no aperto de mão aquando da letra “A” e quando o doente aperta a mão em qualquer outra letra que não a “A”.

B. Teste de Atenção Visual (Figuras)

**** Ver o seguinte conjunto de figuras (A and B) ****

Passo 1: 5 figuras

Orientações: Diga ao doente, “Sr. ou Sra. _____, vou mostrar-lhe figuras que representam alguns objectos comuns. Observe-os com atenção e tente recordar-se de cada figura porque vou perguntar-lhe quais foram as figuras que viu. A seguir mostre o passo 1 quer do conjunto A quer do conjunto B, alternando diariamente se forem feitas várias medições. Mostre as primeiras 5 figuras durante 3 segundos cada uma.

Passo 2: 10 figuras

Orientações: Diga ao doente, “Agora vou mostrar-lhe mais algumas figuras. Algumas delas já as viu e algumas são novas. Indique se já viu ou não estas fotografias abanando a cabeça para sim (demonstrar) ou não (demonstrar). A seguir mostre 10 figuras (5 novas e 5 repetidas) durante 3 segundos cada.

(Passo 2 do conjunto A ou B, dependendo do que foi usado no passo 1 anterior).

Pontuação: este teste é pontuado pelo número de respostas “sim” ou “não” correctas durante o segundo passo (dentro de 10 possíveis). Com vista a melhorar a visibilidade para os doentes mais idosos, as imagens são imprimidas em tamanho 6x10 em papel colorido e laminadas com acabamento mate.

Nota: Se o doente usa óculos assegurar que ele os tem colocado aquando da realização do teste visual.

APÊNDICE II - Grelha de observação de momentos de preparação e administração de terapêutica endovenosa através de cateter venoso periférico

| GRELHA DE OBSERVAÇÃO: Diuréticos >> Furosemida (basi) ¹ | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|------------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------|---|-------------------|
| Nº OBSERVAÇÃO: _____ | | LOCAL: _____ | | | | Data e hora: _____ | | | |
| PROFISSIONAL | Idade _____ | Tempo de exercício profissional _____ | | | Tempo de exercício no serviço _____ | | Enf.º <input type="checkbox"/> | Enf.º Especialista <input type="checkbox"/> | |
| DOENTE | Sexo | F <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | Idade _____ | | | | | |
| 1. 12 certos da medicação² | | | | | | Sim | Não | N/A | Observação |
| 1.1. Doente | Identificação positiva <input type="checkbox"/> | | Pulseira do doente <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | - nome completo | | | | | | | | |
| | - data nascimento | | | | | | | | |
| | - nº processo | | | | | | | | |
| 1.2. Medicamento certo | | | | | | | | | |
| 1.3. Validade certa | | | | | | | | | |
| 1.4. Alergia | Estado da alergia <input type="checkbox"/> | | Pulseira roxa <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 1.5. Ensino: sinais de alerta de flebite | | | | | | | | | |
| 1.6. Via certa | | | | | | | | | |
| 1.7. Horário certo | | | | | | | | | |
| 1.8. Dose certa | | | | | | | | | |
| 1.9. Concentração certa | | | | | | | | | |
| 1.10. Ritmo certo | | | | | | | | | |
| 1.11. Registo certo | | | | | | | | | |
| 2. Higiene das mãos³ na preparação e administração de medicamentos – antes do procedimento | | | | | | | | | |
| Água e sabão: 40-60 segundos <input type="checkbox"/> | | | | | Solução antisséptica base alcoólica: 20-30 segundos <input type="checkbox"/> | | | | |
| 3. Procedimento de prevenção de infeção na preparação do medicamento endovenoso | | | | | | | | | |
| 3.1. Desinfeta o gargalo ou tampa de borracha do frasco do medicamento com compressa embebida em álcool a 70%. | | | | | | | | | |
| 3.2. O medicamento é diluído e aspirado sem contaminar a agulha e o corpo do êmbolo da seringa. | | | | | | | | | |
| 4. Procedimento de prevenção de infeção na administração do medicamento endovenoso em cateter venoso periférico (CVP) | | | | | | | | | |
| 4.1. Extremidade da seringa ou sistema de perfusão protegida até ao contacto com o doente. | | | | | | | | | |
| 4.2. Desinfeta o obturador / torneira 3 vias com compressa ou toalhete com álcool a 70%. | | | | | | | | | |
| 4.3. Manuseia o obturador / tampa da torneira de três vias sem a contaminar | | | | | | | | | |
| 4.4. Saliniza ⁴ CVP com NaCl 0,9% antes da administração – volume / tipo frasco | | | | | | | | | |
| 4.5. Administração do medicamento furosemida : deve ser lenta | | | | | | | | | |
| 4.6. Saliniza o CVP com NaCl 0,9% após a administração – volume / tipo frasco | | | | | | | | | |
| 5. Higiene das mãos na preparação e administração de medicamentos – após o procedimento | | | | | | | | | |
| Água e sabão: 40-60 segundos <input type="checkbox"/> | | | | | Solução antisséptica base alcoólica: 20-30 segundos <input type="checkbox"/> | | | | |
| Cateter venoso periférico | | | | | | | | | |
| Calibre | Localização | | CVP com perfusão <input type="checkbox"/> | | CVP obturado <input type="checkbox"/> | Novo CVP <input type="checkbox"/> | | | |
| Desinfecção da pele no momento de punção de CVP | | | solução de base alcoólica <input type="checkbox"/> | | álcool a 70º <input type="checkbox"/> | outro <input type="checkbox"/> | | | |
| Tipo de penso | Adesivo não estéril <input type="checkbox"/> | | Penso com gaze estéril <input type="checkbox"/> | | Penso transparente estéril <input type="checkbox"/> | | | | |
| Outros medicamentos administrados no mesmo horário | | | | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Antes _____ | | Depois _____ | |

