



CATÓLICA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

O BANHO PRÉ-OPERATÓRIO CENTRADO NUMA VISÃO HISTÓRICA E DOCUMENTAL

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

Ana Isabel Maia Afonso

Lisboa, 2023



CATÓLICA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

O BANHO PRÉ-OPERATÓRIO CENTRADO NUMA VISÃO HISTÓRICA E DOCUMENTAL

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

Ana Isabel Maia Afonso

Sob orientação da Prof. Doutora Maria Manuela Madureira

Lisboa, 2023

“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor,
mas lutamos para que o melhor fosse feito...
Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser,
mas graças a Deus não somos o que éramos.”

Martin Luther King

AGRADECIMENTOS

Ao Pedro, Guilherme e Rodrigo pelo apoio incondicional, paciência e compreensão nesta longa caminhada e que tanto ficaram privados da minha presença.

À Prof. Doutora Manuela Madureira pela disponibilidade, incentivo, confiança e boa disposição que demonstrou ao longo de todo este percurso.

À Prof. Doutora Silvia Caldeira pelo seu contributo indispensável para efetivação do curso.

Ao Carlos, ao Fernando e à Tânia que me acolheram e orientaram com dedicação e pelas suas partilhas de experiências e conhecimentos.

À Rute e à Rita pela amizade, pelas horas de trabalho que investimos, pelos desabafos nos momentos de maior cansaço e pelo apoio para fazermos este percurso juntas.

À minha mãe pelas palavras de entusiasmo constante, pelo seu amor e por cuidar de mim.

Ao meu pai que me deixou os valores e educação, um abraço muito especial. Sei que seria um orgulho para ti esta minha conquista.

A todos aqueles que me apoiaram e ajudaram,

Muito obrigado!

RESUMO

O presente relatório insere-se no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, da Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa no âmbito da unidade curricular: Estágio Final e Relatório. Este tem como finalidade apresentar o percurso realizado em sinergismo com análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e consolidadas nos contextos de estágio clínico, que contribuíram para dar consecução aos objetivos delineados para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.

O primeiro capítulo do presente relatório incide na vertente da investigação com a realização de uma revisão sistemática de evidência de texto e opinião que concorre para as competências de mestre intitulado “Intervenção de Enfermagem: O banho pré-operatório centrado numa visão histórica e documental”.

A experiência profissional de 20 anos enquanto enfermeira a exercer num Bloco Operatório de Cirurgia Cardíaca e Torácica permitiu desenvolver e adquirir competências que possibilitou obter a creditação na unidade curricular: A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica.

No Serviço de Urgência polivalente o foco incidiu no desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica com instabilidade hemodinâmica e risco de falência orgânica, bem como assistência à família. Entre outras atividades direcionei a minha aprendizagem aos cuidados de enfermagem no transporte intra-hospitalar do doente crítico promovendo a reflexão e atualização de conhecimentos da equipa de enfermagem impulsionando um agilizar deste processo. Sendo a deslocação do doente uma prática constantemente necessária num Serviço de Urgência, contribuí para a promoção de uma cultura de segurança e qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem.

No âmbito da minha atividade profissional presto cuidados de enfermagem perioperatórios a doentes submetidos a transplante cardíaco e pulmonar, integro a equipa de colheita e exerço funções de coordenação de transplante de órgãos torácicos. Partindo desta realidade profissional surgiu como área de interesse o Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantação como local de estágio que favoreceu o desenvolvimento de competências na gestão em enfermagem especializado na área da coordenação, de colheita e transplantação de órgão e tecidos. Neste contexto interiorizei a dimensão ética e legal dos cuidados ao potencial recetor, dador e suas famílias.

Relativamente ao estágio clínico em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorádica, direcionei a minha experiência para a prestação de cuidados especializados de enfermagem à pessoa submetida a transplante pulmonar e sua família considerando as especificidades desta situação na sua vulnerabilidade física, social e psicológica acrescida. Entre outras atividades, impeli a reflexão interpares nos focos das intervenções de enfermagem com o intuito de prevenir complicações associadas e capacitar a pessoa e família a manter o novo órgão saudável e alcançar ganhos em qualidade de vida.

O presente relatório representa o culminar de um percurso muito diferenciado e engrandecedor no desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas, relações humanas, responsabilidade profissional, melhoria continua da qualidade e gestão dos cuidados à pessoa em situação crítica. A reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas conduziu ao meu processo de mudança com um impacto muito positivo no meu desenvolvimento pessoal e transponível para o meu contexto profissional.

Palavras-Chaves: Pessoa em Situação Crítica, Infecção do Local Cirúrgico, Cuidados de Enfermagem Especializada, Transplante

ABSTRACT

This report is part of the Master's Degree in Nursing with a Specialization in Medical-Surgical Nursing: Person in Critical Situation, at the Faculty of Health Sciences and Nursing of the Universidade Católica Portuguesa, within the scope of the curricular unit: Final Internship and Report. Its purpose is to present the journey undertaken in synergy with a critical and reflective analysis of the activities developed and consolidated in clinical internship settings, contributing to the achievement of the outlined objectives for the development of specialized nursing skills.

The first chapter of this report affects research aspect, involving the execution of a systematic review of textual and opinion evidence contributing to master-level skills titled "Nursing Intervention: Preoperative Bath centered on a historical and documentary perspective."

With 20 years of professional experience as a nurse in a Cardiac and Thoracic Surgery Operating Room, I developed and acquired skills that made it possible to obtain accreditation in the curricular unit: Person in Critical Situation and Family - Surveillance and Clinical Decision.

In the multipurpose Emergency Department, the focus was on developing skills in providing care people in critical situations with hemodynamic instability and the risk of organ failure, as well as providing assistance to their families. Among other activities, I directed my learning towards nursing care during intra-hospital transportation of critical patients, promoting reflection and knowledge updating for the nursing team, facilitating a streamlined process. Given the constant need for patient transportation in an Emergency Department, I contributed to promoting a culture of safety and quality in the provision of nursing care.

In my professional activities, I provide perioperative nursing care to patients undergoing heart and lung transplants, participate in the organ harvesting team, and coordinate thoracic organ transplant procedures. From this professional reality, the Coordination Office for

Harvesting and Transplantation emerged as an area of interest for my internship. This experience facilitated the development of skills in specialized nursing management in the coordination of organ and tissue harvesting and transplantation. In this context, I internalized the ethical and legal dimensions of care for potential recipients, donors, and their families.

Regarding the clinical internship in the context of the Cardiotoracic Intensive Care Unit, I directed my experience towards providing specialized nursing care to the people undergoing lung transplantation and their families, considering the specificities of this situation and their increased physical, social, and psychological vulnerability. Among other activities, I stimulated peer reflection on the focus nursing interventions to prevent associated complications and empower the individual and family to maintain the new organ's health and achieve gains in the quality of life.

This report represents the culmination of a highly differentiated and enriching journey in the development of scientific, technical, ethical, human relations, professional responsibility, continuous quality improvement, and management of care for people in critical situations. Critical reflection on the experiences lived led to my process of change, with a very positive impact on my personal development and transferable to my professional context.