| GRELHA DE OBSERVAÇÃO: Inibidores da bomba de prótons >> Pantoprazol (basi) ⁵ | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|--|--|---|-----------------------------------|---|-------------------|--------------|
| Nº OBSERVAÇÃO: _____ | | LOCAL: _____ | | | | Data e hora: _____ | | | | |
| PROFISSIONAL | Idade __ | Tempo de exercício profissional _____ | | | Tempo de exercício no serviço _____ | | Enf.º <input type="checkbox"/> | Enf.º Especialista <input type="checkbox"/> | | |
| DOENTE | Sexo | F <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | Idade _____ | | | | | | |
| 1. 12 certos da medicação | | | | | | Sim | Não | N/A | Observação | |
| 1.1. Doente | Identificação positiva <input type="checkbox"/> | | | Pulseira do doente <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| - nome completo | | | | | | | | | | |
| - data nascimento | | | | | | | | | | |
| - nº processo | | | | | | | | | | |
| 1.2. Medicamento certo | | | | | | | | | | |
| 1.3. Validade certa | | | | | | | | | | |
| 1.4. Alergia | Estado da alergia <input type="checkbox"/> | | | Pulseira roxa <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 1.5. Ensino: sinais de alerta de flebite | | | | | | | | | | |
| 1.6. Via certa | | | | | | | | | | |
| 1.7. Horário certo | | | | | | | | | | |
| 1.8. Dose certa | | | | | | | | | | |
| 1.9. Concentração certa | | | | | | | | | | |
| 1.10. Ritmo certo | | | | | | | | | | |
| 1.11. Registo certo | | | | | | | | | | |
| 2. Higiene das mãos na preparação e administração de medicamentos – antes do procedimento | | | | | | | | | | |
| Água e sabão: 40-60 segundos <input type="checkbox"/> | | | | | Solução antisséptica base alcoólica: 20-30 segundos <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 3. Procedimento de prevenção de infeção na preparação do medicamento endovenoso | | | | | | | | | | |
| 3.1. Desinfeta o gargalo ou tampa de borracha do frasco do medicamento com compressa embebida em álcool a 70%. | | | | | | | | | | |
| 3.2. O medicamento é diluído e aspirado sem contaminar a agulha e o corpo do êmbolo da seringa. | | | | | | | | | | |
| 4. Procedimento de prevenção de infeção na administração do medicamento endovenoso em cateter venoso periférico (CVP) | | | | | | | | | | |
| 4.1. Extremidade da seringa ou sistema de perfusão protegida até ao contacto com o doente. | | | | | | | | | | |
| 4.2. Desinfeta o obturador / torneira 3 vias com compressa ou toalhete com álcool a 70%. | | | | | | | | | | |
| 4.3. Manuseia o obturador / tampa da torneira de três vias sem a contaminar. | | | | | | | | | | |
| 4.4. Saliniza o CVP com NaCl 0,9% antes da administração – volume / tipo frasco | | | | | | | | | | |
| 4.5. Administração do medicamento Pantoprazol : em 10 mL de solução de cloreto de sódio 9 mg/ml; directamente ou após mistura com 100 ml de solução de cloreto de sódio 9 mg/ml (0,9%) solução para injectável ou glucose 55 mg/ml (5%) solução para injectável. Por via intravenosa, durante 2-15 minutos. | | | | | | | | | | |
| 4.6. Saliniza o CVP com NaCl 0,9% após a administração – volume / tipo frasco | | | | | | | | | | |
| 5. Higiene das mãos na preparação e administração de medicamentos – após o procedimento | | | | | | | | | | |
| Água e sabão: 40-60 segundos <input type="checkbox"/> | | | | | Solução antisséptica base alcoólica: 20-30 segundos <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Cateter venoso periférico | | | | | | | | | | |
| Calibre | Localização | | CVP com perfusão <input type="checkbox"/> | | CVP obturado <input type="checkbox"/> | | Novo CVP <input type="checkbox"/> | | | |
| Desinfeção da pele no momento de punção de CVP | | | | solução de base alcoólica <input type="checkbox"/> | | álcool a 70º <input type="checkbox"/> | | outro <input type="checkbox"/> | | |
| Tipo de penso | Adesivo não estéril <input type="checkbox"/> | | Penso com gaze estéril <input type="checkbox"/> | | | Penso transparente estéril <input type="checkbox"/> | | | | |
| Outros medicamentos administrados no mesmo horário | | | | Sim <input type="checkbox"/> | | Não <input type="checkbox"/> | | Antes _____ | | Depois _____ |

| GRELHA DE OBSERVAÇÃO: Antibióticos >> Piperacilina + tazobactam (Fresenius)⁶ | | | | | | | | | |
|---|---------------------|---------------------------------|------------------------|---|---|--------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| Nº OBSERVAÇÃO: | | LOCAL: | | | | Data e hora: | | | |
| PROFISSIONAL | Idade | Tempo de exercício profissional | | | Tempo de exercício no serviço | | Enf.º | Enf.º Especialista | |
| | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| DOENTE | | Sexo | F | M | Idade | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 1. 12 certos da medicação | | | | | | Sim | Não | N/A | Observação |
| 1.1. Doente | | Identificação positiva | | | Pulseira do doente | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | - nome completo | | | | | | | |
| | | - data nascimento | | | | | | | |
| | | - nº processo | | | | | | | |
| 1.2. Medicamento certo | | | | | | | | | |
| 1.3. Validade certa | | | | | | | | | |
| 1.4. Alergia | | Estado da alergia | | | Pulseira roxa | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 1.5. Ensino: sinais de alerta de flebite | | | | | | | | | |
| 1.6. Via certa | | | | | | | | | |
| 1.7. Horário certo | | | | | | | | | |
| 1.8. Dose certa | | | | | | | | | |
| 1.9. Concentração certa | | | | | | | | | |
| 1.10. Ritmo certo | | | | | | | | | |
| 1.11. Registo certo | | | | | | | | | |
| 2. Higiene das mãos na preparação e administração de medicamentos – antes do procedimento | | | | | | | | | |
| Água e sabão: 40-60 segundos | | | | | Solução antisséptica base alcoólica: 20-30 segundos | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 3. Procedimento de prevenção de infeção na preparação do medicamento endovenoso | | | | | | | | | |
| 3.1. Desinfeta o gargalo ou tampa de borracha do frasco do medicamento com compressa embebida em álcool a 70%. | | | | | | | | | |
| 3.2. O medicamento é diluído e aspirado sem contaminar a agulha e o corpo do êmbolo da seringa. | | | | | | | | | |
| 4. Procedimento de prevenção de infeção na administração do medicamento endovenoso em cateter venoso periférico (CVP) | | | | | | | | | |
| 4.1. Extremidade da seringa ou sistema de perfusão protegida até ao contacto com o doente. | | | | | | | | | |
| 4.2. Desinfeta o obturador / torneira 3 vias com compressa ou toalhete com álcool a 70%. | | | | | | | | | |
| 4.3. Manuseia o obturador / tampa da torneira de três vias sem a contaminar. | | | | | | | | | |
| 4.4. Saliniza o CVP com NaCl 0,9% antes da administração – volume / tipo frasco | | | | | | | | | |
| 4.5. Administração do medicamento Piperacilina + tazobactam : - Injeção intravenosa: volume de diluente de 20 mL- solução de cloreto de sódio a 0,9%; água para injetáveis; solução de glicose a 5%. - Infusão intravenosa: a solução reconstituída pode ainda ser diluída ao volume desejado (50-150 mL) com: solução de cloreto de sódio a 0,9%; água para injetáveis(50ml); solução de glicose a 5%. | | | | | | | | | |
| 4.6. Saliniza o CVP com NaCl 0,9% após a administração – volume / tipo frasco | | | | | | | | | |
| 5. Higiene das mãos na preparação e administração de medicamentos – após o procedimento | | | | | | | | | |
| Água e sabão: 40-60 segundos | | | | | Solução antisséptica base alcoólica: 20-30 segundos | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Cateter venoso periférico | | | | | | | | | |
| Calibre | Localização | | CVP com perfusão | | CVP obturado | Novo CVP | | | |
| | | | | | | | | | |
| Desinfeção da pele no momento de punção de CVP | | | | | solução de base alcoólica | | álcool a 70º | outro | |
| | | | | | | | | | |
| Tipo de penso | Adesivo não estéril | | Penso com gaze estéril | | Penso transparente estéril | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Outros medicamentos administrados no mesmo horário | | | | | Sim | Não | Antes _____ | | Depois _____ |
| | | | | | | | | | |