Keywords: People in Critical Situation, Surgical Site Infection, Specialized Nursing
People in Critical Situation, Surgical Site Infection, Specialized Nursing

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AESOP: Associação de Enfermeiros de Sala de Operações

AORN: Association of periOperative Registered Nurses

APA: American Psychological Association

AVC: Acidente Vascular Cerebral

BO: Bloco Operatório

CCT: Coordenadores de Colheita e Transplante

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CHD: Coordenadores Hospitalares de Doação

CHG: Gluconato de Clorohexidina

DGS: Direção Geral da Saúde

EAM: Enfarte Agudo Miocárdio

ECMO: Extra Corporal Membrane Oxygenation

EUA: Estados Unidos da América

GCCT: Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantação

IACS: Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILC: Infecção do Local Cirúrgico

IPST: Instituto Português de Sangue e Transplantação

OE: Ordem dos Enfermeiros

OM: Ordem dos Médicos

OMS: Organização Mundial de Saúde

REPE: Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RNCCT: Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação

RPT: Registo Português de Transplantação

RSL: Revisão Sistemática da Literatura

SPCI: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU: Serviço de Urgência

UCI: Unidade de Cuidados Intensivos

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

VMER: Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VNI: Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM: O BANHO PRÉ-OPERATÓRIO CENTRADO NUMA VISÃO HISTÓRICA E DOCUMENTAL	21
1.1 INTRODUÇÃO	21
1.2 METODOLOGIA	24
1.3 RESULTADOS	27
1.4 DISCUSSÃO.....	27
1.5 CONCLUSÃO	35
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	37
2.1 BLOCO OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA.....	37
2.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL E POLIVALENTE	39
2.3 GABINETE DE COORDENAÇÃO DE COLHEITA E TRANSPLANTAÇÃO	47
2.4 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	52
CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
APÊNDICES	79
APÊNDICE I.....	81
Poster – O banho pré-operatório centrado numa visão documental e histórica: Protocolo de uma revisão sistemática de evidência de texto e opinião	81
APÊNDICE II	83
Tabelas de síntese dos artigos	83
ANEXOS	89
ANEXO 1.....	90
Certificado de participação na ação de formação:” Prevenção e controlo de microrganismos epidemiologicamente importantes”	90
ANEXO 2.....	93
Certificado de participação no Encontro de Benchmarking do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica	93
ANEXO 3.....	95
Certificado de participação na formação: “Doação de córneas em dador falecido em coração parado”	95

ANEXO 4.....	97
Certificado de participação no V Seminário Internacional do Mestrado de Enfermagem: “Enfermagem Especializada: Uma voz para o Humanismo”	97
ANEXO 5.....	99
Certificado de Participação no 1º Workshop dos elos dinamizadores da UL-PPCIRA com o tema: “No percurso da melhoria na prevenção de IACS”	99
ANEXO 6.....	101
Certificado de participação na ação de formação: “Pacemaker no pós-operatório de cirurgia cardíaca”	101

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, da Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa e visa apresentar a descrição, a análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e consolidadas em todo o percurso realizado, integrado na unidade curricular: Relatório Final e Estágio.

As competências adquiridas, desenvolvidas e aprofundadas expostas neste relatório abrangem as competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº140/2019) e as específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação crítica (Regulamento nº429/2018), definidas e publicadas pela Ordem do Enfermeiros (OE), o organismo nacional regulador da profissão.

Descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos e os definidos para obtenção de grau de Mestre (Decreto de Lei nº65/2018 de 16/08/2018).

É ainda de salientar que em cada contexto clínico foi elaborado um projeto de aprendizagem de estágio que funcionou como guia orientador, tendo também sido subsidiário na elaboração deste relatório as reflexões diárias e críticas realizadas ao longo da prática.

Por último serão apresentadas as considerações finais, em jeito de conclusão, onde procedo a uma análise dos pontos mais relevantes na construção e desenvolvimento do meu processo de aprendizagem, a forma como foi transformador a nível pessoal e profissional e quais as implicações na minha prática, futuramente.

Na estruturação do meu pensamento em Enfermagem, com base na metodologia do processo de enfermagem, esteve subjacente o referencial teórico Modelo de Iniciado a Perito de Patrícia Benner como alicerce do meu percurso académico. As teorias de enfermagem suportam a prática dos cuidados de enfermagem (Alligood, 2013).

Patrícia Benner (2001) desenvolveu um modelo de aquisição de competências que descreve na sua obra “De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática de Enfermagem” (2001), baseado no Modelo de Aquisição de Competências do matemático e analista de sistemas Stuart Dreyfos e do filósofo Hubert Dreyfos, aplicando e adaptando-o à Enfermagem. Para a autora a mudança no nível de competência é feita em 5 níveis: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito. A aquisição de competência é um processo progressivo, mas que pode não ser linear, podendo passar por retrocessos, estagnação ou por saltos. Exemplo disso é quando há uma mudança de contexto, o enfermeiro transita para níveis de competência mais baixo. Ainda para Benner (2001) é através da experiência que o enfermeiro aprende a identificar de imediato aquilo que é relevante para a situação e gera conhecimento, identificada como uma aprendizagem experimental. O enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo, empreendedor de mudança, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica. Desta forma, o processo de aquisição de competências, ao longo do percurso profissional do enfermeiro implica refletir sobre as aprendizagens que a prática nos oferece, coligando os saberes da prática à teoria, sem descuidar o comportamento ético-deontológico, de forma que a transição para perito/especialista decorra de forma natural.

Para Watson, J (2002, p.63), “a teoria e a prática vivem juntas, cada uma a documentar a outra”. No seguimento deste pensamento, poder-se-á afirmar que a prática de cuidados é basilar na aquisição de competências do enfermeiro especialista e este deve proceder a uma constante atualização dos seus conhecimentos com investimento na formação.

O primeiro estágio clínico decorreu de 5 de setembro a 13 de outubro de 2022, num SU de um Hospital Central de Lisboa, num total de 140 horas de contacto, distribuídas por horário de *roulement*. Neste contexto identifiquei áreas que beneficiavam de intervenção para uma melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados. É disso exemplo o transporte do doente crítico, tendo, em consequência, promovido a atualização dos conhecimentos e a reflexão da equipa sobre o porquê de fazermos o que fazemos e a forma como o fazemos.

O segundo estágio foi desenvolvido no GCCT em Lisboa, no período de 14 de outubro e 11 de novembro de 2022, num total de 80 horas de contacto. Aqui delinee como

objetivo específico desenvolver competências na gestão em enfermagem especializado na área da coordenação de colheita e transplantação. É uma área de interesse pessoal e correlacionada com o meu contexto profissional. O Bloco Operatório (BO) onde presto cuidados tem atividade de colheita e transplantação cardíaca e pulmonar, somando a função de coordenação dos transplantes a qual sou uma das responsáveis, acompanho todo o processo inerente, atenta aos recetores e suas famílias, deste o momento que é referenciado um potencial dador.

O terceiro estágio clínico decorreu numa UCI de um Hospital Central de Lisboa no período de 12 de novembro a 16 de dezembro num total de 140 horas de contacto. Neste contexto desenvolvi, entre outras atividades, competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a transplante pulmonar e sua família. A pessoa transplantada é particularmente vulnerável, que vive uma experiência transicional com riscos potenciais, no qual o enfermeiro deve desempenhar um papel facilitador deste processo de transição.