| GRELHA DE OBSERVAÇÃO: Analgésicos e antipiréticos >> Paracetamol (Bbraun) ⁷ | | | | | | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|---|--|--|---|---------------------------------------|---|------------|-------------------|
| Nº OBSERVAÇÃO: | | LOCAL: | | | Data e hora: | | | | | |
| PROFISSIONAL | Idade ___ | Tempo de exercício profissional ___ | | | Tempo de exercício no serviço ___ | | Enf.º <input type="checkbox"/> | Enf.º Especialista <input type="checkbox"/> | | |
| DOENTE | Sexo | F <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | Idade | | | | | | |
| 1. 12 certos da medicação | | | | | | | Sim | Não | N/A | Observação |
| 1.1. Doente | Identificação positiva <input type="checkbox"/> | | Pulseira do doente <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | - nome completo | | | | | | | | | |
| | - data nascimento | | | | | | | | | |
| | - nº processo | | | | | | | | | |
| 1.2. Medicamento certo | | | | | | | | | | |
| 1.3. Validade certa | | | | | | | | | | |
| 1.4. Alergia | Estado da alergia <input type="checkbox"/> | | Pulseira roxa <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 1.5. Ensino: sinais de alerta de flebite | | | | | | | | | | |
| 1.6. Via certa | | | | | | | | | | |
| 1.7. Horário certo | | | | | | | | | | |
| 1.8. Dose certa | | | | | | | | | | |
| 1.9. Concentração certa | | | | | | | | | | |
| 1.10. Ritmo certo | | | | | | | | | | |
| 1.11. Registo certo | | | | | | | | | | |
| 1. Higiene das mãos na preparação e administração de medicamentos – antes do procedimento | | | | | | | | | | |
| Água e sabão: 40-60 segundos <input type="checkbox"/> | | | | | Solução antisséptica base alcoólica: 20-30 segundos <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 2. Procedimento de prevenção de infeção na preparação do medicamento endovenoso | | | | | | | | | | |
| 3.1. Desinfeta o gargalo ou tampa de borracha do frasco do medicamento com compressa embebida em álcool a 70%. | | | | | | | | | | |
| 3.2. O medicamento é diluído e aspirado sem contaminar a agulha e o corpo do êmbolo da seringa. | | | | | | | | | | |
| 3. Procedimento de prevenção de infeção na administração do medicamento endovenoso em cateter venoso periférico (CVP) | | | | | | | | | | |
| 4.1. Extremidade da seringa ou sistema de perfusão protegida até ao contacto com o doente. | | | | | | | | | | |
| 4.2. Desinfeta o obturador / torneira 3 vias com compressa ou toalhete com álcool a 70%. | | | | | | | | | | |
| 4.3. Manuseia o obturador / tampa da torneira de três vias sem a contaminar. | | | | | | | | | | |
| 4.4. Saliniza o CVP com NaCl 0,9% antes da administração – volume / tipo frasco | | | | | | | | | | |
| 4.5. Administração do medicamento Paracetamol | | | | | | | | | | |
| 4.6. Saliniza o CVP com NaCl 0,9% após a administração – volume / tipo frasco | | | | | | | | | | |
| 5. Higiene das mãos na preparação e administração de medicamentos – após o procedimento | | | | | | | | | | |
| Água e sabão: 40-60 segundos <input type="checkbox"/> | | | | | Solução antisséptica base alcoólica: 20-30 segundos <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Cateter venoso periférico | | | | | | | | | | |
| Calibre | Localização | | CVP com perfusão <input type="checkbox"/> | | | CVP obturado <input type="checkbox"/> | Novo CVP <input type="checkbox"/> | | | |
| Desinfecção da pele no momento de punção de CVP | | | | solução de base alcoólica <input type="checkbox"/> | | | álcool a 70º <input type="checkbox"/> | outro <input type="checkbox"/> | | |
| Tipo de penso | Adesivo não estéril <input type="checkbox"/> | | Penso com gaze estéril <input type="checkbox"/> | | | Penso transparente estéril <input type="checkbox"/> | | | | |
| Outros medicamentos administrados no mesmo horário | | | | | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Antes _____ | Depois _____ | | |