No decorrer da sua evolução e enquanto profissão, a enfermagem é regulamentada pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pelo Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE). Estes reconhecem que o enfermeiro, enquanto profissional de saúde, é aquele que presta cuidados gerais e especializados à pessoa e sua família, devendo ser dotado de capacidades e competências que promovam a criação de uma relação terapêutica com a pessoa e sua família (OE, 2015).

Durante este percurso, vários foram os desafios e inquietações sobre a prática de enfermagem. A revisão sistemática de evidência de texto e opinião, apresentada no capítulo um, procura responder a uma dessas inquietações. A infeção do local cirúrgico (ILC) é considerada uma das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) mais frequentes. O banho pré-operatório surge como uma das recomendações, integrada no Feixe de Intervenções emanadas pela Direção Geral da Saúde (DGS), a implementar como medida para a prevenção da ILC. Nesta investigação procuramos responder à questão de investigação: Qual a origem, fundamentação, problematização e contextualização atual da intervenção de enfermagem: o banho pré-operatório como medida de prevenção da ILC?

O percurso formativo foi suportado pelo quadro de referência, norteador do exercício da profissão de enfermagem, baseado no código deontológico, no REPE, nas competências

comuns e específicas do enfermeiro especialista e no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica.

O presente relatório segue as orientações do Guia da Unidade Curricular - “Estágio Final e Relatório” e está redigido de acordo com a norma de referência da American Psychological Association (APA), na sua 7ª edição. Por último, são apresentados os anexos e apêndices.

1. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM: O BANHO PRÉ-OPERATÓRIO CENTRADO NUMA VISÃO HISTÓRICA E DOCUMENTAL

1.1 INTRODUÇÃO

A História, enquanto ciência, contribui para dar a conhecer o passado, avaliar a sua influência no presente e produzir conhecimento para promover mudança no futuro. A origem do banho pré-operatório está intimamente ligada à história social da higiene impulsionada por importantes descobertas no campo da microbiologia, refletindo a complexidade e valor simbólico desta prática para as sociedades ao longo dos tempos que vão adaptando os seus hábitos de vida aos conhecimentos e crenças de cada época (Ashenburg, 2007).

Desde o tempo de Hipócrates, o banho era usado como uma ferramenta impregnada de saúde oferecendo diversas vantagens como a limpeza da pele, a estimulação da circulação, a promoção/manutenção da amplitude do movimento, pela mobilização dos membros, a redução dos odores corporais e a tão importante e essencial promoção da autoimagem, desempenhando um papel essencial na manutenção da saúde e do conforto físico (Asid & Renegar, 2003). Desde cedo foram percebidos que os benefícios do banho ultrapassam a limpeza da pele exaltando-se muitos outros efeitos sadios para a saúde física e psicológica. O banho como um cuidado de enfermagem acontece num confronto entre as crenças e valores sobre a higiene na conceção da pessoa e do conhecimento do enfermeiro, de forma a ser capaz de atender às suas necessidades imediatas (Fonseca, et al, 2012).

A história da enfermagem está intrinsecamente ligada a Florence Nightingale, considerada a pioneira da Enfermagem Moderna. A par das contribuições revolucionárias na organização e administração hospitalar, Nightingale enfatizou incansavelmente a importância dos cuidados de higiene na promoção da saúde e prevenção de doenças destacando o impacto significativo na eficácia dos sistemas de saúde (Nightingale, 1989). A sua visão continua atual nos dias de hoje para prevenir

infecções associadas aos cuidados de saúde e desempenha um papel crucial na contenção de epidemias e pandemias.

Virgínia Henderson (2007), na Teoria das Necessidades de Enfermagem descreve a limpeza do corpo como uma das 14 necessidades humanas essenciais, atribuindo aos enfermeiros um papel ativo. Segundo esta teórica *“a função que a enfermeira desempenha é primordialmente independente – a de atuar para o doente quando lhe falta saúde ou na execução da terapia prescrita”* (Henderson, 1960 citado em George, 2002, p. 107).

Desde os primórdios que a luta contra a doença tem sido uma preocupação constante e as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) consideradas um problema de saúde pública à escala global com custos diretos e indiretos na sociedade (DGS, 2018; OPSS, 2019) constituem um desafio significativo para os sistemas de saúde. Estas, são definidas como infeções adquiridas no contexto de prestação de cuidados de saúde num ambiente hospitalar ou outra entidade de saúde, em consequência direta dos cuidados prestados e dos procedimentos realizados, podendo também afetar os profissionais durante o exercício da sua atividade (DGS, 2017; ECDC, 2021).

Em Portugal a taxa de prevalência de IACS em 2017 foi de 7,8 %, sendo reconhecido, pelas diversas instituições de saúde, a existência de custos financeiros, económicos, sociais e individuais que lhe estão associados (DGS, 2022). De acordo com o Inquérito de Prevalência de Ponto em Hospitais de Agudos (DGS, 2022), em Portugal, em 2017 a infeção do local cirúrgico (ILC) foi a terceira mais frequente com 18,5%. Uma realidade dos cuidados de saúde responsável por múltiplos problemas nas instituições e na qualidade de vida dos doentes, tornando-se uma componente crítica para a segurança do doente e, portanto, alvo de melhoria clínica (Pina, *et al.*, 2010).

A ILC é *“multifatorial e está relacionada com a condição do doente, com o procedimento cirúrgico e com as características do agente patogénico envolvido, ocorre no local da incisão cutânea ou próximo dela (incisional ou órgão/espço), nos primeiros trinta dias de pós-operatório, ou, até três meses após colocação de prótese”* (DGS, 2022, p.9). Como tal, existem fatores de risco não modificáveis e fatores de risco modificáveis de onde vão emergir toda uma série de intervenções corretivas. Se a ILC não for alvo de medidas preventivas estima-se um aumento do risco de morte de 2-11 vezes e ao aumento dos dias de internamento, de 7-11 dias (DGS, 2022).

A par da evolução da definição da ILC, alvo de várias atualizações, emergiu o conceito de feixe de intervenções, uma adaptação da literatura portuguesa do termo internacional “*bundle*” e que constitui um conjunto de intervenções, que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, no mesmo tempo e espaço, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente. De acordo com a norma nº da DGS 020/2015 atualizada a 17/11/2022 que revoga as normas n.º 020/2015 de 15/12/2015 e n.º 024/2013 de 23/12/2013 são definidos os elementos do “Feixe de Intervenções” a serem aplicados de forma sistemática e integrados no plano de cuidados multidisciplinar nos períodos pré, intra e pós-operatório. Estima-se que 60% das ILC sejam evitáveis pelo uso de medidas baseadas em evidência e pelo cumprimento do feixe de intervenções na sua globalidade (DGS, 2022), promovendo, desta forma, os ganhos em saúde e a segurança do doente.

Na prevenção da ILC estão intrínsecos vários componentes, e o banho pré-operatório, enquanto meio para reduzir a carga microbiana e o risco de ILC, é recomendado por várias organizações nacionais e internacionais (WHO, 2018; NICE, 2019; CDC 2017). Faz parte das intervenções vigentes no feixe e tem sido alvo de inúmeras alterações ao longo dos anos, constituindo uma desafiante e motivadora questão para investigação.