| GRELHA DE OBSERVAÇÃO: Antibacterianos. Associações das penicilinas com inibidores das beta-lactamases >> Amoxicilina + Ácido Clavulânico ⁸ | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|--|--|---|-----------------------------------|---|------------|
| Nº OBSERVAÇÃO: _____ | | LOCAL: _____ | | | | Data e hora: _____ | | | |
| PROFISSIONAL | Idade ____ | Tempo de exercício profissional ____ | | | Tempo de exercício no serviço ____ | | Enf.º <input type="checkbox"/> | Enf.º Especialista <input type="checkbox"/> | |
| DOENTE | Sexo | F <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | Idade _____ | | | | | |
| 1. 12 certos da medicação | | | | | | Sim | Não | N/A | Observação |
| 1.1. Doente | Identificação positiva <input type="checkbox"/> | | | Pulseira do doente <input type="checkbox"/> | | | | | |
| - nome completo | | | | | | | | | |
| - data nascimento | | | | | | | | | |
| - nº processo | | | | | | | | | |
| 1.2. Medicamento certo | | | | | | | | | |
| 1.3. Validade certa | | | | | | | | | |
| 1.4. Alergia | Estado da alergia <input type="checkbox"/> | | | Pulseira roxa <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 1.5. Ensino: sinais de alerta de flebite | | | | | | | | | |
| 1.6. Via certa | | | | | | | | | |
| 1.7. Horário certo | | | | | | | | | |
| 1.8. Dose certa | | | | | | | | | |
| 1.9. Concentração certa | | | | | | | | | |
| 1.10. Ritmo certo | | | | | | | | | |
| 1.11. Registo certo | | | | | | | | | |
| 1. Higiene das mãos na preparação e administração de medicamentos – antes do procedimento | | | | | | | | | |
| Água e sabão: 40-60 segundos <input type="checkbox"/> | | | | | Solução antisséptica base alcoólica: 20-30 segundos <input type="checkbox"/> | | | | |
| 2. Procedimento de prevenção de infeção na preparação do medicamento endovenoso | | | | | | | | | |
| 3.1. | Desinfeta o gargalo ou tampa de borracha do frasco do medicamento com compressa embebida em álcool a 70%. | | | | | | | | |
| 3.2. | O medicamento é diluído e aspirado sem contaminar a agulha e o corpo do êmbolo da seringa. | | | | | | | | |
| 4. Procedimento de prevenção de infeção na administração do medicamento endovenoso em cateter venoso periférico (CVP) | | | | | | | | | |
| 4.1. | Extremidade da seringa ou sistema de perfusão protegida até ao contacto com o doente. | | | | | | | | |
| 4.2. | Desinfeta o obturador / torneira 3 vias com compressa ou toalhete com álcool a 70%. | | | | | | | | |
| 4.3. | Manuseia o obturador / tampa da torneira de três vias sem a contaminar. | | | | | | | | |
| 4.4. | Saliniza o CVP com NaCl 0,9% antes da administração – volume / tipo frasco | | | | | | | | |
| 4.5. | Administração do medicamento Amoxicilina + Ácido Clavulânico : diluente normal é água para preparações injectáveis: - 1000 mg/200mg: 20ml diluente e administração deve ser muito lenta (3 minutos). - 2000 mg/200 mg 20 (apenas para perfusão): perfusão de 30 min em 100 ml. Para administração por perfusão poderá utilizar-se como líquido de perfusão água para preparações injectáveis, cloreto de sódio 0,9 %, lactato de sódio, solução de Ringer, solução de Hartmann... Após reconstituição devem ser administradas até 15 minutos e a solução para perfusão reconstituída no prazo de 60 minutos. | | | | | | | | |
| 4.6. | Saliniza o CVP com NaCl 0,9% após a administração – volume / tipo frasco | | | | | | | | |
| 4. Higiene das mãos na preparação e administração de medicamentos – após o procedimento | | | | | | | | | |
| Água e sabão: 40-60 segundos <input type="checkbox"/> | | | | | Solução antisséptica base alcoólica: 20-30 segundos <input type="checkbox"/> | | | | |
| Cateter venoso periférico | | | | | | | | | |
| Calibre | Localização | | CVP com perfusão <input type="checkbox"/> | | | CVP obturado <input type="checkbox"/> | Novo CVP <input type="checkbox"/> | | |
| Desinfecção da pele no momento de punção de CVP | | | | solução de base alcoólica <input type="checkbox"/> | | álcool a 70º <input type="checkbox"/> | | outro <input type="checkbox"/> | |
| Tipo de penso | Adesivo não estéril <input type="checkbox"/> | | Penso com gaze estéril <input type="checkbox"/> | | | Penso transparente estéril <input type="checkbox"/> | | | |
| Outros medicamentos administrados no mesmo horário | | | | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Antes _____ | | Depois _____ | |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Infarmed (2018). Resumo das características do medicamento: Furosemida Fresenius Kabi 20 mg/2 ml solução injetável. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
2. CHULC. Procedimento multisectorial CHULC MED.129 Administração de medicamentos.
3. World Health Organization (2015). My five moments for hand hygiene: Focus on caring for a patient with a peripheral venous catheter. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/hand-hygiene/posters/hh15-peripheralcatheter-web-en.pdf?sfvrsn=5cf82464_6](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/hand-hygiene/posters/hh15-peripheralcatheter-web-en.pdf?sfvrsn=5cf82464_6)
4. Sotnikova, C., Fasoí, G., Efstathiou, F., Kaba, E., Bourazani, M., & Kelesi, M. (2020). The Efficacy of Normal Saline (N/S 0.9%) Versus Heparin Solution in Maintaining Patency of Peripheral Venous Catheter and Avoiding Complications: a Systematic Review. *Materia Socio-Medica*. 2020 Mar; 32(1): 29-34. DOI: 10.5455/msm.2020.32.29-34
5. Infarmed (2018). Resumo das características do medicamento: Pantoprazol Basi I.V. 40 mg, Pó para solução injetável. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
6. Novafarma Indústria Farmacêutica Ltda. Piperacilina sódica + tazobactam sódico Pó para solução injetável 4 g + 0,5 g. Informações técnicas aos profissionais de saúde. https://www.fresenius-kabi.com/br/documents/PIPERACILINA_TAZOBACTAM_PS.pdf
7. B. Braun. Paracetamol B. Braun 10 mg/ml solução para perfusão. https://www.bbraun.pt/content/dam/catalog/bbraun/bbraunProductCatalog/S/AEM_2015/pt-pt/b0/12622126-1215-paracetamolbbraun10mgml.pdf
8. Infarmed (2017). Resumo das características do medicamento: Amoxicilina + Ácido Clavulânico Generis 1000 mg + 200 mg Pó para solução injectável. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

**APÊNDICE III - Poster científico e resumo para o IV Seminário
Internacional do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica
Portuguesa**



IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

26 de novembro 2021

Escola de Enfermagem (Lisboa) – Instituto de Ciências da Saúde

Universidade Católica Portuguesa

RESUMO - Posters

Este formulário, após preenchido, e aceites as condições descritas no regulamento dos Posters deve ser enviado para saude.sede@ucp.pt em formato WORD.