Pode-se constatar que ao longo dos séculos, à custa de avanços e retrocessos, se assistiu à evolução de conceitos importantes nos campos da higiene, epidemiologia, microbiologia e saúde. Com o aparecimento de diferentes motivações, houve produção de conhecimento, embora insuficiente e muitas vezes impreciso, acerca da ILC e da importância do banho pré-operatório. O entendimento da origem, fundamentação e problematização do banho pré-operatório ao longo dos tempos permitirão compreender e enfrentar os desafios do presente. Através das tendências passadas e atuais, surge a necessidade de conhecer e compreender o percurso histórico até à atualidade da intervenção de enfermagem do banho pré-operatório na prevenção da ILC. Tal justifica a realização de uma análise ao histórico documental sobre o banho pré-operatório como medida de prevenção da ILC.

1.2 METODOLOGIA

Qual a origem, fundamentação, problematização e contextualização atual da intervenção de enfermagem: o banho pré-operatório como medida de prevenção da ILC? Foi esta a questão de investigação que norteou este estudo e, com o objetivo de lhe dar resposta, foi realizada uma revisão sistemática de literatura de evidência de texto e opinião elaborada segundo as recomendações do Joanna Briggs Institute (2020).

Na formulação da questão de revisão foi utilizada a estratégia PICO (tabela 1) e foram ainda definidos critérios de inclusão e exclusão de artigos (tabela 2).

O objetivo desta revisão é mapear, sintetizar e analisar a evidência da literatura sobre a origem, fundamentação, problematização bem como a contextualização na atualidade da intervenção de enfermagem: o banho pré-operatório como medida de prevenção da ILC. A pesquisa procurou identificar todos os documentos produzidos, que abordassem a intervenção de enfermagem: banho pré-operatório e, simultaneamente, a evolução da problemática da higiene e da infeção para uma adequada contextualização histórica desta intervenção. Foram considerados como critérios de inclusão: documentos publicados em português, inglês e espanhol referentes à intervenção de enfermagem: banho que abordassem esta intervenção como medida de prevenção da infeção.

Tabela 1- Metodologia PICO para formulação da questão de revisão

P	População	Doente cirúrgico adulto
I	Fenómeno de interesse	Intervenção de enfermagem - Banho
Co	Contexto	Período pré-operatório

Tabela 2 - Critérios de inclusão dos artigos

Língua do estudo	Português, Inglês e Espanhol
Ano do estudo	Sem friso temporal
População dos estudos	Doente cirúrgico
Idade da população	Adulto
Ferramentas de pesquisa	Bases de dados: EBSCOhost <u>Evidência não publicada e literatura cinzenta</u> : Google Académico, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, Documentos Oficiais e Websites

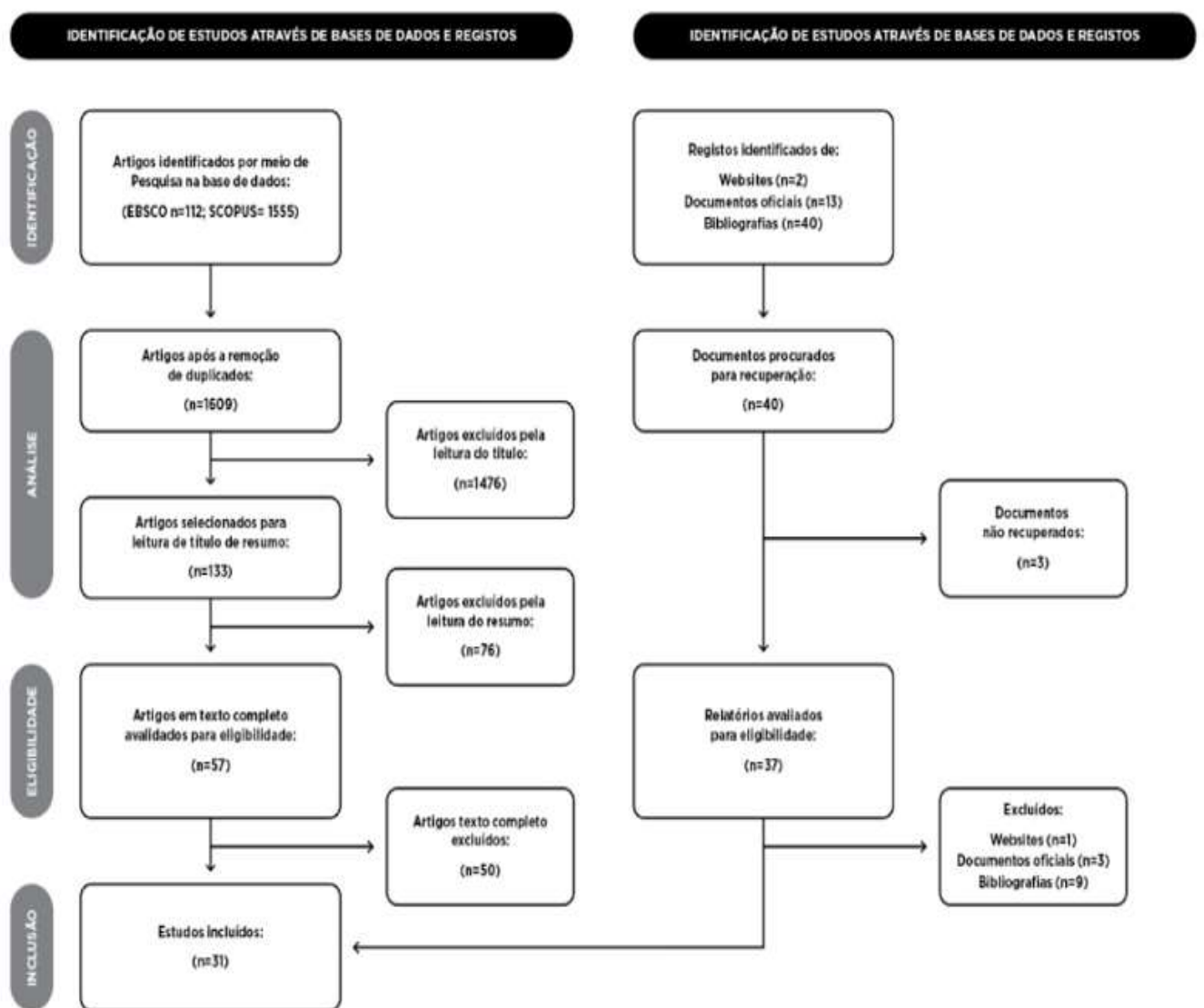
A revisão foi realizada nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval - MEDLINE, System Online Cumulative Index of Nursing and Allied Health - CINAHL, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews e MedicLatina, SciVerse Scopus e para a literatura cinzenta, no Google Académico, Websites, Documentos Oficiais, Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP) durante os meses de Dezembro de 2022 e Janeiro de 2023.

Os descritores usados e validados no MesH e no DeCs, foram os seguintes: “History”; “Baths”; “Surgical Wound Infection”, “Surgical Site Infection” e os termos não controlados: “shower”, “showering”, “wash”, “washing”, “infections”, “preoperative”, combinados através dos operadores booleanos “AND” e “OR”, seguindo-se as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

O corpo de revisores incluiu cinco participantes. Três revisores independentes realizaram a avaliação crítica, extração e síntese dos dados. Na pesquisa inicial efetuada através de bases de dados encontrou-se um total de 1667 artigos. Depois de eliminar 58 por serem repetidos, foram incluídos um total de 1609 para leitura de título e resumo. Foram excluídos 1597 por não atenderem aos critérios de inclusão. A decisão dos estudos a incluir, após leitura de título e resumo, obteve consenso entre as três revisoras independentes. Tendo em conta, que estamos perante uma Revisão Sistemática de Texto

e Opinião, existiu a necessidade de incluir na estratégia de pesquisa a identificação de estudos por outros métodos. Assim, essa identificação incluiu websites, documentos oficiais e estudos/artigos identificados através de bibliografia pesquisada. O processo de seleção de triagem dos artigos está representado no fluxograma (Tabela 3), elaborado com base no PRISMA. Posteriormente os artigos originais foram recuperados e lidos na íntegra e elaboradas tabelas de evidência para os artigos provenientes das bases de dados, dos documentos oficiais, ou via outros métodos (Apêndice III.).

Tabela 3 – Estratégia de pesquisa



1.3 RESULTADOS

Todos os documentos selecionados foram analisados e apresentados nas tabelas de síntese dos artigos (Apêndice II).

1.4 DISCUSSÃO

A história da higiene corporal é, também, uma história social (Vigarello, 2001) sendo que, ao longo do tempo, a concepção de higiene foi sofrendo transformações conforme o contexto social, a religiosidade e os costumes de cada época. A história do banho está apenas parcialmente relacionada com a higiene. Os banhos nem sempre tiveram o significado que hoje lhes atribuímos, sendo que a sua associação com a higiene é uma realidade mais recente (Ashenburg, 2007).

Com a finalidade de identificar a origem e contexto do banho pré-operatório mapeamos cronologicamente a evolução do banho higiênico. A higiene tem sido um conceito valorizado, ao longo dos tempos, pela saúde, mas principalmente pela Enfermagem. Assumindo-se este ponto de vista, há que considerar a contemporaneidade da instauração da Higiene, como um campo de saber específico, a par com o nascimento da Enfermagem Moderna. A Enfermagem Moderna, intimamente associado à figura de Florence Nightingale, foi influenciado pelas discussões científicas sobre a necessidade de controlo epidemiológico através da promoção de ambientes saudáveis e práticas de higiene (Nightingale, 1989).

Embora atualmente o banho seja aceite pelas sociedades modernas como uma prática universal e parte integrante de uma rotina diária individual (Hand, Shove & Southerton [RM1], 2005), no passado não foi assim. A história do banho é uma narrativa fascinante que ilustra a relação com os diferentes aspetos culturais, sociais, religiosos e económicos de cada época.

No mundo antigo distinguiram-se civilizações que evidenciaram conhecimentos sobre a importância dada ao banho. Os registos arqueológicos indicam que egípcios, gregos, romanos, indianos e mesopotâmicos atribuíam grande importância à purificação através do banho. Estas culturas perceberam os benefícios de se limpar regularmente e utilizavam os rios, riachos e piscinas naturais para se refrescar e purificar. Os rituais de

banho eram comuns em cerimónias religiosas, casamentos, nascimentos e funerais (Bushak, 2015).

A medicina grega dedicava especial atenção à higiene pessoal, baseada na teoria humoral de Hipócrates que procurava o equilíbrio entre os quatro humores principais: sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra (Moreno-Martínez *et al* [RM2, 2016]). Uma das terapias da medicina hipocrática para restabelecer o equilíbrio humoral eram os banhos, pois *"a água trazia efeitos benéficos, além de purificar a alma pela imersão que lava e renova"* (Volcy, 2004, p. 81 citado por Moreno-Martínez *et al.* [RM3], 2016). Também o médico grego Galeno, no século II, recomendou o sabão tanto para fins medicinais (Vermeil *et al.*, 2019). Para os gregos e romanos, os banhos públicos tinham um importante papel social e cultural, além da função primordial de higiene (Moreno-Martínez *et al.*, 2016).

Com a queda do Império Romano, a tradição do banho entrou em declínio na Europa e assistiu-se ao período mais sombrio da história da higiene com o aparecimento de múltiplas epidemias que dizimaram parte significativa da população. Foi durante a Idade Média que as práticas de higiene diminuíram consideravelmente e a falta de banhos regulares era uma característica comum da época (Smith *et al.*, 2012). Neste período *"(...) o desprezo pelo mundano e a mudança nos costumes de higiene pessoal, considerando imoral a contemplação do próprio corpo, levaram ao abandono do banho corporal"* (Piédrola, 2002, pp. 7-8 citado por Moreno-Martínez *et al* [RM6]., 2016). A atitude condenatória da igreja apoiava-se no mito que surgiu em torno da água com a crença da permeabilidade do corpo. *"Os corpos cujos poros se mantêm abertos são os mais aptos a apanhar infeção"* (S. Soldi, 1630, p.19 citado por Vigarello) sendo mais atingidos aqueles *"(...) cuja pele e cujos órgãos são invadidos pela humidade"* (Vigarello, 2001, p. 47). Os banhos desaparecem progressivamente, desconsiderados por transformarem o corpo num *"(...) objecto poroso, contagiado e penetrado por inumeráveis aberturas (...) ao (...) ar pestilento que poderia infiltrar os órgãos e infectar os humores"* (Vigarello, 2001, p. 47).

Um retrocesso nos padrões higiénicos da época, a noção de higiene sofre uma transformação e a lavagem a "seco" passa a dominar através da renovação da roupa usada junto ao corpo. O ideal é manter o corpo limpo através de uma segunda pele que absorva as impurezas expelidas e mantenha uma certa proteção sem os malefícios da água (Moreno-Martínez *et al* [RM7]., 2016). No entanto, com o Renascimento, houve um ressurgimento do interesse pelas práticas de banho, especialmente entre a alta

sociedade. Um período marcado pelo despertar das ciências e das artes com o surgimento da imprensa e, com ela, publicações e ilustrações sobre as doenças começaram a ser divulgadas (Smith *et al.*, 2012).

Os hospitais eram considerados locais sujos, lotados, mal ventilados e cheios de infecções. Um soldado corria menos perigo ao entrar numa grande batalha do que num hospital (Smith *et al.*, [RM8] 2012). Na Europa central, as cirurgias eram geralmente realizadas por barbeiros/cirurgiões ambulantes sem formação especializada e com instrumentos cirúrgicos primitivos, sem assepsia ou anestesia. Antes de 1800, 40% dos doentes submetidos a amputações, em grandes hospitais metropolitanos, morriam. A cirurgia era considerada particularmente mortal devido à alta taxa de infecções de feridas e a causa invocada era a “*febre cirúrgica*” ou “*gangrena cirúrgica*” (Smith *et al.*, 2012).

Muitos avanços importantes na medicina e na saúde pública ocorreram durante a Idade Média. A cirurgia beneficiou também de toda a evolução impulsionada pelas perturbações que as guerras do final do século XVIII e início do século XIX trouxeram. Como na maioria dos conflitos da época, morreram mais vítimas de infecções do que de ferimentos de combate (Worboys, 2018).