Colocar no Assunto do email:

Submissão de Posters – IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

Título do Poster: Segurança do doente: flebite associada a cateterismo venoso periférico - resultados preliminares de um estudo de investigação

Autoria(s): Patrícia Tendeiro¹, Ana Marinho Diniz², Catarina Mendes³, Susana Ramos⁴; Marisa Chainho⁵, Patrícia Pontífice-Sousa⁶

Afiliação do(s) autor(es):

¹Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação crítica, Escola de Enfermagem de Lisboa - Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Enfermeira no Instituto Português de Oncologia de Lisboa.

² Mestre em Enfermagem com Especialização Médico-Cirúrgica e Licenciada em Ciências da Educação. Enfermeira especialista no Gabinete de Segurança do Doente do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.

³ Mestre em Bioética e em Enfermagem com Especialização Médico-Cirúrgica. Enfermeira especialista no Gabinete de Segurança do Doente do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.

⁴ Mestre em Infecções Relacionadas com os Cuidados de Saúde. Enfermeira gestora e coordenadora do Gabinete de Segurança do Doente do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

⁵ Especialidade em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeira nomeada em funções de chefia no Serviço de doenças infecciosas do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

ó Doutora em Enfermagem. Professora Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa, Phd, Centro Interdisciplinar da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Portugal. patriciaps@ucp.pt

Outros dados pessoais:

Resumo (5000 caracteres):

Introdução:

Estima-se que cerca de 80% dos doentes em internamento hospitalar necessitam de administração de terapêutica intravenosa¹. Os cateteres periféricos são os dispositivos de acesso intravascular de uso mais frequente neste contexto². Associado ao cateterismo venoso periférico, a flebite surge como uma das complicações mais frequente, sendo considerada um incidente de segurança do doente³ com dano variável, potencialmente grave. A flebite pode ser caracterizada por inflamação da parede da veia acompanhada de edema, dor e eritema localizados em redor do local de inserção do cateter ou ao longo do trajeto venoso, podendo evoluir para um cordão fibroso palpável, rubor, sensibilidade local e febre⁴. Pode ser classificada como mecânica, infecciosa ou química, de acordo com a causa envolvida no fenómeno⁵. A flebite química está associada à administração de fluidos ou soluções com baixa solubilidade, extremos de pH, alta osmolaridade ou presença de pequenas partículas na solução. Este incidente de segurança do doente pode ser evitado. Conhecer os seus principais fatores de risco ajuda a prevenir e/ou minimizar a sua ocorrência e eventuais consequências, contribuindo para a qualidade dos cuidados de enfermagem e segurança do doente e para a obtenção de ganhos em saúde.

Objetivos:

- Analisar os incidentes de flebitas associadas a cateter venoso periférico (CVP) em doentes adultos internados e documentadas no sistema de relato de incidentes de segurança do doente.
- Listar os medicamentos administrados em doentes que apresentaram flebite associada a CVP.
- Classificar as consequências dos incidentes de flebite de acordo com a classificação internacional para a segurança do doente³ (CISD).

Materiais e Métodos: De acordo com a natureza do problema e objetivos traçados, realizou-se um estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo e transversal.

A população estudada é constituída por doentes hospitalizados em serviços de internamento de adultos e idosos de quatro hospitais públicos da região de Lisboa.

A primeira fase deste estudo foi desenvolvida entre maio e julho de 2021. Inicialmente procedeu-se à recolha de todos os incidentes de flebite reportados no sistema de relato de incidentes de segurança do doente da organização, no período compreendido entre 01/01/2019 e 31/12/2019 e classificados na tipologia “acidentes do doente”. Posteriormente, foi realizada a análise do conteúdo do processo clínico com recolha de

informações sobre o evento de flebite e as suas consequências, nos registos de enfermagem, diários clínicos e notas de alta. Foi também realizada recolha de informação relativa aos medicamentos administrados no dia da deteção da flebite e nas 24 horas anteriores.

Este projeto de investigação obteve uma apreciação favorável da Comissão de Ética⁶ e do Gabinete de Investigação da respetiva organização de saúde.

Resultados: O total de notificações analisadas foi de 96 incidentes. Da caracterização dos doentes associados a estes incidentes, 63 são do sexo masculino. As idades dos doentes variam entre os 27 e os 97 anos e todos os doentes estavam internados em unidades clínicas da área da Medicina Interna.