A Guerra da Crimeia, na década de 1850, teve um grande impacto na sociedade e na saúde devido à elevada mortalidade e incapacidade causada nos soldados britânicos. Florence Nightingale, conhecida como “A Dama da Lâmpada”, considerada a fundadora da enfermagem moderna, obteve grande projeção a partir da sua participação como enfermeira na Guerra da Crimeia, em 1854. Na sua ação destacou a importância da limpeza, da higiene, da iluminação, da ventilação, de baixos níveis de ruído, da socialização, da nutrição e do repouso (Nightingale, 1989; Moreno-Martínez *et al.*, 2016). Foi considerada uma das precursoras da epidemiologia pelo desenvolvimento da prática da vigilância epidemiológica para a prevenção de doenças infecciosas (Fontana, 2006). A sua visão, avançada para a época, baseava-se na Teoria Miasmática, segundo a qual a doença se gerava espontaneamente na sujidade ou em espaços fechados (Worboys, 2018).

A terminologia “*infecção de ferida*” começou a ser utilizada apenas no final da década de 1860, anteriormente era aplicado o termo “*males*”. À época acreditava-se que a inflamação das feridas era essencial para o processo de cura, sendo que em feridas limpas, a inflamação produziria exsudado purulento, que seria o substrato para o crescimento e adesão de novos tecidos, chamado de “*pus louvável*” (Worboys, 2018).

Durante o século XIX, marcado por descobertas revolucionárias no campo da microbiologia que permitiram o avanço da ciência médica e a conscientização sobre a importância da higiene, os banhos tornaram-se uma prática comum em muitas sociedades ocidentais. Simultaneamente, o reconhecimento de que os hospitais eram locais onde as doenças podiam ser contraídas e disseminadas ficou evidente quando James Young Simpson constatou que as amputações em ambiente hospitalar infetavam 4 vezes mais do que as em ambiente doméstico (Fontana, 2006). Ao longo da década de 1860, as críticas às condições hospitalares amplamente divulgadas culminaram no surgimento do termo “*hospitalism*” para o que hoje nomeamos de IACS.

Anton van Leeuwenhoek, cientista holandês, desempenhou um papel crucial na história da ciência e da microbiologia com o desenvolvimento e aprimoramento do microscópio e descobertas revolucionárias no mundo microscópico (Fontana, 2006). Já Louis Pasteur, em 1889, desacreditou a teoria miasmática até então dominante (Fontana, 2006). A sua descoberta revolucionou a medicina e a cirurgia ao demonstrar que os microrganismos são responsáveis pelas doenças infecciosas (Nespoli *et al.*, 2011).

Em 1865, Joseph Lister, conhecedor do trabalho de Pasteur, introduziu o conceito de assepsia na sala de cirurgia e no tratamento de feridas. Percebendo as fontes de contaminação, adotou medidas rigorosas de limpeza e desinfecção do ambiente, das mãos dos cirurgiões, dos instrumentos cirúrgicos e, mais tarde, das feridas infetadas. Compreendendo que o tecido lesado era frequentemente contaminado por bactérias e, incapaz de usar o calor para as destruir, recorreu à assepsia química. Em 1865, Lister empregou ácido carbólico (fenol) como um agente desinfetante. A aplicação de soluções de ácido carbólico nas feridas e ao redor do local cirúrgico mostrou-se uma prática inovadora que ajudou a reduzir significativamente as taxas de infecções pós-operatórias. Mais tarde, o ácido carbólico não foi apenas aplicado nas feridas, mas também pulverizado no ar ao redor do campo operatório (Nespoli *et al.*, 2011).

Desde o início que os conhecimentos em enfermagem derivam da intuição e das qualidades do cuidar humano. Neste sentido, encontramos inúmeros rituais de enfermagem que abrangem ações de cura simbólicas que melhoram a condição dos doentes e aí se inclui o banho. Uma análise do banho como atividade altamente valorizada e central para a enfermagem no cuidado de doentes demonstra que os enfermeiros desde sempre defenderam a sua importância para a prevenção de doenças, evidente nos escritos de Florence Nightingale (Wolf, 1993).

O banho higiênico, considerado uma atividade mundana, era menosprezado e encontrava-se sob a responsabilidade da enfermagem como intervenção autônoma. Os enfermeiros sempre reconheceram e valorizaram o banho e os seus benefícios, compreendendo e respeitando-o como reflexo de normas sociais e culturais. Como tal, as expectativas sobre o papel da enfermagem têm tendência a associar bons cuidados a um cuidado atento e esmerado com a higiene e a aparência (Nespoli *et al.*, 2011).

A teoria dos germes fez estremecer as bases do saber médico e promoveu uma revolução na sociedade assistindo-se à implementação de legislação sanitária e ao progresso dos estudos higiênicos, com a assepsia a revolucionar o mundo da saúde, com implicações fundamentais na prevenção e diagnóstico das epidemias que assolavam a sociedade. Em tempos mais recentes, a evolução do banho progrediu em dois caminhos paralelos: descobertas químicas sobre desinfetantes e descobertas médicas sobre a possível relação entre banho e saúde (Vermeil *et al.*, 2019).

Com o passar dos anos, várias instituições de saúde, organizações e comissões de prevenção e controlo de infeções também desempenharam papéis importantes na disseminação de diretrizes e protocolos relacionados à higiene pré-operatória fornecendo recomendações sobre a preparação adequada antes da cirurgia, incluindo o banho pré-operatório. O banho pré-operatório surge ligado à diminuição da carga microbiana confirmada através dos vários estudos que começam a investigar a sua influência na problemática da ILC. Neste sentido, a implementação do banho pré-cirúrgico como uma medida para reduzir o risco de infeção da ferida cirúrgica não é atribuída a um nome específico e individual, mas é o resultado de um esforço conjunto e contínuo da comunidade médica, pesquisadores e organizações de saúde para melhorar os cuidados cirúrgicos e reduzir o risco de infeções (Vermeil *et al.*, 2019).

Apesar dos avanços na área da prevenção e controlo de infeção, só em 1982 através do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), surge uma guideline que compila as várias intervenções essenciais para a redução deste tipo de infeções. Esta refere o banho com antisséptico na noite prévia à cirurgia como uma medida recomendada, sem, no entanto, adiantar mais informações. No entanto, de acordo com o nível de recomendação, esta intervenção era pouco recomendada pela falta de total comprovação na diminuição das infeções, mas ainda assim um marco fundamental na prevenção da ILC (CDC, 1982).

Em 1999, o CDC publica uma nova norma onde surge pela primeira vez a nomenclatura de ILC em detrimento da previamente utilizada. Esta norma sugere o

banho antisséptico pré-operatório, sendo que se privilegia o Gluconato de clorohexidina (CHG) em relação à iodopovidona, dado os estudos indicarem uma diminuição da contagem de colónias da pele com o uso do primeiro antisséptico. Apesar da evidência referida anteriormente, não se conseguiu comprovar a diminuição da ILC com o banho pré-operatório com CHG.