Relativamente ao tempo de permanência do cateter venoso periférico: 60 incidentes registavam 4 ou menos dias de permanência do cateter. Quanto à localização do cateter, os locais mais frequentes foram: antebraço direito (n=19), antebraço esquerdo (n=13) e mão direita (n=13). Em 60 incidentes a flebite foi detetada durante a permanência do cateter. Em 55 incidentes foi registado que o cateter estaria obturado para administração de medicação intermitente. Os medicamentos mais frequentemente administrados foram os antibióticos (n=42) e diuréticos (n=21). Nos incidentes associados a antibióticos verificou-se a administração de 1 (n=28) ou 2 antibióticos (n=14) no dia de deteção ou nas 24h anteriores. Os incidentes analisados resultaram em dano ligeiro a moderado. A maioria das situações não teve consequências significativas ou foram resolvidas no internamento com tratamento local. Em 4 incidentes foi necessário tratamento com antibioterapia com consequente protelamento da alta e em outras 2 situações verificou-se necessidade de reinternamento hospitalar.

Conclusão: Este estudo analisou 96 incidentes de flebite associada a CVP. Os medicamentos mais frequentemente administrados a doentes que apresentaram flebite foram: antibióticos e diuréticos.

De acordo com a CISD, 83 incidentes de flebite resultaram em dano ligeiro, com resolução durante o internamento e 13 em dano moderado (12 deles com necessidade de intervenção clínica mais específica - antibioterapia).

Conhecer os fatores de risco, causas e consequências da flebite química permitirá desenvolver estratégias promotoras da segurança do doente e da qualidade das práticas de preparação e administração de medicamentos, que possam conduzir à diminuição da ocorrência deste incidente em doentes durante o seu internamento hospitalar.

Palavras chave: Segurança do doente; hospitalização; cuidados de enfermagem; flebite; cateterismo venoso periférico.

Referências Bibliográficas:

¹ Yagnik, L., Graves, A., & Thong, K. (2017). Plastic in patient study: Prospective audit of adherence to peripheral intravenous cannula monitoring and documentation guidelines, with the aim of reducing future rates of intravenous cannula-related complications. *American Journal of Infection Control*, 45(1), 34– 38. Acedido a 20/05/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.09.008>

² Carr, P. J., Rippey, J. C. R., Budgeon, C. A., Cooke, M. L., Higgins, N., & Rickard, C. M. (2016). Insertion of peripheral intravenous Cannulae in the emergency department: Factors associated with first-time insertion success. *The Journal of Vascular Access*, 17(2), 182– 190. Acedido a 20/05/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5301/jva.5000487>

³ Direção-Geral da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Relatório Técnico Final. Tradução realizada pela Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. Publicado pela Organização Mundial de Saúde, em Janeiro de 2009, com o título Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report. Acedido a 18/11/2021. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

⁴ Enes, S. M., Opitz, S. P., Faro, A. R., & Pedreira, M. (2016). Flebite associada a cateteres intravenosos periféricos em adultos internados em hospital da Amazônia Ocidental Brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(2), 263–271. Acedido a 22/05/2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/sx4Bqk3vVQbNxQHPPtfYSdn/?lang=pt&format=pdf>

⁵ Furlan, M. S. & Lima, A. F. C. (2021) Avaliação da ocorrência do evento adverso flebite em pacientes de uma Unidade de Internação Clínica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 55. Acedido a 4/11/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020017103755>

⁶ Comissão de Ética para a saúde, Parecer: Processo no 1076/2021 de 18-06-2021.



SEGURANÇA DO DOENTE: FLEBITE ASSOCIADA A CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO RESULTADOS PRELIMINARES DE UM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Patrícia Tendeiro¹, Ana Marinho Diniz², Cafarina Mendes³, Susana Ramos⁴, Mariana Chalhó⁵, Patrícia Pontífice-Sousa⁶



INTRODUÇÃO

- Cerca de **80%** dos doentes em internamento hospitalar necessitam de administração de terapêutica intravenosa¹.
- Os cateteres periféricos são os dispositivos de acesso intravascular de uso mais frequente².
- A flebite surge como uma das complicações mais frequente, sendo considerada um incidente de segurança do doente³ com dano variável, potencialmente grave.
- Caracteriza-se por inflamação da parede da veia⁴, com sintomatologia de grau variável:



- Classificação: mecânica, infecciosa ou química⁴.
- **Flebite química:** associada à administração de fluidos ou soluções com baixa solubilidade, extremos de pH, alta osmolaridade ou presença de pequenas partículas na solução.

OBJETIVOS

- Analisar os incidentes de flebites associadas a cateter venoso periférico (CVP) em doentes adultos internados e documentadas no sistema de relato de incidentes de segurança do doente.
- Listar os medicamentos administrados em doentes que apresentaram flebite associada a CVP.
- Classificar as consequências dos incidentes de flebite de acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Doente⁵ (CISD).

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo e transversal.

Amostra: doentes adultos e idosos hospitalizados em unidades clínicas da área da Medicina Interna de quatro hospitais públicos da região de Lisboa, com registo de incidente de flebite associado a CVP.

Projeto de investigação com apreciação favorável da Comissão de Ética e do Gabinete de Investigação⁶ da organização de saúde.