Várias entidades oficiais desenvolveram pareceres sobre esta temática, tendo a National Institute for Health and Care Excellence (NICE), em 2008 e 2019, uma opinião contraditória, já que defendia que o banho pré-operatório deve ser efetuado na véspera ou no próprio dia da cirurgia, mas apenas com sabão simples.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2009, divulga um documento onde estão patentes Orientações para a Cirurgia Segura, da qual fazem parte, a importância do banho pré-operatório na redução do número de bactérias, não referindo uma vez mais uma confirmação da sua correlação com influência na redução da ILC. A OMS recomenda o banho pré-operatório com um antisséptico, mas não elege um em particular. Em 2018, a mesma entidade vai mais longe e elabora um conjunto de guidelines para a prevenção da infeção do local cirúrgico, onde continua a considerar o banho pré-operatório como uma boa prática clínica para os doentes, sugerindo que um simples sabão comum ou sabão antimicrobiano pode ser utilizado para este fim. Demonstra que existe uma fraca evidência sobre recomendação do uso de toalhetes impregnados com CHG, como forma de reduzir a ILC.

Em Portugal, em 2013 emerge a primeira norma sob a chancela da Direção Geral de Saúde (DGS), onde o banho pré-operatório, segundo os níveis de evidência é fortemente recomendado, devendo o doente tomar banho com solução antisséptica incluindo o couro cabeludo, na véspera e no dia da cirurgia, sendo este último com pelo menos duas horas de antecedência. Uma vez mais, não é especificado qual a solução antisséptica a ser selecionada.

Em 2015, a DGS denomina a nova norma como Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico, definindo assim um conjunto de intervenções que só promovem a redução da infeção se cumpridas na sua totalidade. Relativamente ao banho pré-operatório, a alteração efetuada corresponde à definição da CHG a 2%, como antisséptico de eleição.

Em 2017, o CDC faz uma ligeira alteração em relação ao banho pré-operatório, definindo que este deve ser efetuado pelo menos na noite anterior com sabão (antimicrobiano ou não antimicrobiano) ou um antisséptico, sendo que continuam a

referir que não existem estudos suficientes que comprovem a eficácia da CHG na prevenção da ILC.

Recentemente foi divulgada uma norma atualizada da DGS sobre “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico (2022), onde o banho mantém a mesma indicação, à exceção da CHG poder ser de 2 a 4% e no caso de existir contraindicação, sendo uma intervenção fortemente recomendada e suportada por estudos clínicos, experimentais e epidemiológicos.

Mundialmente vários são os estudos efetuados sobre o banho pré-operatório, desde a sua aplicabilidade, eficácia e produtos a serem utilizados. O modo de aplicação do antisséptico também foi sofrendo alterações assim, segundo um estudo publicado em 2008 e, acreditando que a clorhexidina seria eficaz na redução da carga microbiana da pele, tentou-se perceber se o modo de aplicação com sabão ou toalhetes seria igualmente eficaz. Edmiston *et al.* verificaram que a aplicação dos toalhetes resulta sem lacunas na cobertura antisséptica permitindo uma maior concentração da CHG na superfície da pele, ao contrário do sabão que demonstrou ter algumas falhas, mesmo após a sua repetição. Este estudo remete também para a importância de ser efetuado o ensino ao doente sobre como deve ser realizado o banho, uma vez que muitos são autónomos e só se for realizado corretamente garante a eficácia. A importância do ensino ao doente é reforçada em 2011, numa revisão sistemática sobre o duche de desinfeção pré-operatória para prevenir ILC, evidenciando que os profissionais de saúde, devem ser claros e consistentes nas informações que transmitem sobre os procedimentos a realizar (Jakobsson *et al.*, 2011).

Nos EUA, em 2013, foi publicado um estudo comparativo sobre a eficácia do banho pré-operatório com recurso à CHG 4% em sabão em dois momentos distintos e com recurso à CHG 2% em toalhetes 3 horas antes da cirurgia cardíaca. Os resultados indicaram uma redução geral da infeção no grupo que utilizou os toalhetes com 2% CHG e sugeriram um protocolo de enfermagem para esta intervenção que incidisse na educação aos doentes sobre a sua aplicação. Confirmou também que a CHG é eficaz contra fungos, bactérias gram-positivas e gram-negativas e outros patógenos multirresistentes, não perdendo a eficácia na presença de sangue (Graling & Vasaly, 2013). Desta forma, esta eficácia da CHG sobre grande parte dos microrganismos poderá justificar a sua influência na diminuição da infeção do local cirúrgico.

O estudo de Webster *et al.* (2015), considerado um marco na investigação desta questão, tinha como questão de investigação rever as evidências existentes para

correlacionar o banho pré-operatório com antissépticos na prevenção da infecção nosocomial na ILC. Este estudo compilou várias investigações num friso temporal, tendo em 2015, concluído que o banho reduz a microflora da pele, mas não é muito clarividente que essa redução da microflora influencie a redução da ILC. Com esta investigação robusta foi, uma vez mais, demonstrado que não existe evidência clara do benefício do banho pré-operatório com recurso à CHG em detrimento de outros produtos para reduzir a ILC.

Ainda no mesmo ano surge uma análise contraditória, um novo estudo veio eleger novamente a CHG e evidenciar que existe uma melhor eficácia se forem definidos um regime padronizado de banho pré-operatório e um aumento das concentrações deste antisséptico. Para a padronização do banho preconiza-se a realização de 2 banhos sequenciais, com pausa de pelo menos 1 minuto antes de enxaguar, tendo este diminuído 9x as colónias bacterianas, sendo que a iodopovidona ou sabonete com triclocarbon reduz 1.3 a 1.9x (Edmiston *et al.*, 2015). Este estudo veio salientar a eficácia da CHG comparativamente com outros produtos com o mesmo potencial de ação.

Apesar de vários estudos defenderem a eficácia do banho pré-operatório com recurso à CHG, em 2019 surge um estudo que foi mais longe e tentou perceber se esta prática seria igualmente eficaz para a *Cutibacterium*, principal responsável pelas infeções periprotésicas do ombro. Verificou-se que a CHG não atua sobre esta bactéria, apesar de demonstrar ter ação sobre outras, tais como *Staphylococcus* (Matsen *et al.*, 2020).

Relativamente à diminuição da ILC, a literaturas nacional e internacional descrevem que esta só é conseguida através da aplicação de várias intervenções e não de forma isolada, referindo Guzman-Pruneda *et al.* (2018) que apenas a preparação intestinal mecânica e a profilaxia antibiótica são intervenções com benefício validado para a prevenção da ILC na cirurgia colorretal.

Embora a sociedade evidencie o banho como um assunto pessoal, esta é uma temática plural desde o começo da história humana. A forma como as práticas de banho se espalharam e evoluíram ao longo do tempo através de diferentes culturas vem demonstrar que no futuro as práticas de banho continuarão inevitavelmente a evoluir fruto da interação intercultural mas também das novas evidências científicas (Iboshi, 2021). Neste sentido, também o banho pré-operatório percorreu um longo caminho, caracterizado por muitas alterações suportadas por estudos e opiniões. O banho pré-

operatório como se percebe na discussão elaborada, continua a ser recomendado, já as soluções a utilizar bem como a periodicidade e formas de aplicação são ainda alvo de opiniões díspares.