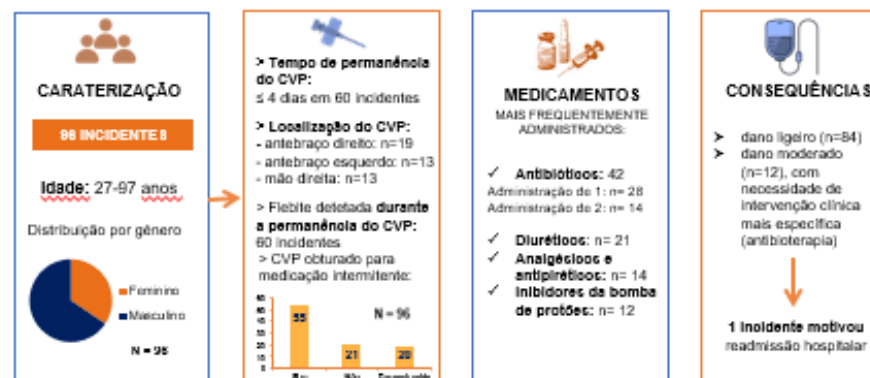
1ª FASE

Recolha dos incidentes de flebite notificados em 2019 no sistema de relato de incidentes de segurança do doente da organização, classificados na tipologia "acidentes do doente".

2ª FASE

Análise dos processos clínicos para colheita de informações sobre as flebites, consequências e medicamentos administrados no dia da deteção e nas 24 horas anteriores.

RESULTADOS



CONCLUSÃO

Este estudo analisou 98 incidentes de flebite associada a CVP. Os medicamentos mais frequentemente administrados a doentes que apresentaram flebite foram: antibióticos e diuréticos.

De acordo com a CISD:

- 84 incidentes de flebite resultaram em dano ligeiro, com resolução durante o internamento
- 12 incidentes resultaram em dano moderado; com necessidade de intervenção clínica mais específica (antibioterapia). Uma das situações implicou readmissão hospitalar.

Conhecer os fatores de risco, causas e consequências da flebite química permitirá desenvolver estratégias promotoras da segurança do doente e da qualidade das práticas de preparação e administração de medicamentos, que possam conduzir à diminuição da ocorrência deste incidente em doentes durante o seu internamento hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



ANEXOS

**ANEXO I – Certificado de participação como oradora na sessão
“segurança na utilização de medicamentos: prevenção de flebites
químicas – apresentação de resultados preliminares de projeto de
investigação**



CERTIFICADO

Certifica-se que **PATRÍCIA TENDEIRO** colaborou como Formador(a) na Videoconferência "**Segurança na Utilização de Medicamentos - Prevenção de Flebites Químicas**" realizada no dia **08 de Julho de 2021**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 13 de Julho de 2021

Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior

Certificado N.º 517/2021/CF

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)

**ANEXO II – Certificado de participação como autora na rúbrica
semanal “Segurança do Doente: da teoria à prática” promovida pelo
Gabinete de Segurança do Doente com o tema “flebitis associadas a
cateter venoso periférico”**



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que:

PATRÍCIA TENDEIRO

Participou como autora na rubrica semanal "Segurança do Doente: da teoria à prática" promovida pelo Gabinete de Segurança do Doente com o tema "FLEBITES ASSOCIADAS A CATETER VENOSO PERIFÉRICO", publicado na newsletter do CHULC: Eventos da Semana, edição n.º 89 de 13 agosto de 2021.

SUSANA RAMOS

Coordenação do Gabinete de
Segurança do Doente

CHULC, 07 DE MARÇO DE 2022

ANEXO III – Certificado de participação no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa com a divulgação do poster científico “Segurança do doente: flebite associada a cateterismo venoso periférico - resultados preliminares de um estudo de investigação”



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeira Patrícia Tendeiro, em coautoria com Enfermeiras Ana Marinho Diniz, Catarina Mendes, Susana Ramos, Marisa Chainho e Prof. Doutora Patrícia Pontífice-Sousa, participaram no **IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, com a apresentação do **Poster n.º 39** com o tema **“Segurança do doente: flebite associada a cateterismo venoso periférico - resultados preliminares de um estudo de investigação”**, no dia **26 de novembro de 2021**, Auditório 2, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP


Universidade Católica Portuguesa

Amélia Simões Figueiredo, *PhD, MEd, RN*
Professora Auxiliar

**ANEXO IV – Certificado de participação como oradora no curso
"Segurança na Preparação e Administração de Medicamentos"**



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL



CERTIFICADO

Certifica-se que **PATRÍCIA TENDEIRO** colaborou como Formador(a) **1 hora** na **Ação de Formação "Segurança na Preparação e Administração de Medicamentos"**, realizado no dia **13 de Dezembro de 2021**, com a duração total de **6 horas**.

Lisboa, 12 de Janeiro de 2022

Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior

Certificado N.º 1106/2021/LF

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 090/09-04-2001 - ACSS)

PROGRAMA

- Enquadramento geral
- Logística Inversa do medicamento
- Segurança Do Doente: Flebite associada a Cateterismo Venoso Periférico.
Resultados preliminares de um estudo de investigação
- Segurança do medicamento: um projecto em construção
- Administração de medicamentos no doente com COVID- 19. Projecto de segurança do doente: Cuidado certo, doente certo
- Segurança do medicamento nos carros de anestesia