1.5 CONCLUSÃO

Partindo-se da premissa de Dewey (2004), “*O passado é a chave para compreender o presente*”, esta RSL propõe-se a descrever e analisar as múltiplas contribuições individuais e coletivas na construção e renovação do corpo de conhecimentos que suportam uma prática baseada em evidência conducente a ganhos em saúde. Além do mais, estudar o passado é esclarecedor e útil especialmente nesta era de especialização crescente para a Enfermagem.

Tendo o fenómeno de investigação contemplado um friso temporal muito abrangente, a dificuldade encontrada prende-se sobretudo com a falta de registos escritos, sendo que, apesar da ausência de referências comprovativas, um determinado comportamento ou atividade possa ser muito mais antigo do que o seu primeiro registo escrito. Esta escassez de documentação foi uma importante limitação deste estudo na medida em que se torna difícil identificar o momento em que o banho higiénico surgiu como intervenção de enfermagem associado ao período pré-operatório ou associado à prevenção da ILC. É por esta razão que são exploradas algumas abordagens anteriores ao aparecimento da higiene enquanto ciência. Os estudos encontrados reclamam a necessidade de futuras investigações para avaliação da eficácia do banho pré-operatório na prática clínica.

A estratégia de pesquisa contemplou estudos, artigos de opinião, dissertações, websites e normas nacionais e internacionais entre outras formas de pesquisa utilizadas, demonstrando opiniões díspares relativamente à eficácia do banho pré-operatório.

Apesar de o banho pré-operatório ser uma questão de investigação atual, sabe-se que os cuidados de higiene e o banho higiénico têm documentada a sua funcionalidade e benefício. No entanto, o banho pré-operatório continua a ser controverso tanto em relação à sua aplicabilidade na diminuição da ILC como na utilização de antissépticos ou sabão. A evidência documental indica que o banho pré-operatório é uma intervenção de enfermagem identificada como uma prática essencial para a diminuição microbiana da pele, no entanto a sua eficácia na diminuição na ILC contribuiu para evidências mistas.

No entanto, em Portugal o banho pré-operatório mantém-se como uma intervenção essencial na prevenção da ILC, constituindo uma intervenção integrante do feixe de intervenções da DGS atualizado em 2022, que está fortemente recomendado e sustentado por diversos estudos. A sua relevância prende-se com as taxas de ILC crescentes, número elevado de doentes colonizados/infetados previamente à cirurgia e o problema mundial relacionado com a resistência aos antimicrobianos. Sabe-se que a nível nacional, atualmente esta intervenção está indicada, suportada por um nível de evidência forte, no entanto amanhã poderá não estar, resultado de uma ciência dinâmica e em constante desenvolvimento.

Assim sendo a nível nacional, o banho pré-operatório é recomendado com clorexidina, incluindo do couro cabeludo, na véspera e dia da cirurgia, devendo neste caso ser feito com pelo menos duas horas de antecedência. Para que o banho pré-operatório seja adotado como intervenção essencial na prevenção da ILC, é essencial que sejam estabelecidos protocolos a nível hospitalar, de forma a uniformizar as práticas desde a sua periodicidade, antisséptico a aplicar, bem como a forma como fazê-lo, seguindo desta forma as diretrizes e recomendações estabelecidas pela Direção Geral de Saúde.

Em geral, a prevenção de ILC envolve uma abordagem multimodal, que inclui uma combinação de medidas, como profilaxia antibiótica, higiene das mãos, técnicas cirúrgicas assépticas, avaliação da temperatura, entre outras. O banho pré-operatório pode ser considerado como parte de um conjunto abrangente de medidas preventivas, mas sua eficácia isolada ainda é objeto de debate e pesquisa contínuos.

De acordo com o exposto anteriormente, considera-se que esta RSL de Texto e Opinião tem suporte para uma investigação futura, uma vez que é considerado um assunto com opiniões díspares, ficando lançado o desafio.

Continua a ser mais atual do que nunca, a importância do pensamento crítico aplicada à prática. Este estudo reflete também as fragilidades e desafios existentes no campo da enfermagem em toda a sua dimensão de atuação. A problemática da ILC, pela sua dimensão e implicações, carece da utilização de todas as ferramentas ao nosso alcance, sendo o estudo do passado uma fonte importante de conhecimento. Aprendemos com os erros, mas também com os avanços e o passado ainda se apresenta como fonte de inspiração e representatividade documentada.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Este capítulo tem como objetivo apresentar a análise crítica e reflexiva do percurso realizado enquanto estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica. Este capítulo está dividido em quatro subcapítulos. No primeiro subcapítulo apresento as competências adquiridas pela minha experiência. No segundo, terceiro e quarto subcapítulo apresento a descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio que permitiram a aquisição de competências de enfermeiro especialista.

2.1 BLOCO OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

Atualmente exerço a minha atividade profissional no Bloco Operatório (BO) de Cirurgia Cardiotorácica, desde 2002, desempenhando funções inerentes a enfermeira de anestesia, circulante e instrumentista em cirurgia eletiva, urgente e emergente em doentes adultos e pediátricos na especialidade cardíaca e torácica, assente nas recomendações e boas práticas definidas pela Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP, 2006). Somos a intervir também em Doentes em situação crítica urgente ou emergente como por exemplo: Disseções aguda da Aorta; Rutura de ventrículo por enfarte agudo do miocárdio (EAM); Comunicação intraventricular pós EAM; Insuficiência Mitral isquémica; Disfunção de próteses valvulares; Choque cardiogénico; Colocação de Extra Corporeal Membrane Oxygenation (ECMO); Colocação de Assistência Mecânica Ventricular; Choque hemorrágico pós-cirurgia; Retorno venoso anómalo.

É um BO que se caracteriza pela sua especificidade sendo Centro de Referência na área da Transplantação Pulmonar, Transplantação Cardíaca adulto e pediátrica, no tratamento do Tromboembolismo Pulmonar e Patologias Cardíacas Congénitas e onde, também se realiza exames e tratamentos invasivos que requeiram um elevado nível de assepsia e/ou anestesia.

Os procedimentos cirúrgicos complexos que aqui se realizam exigem cuidados especializados, de forma a assegurar a segurança e prevenir complicações em doentes em situação crítica, com o objetivo da sua recuperação total.

Trabalhar neste serviço permitiu o meu desenvolvimento na capacidade de monitorização e vigilância constante, com planificação e tomada de decisões com base na destreza técnica e conhecimentos de forma a responder em tempo útil às situações (OE, 2018). A vigilância constante do doente de, por exemplo, os seus: parâmetros anestésicos e hemodinâmicos; risco de úlceras de pressão; risco de queimaduras; controlo da dor; prevenção e controlo da infeção, entre outros.

A equipa multidisciplinar do BO também intervém fora deste, em situações particulares, caso não haja critérios para esperar ou transferir doentes internados, num contexto de “life saving”, em serviços como Unidade de Hemodinâmica, Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) Cardiorrácica e UCI Cardiologia da mesma instituição.

A complexidade inerente a estas especialidades e as especificidades relacionadas com o cuidar humanizado está patente, não só no adulto como à criança e suas famílias. A comunicação com a família/cuidador mantém-se no intraoperatório, que implicou o desenvolvimento de competências na manutenção da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e na gestão das perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica (OE, 2018).

A minha atividade profissional permitiu desenvolver competências na 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 resposta útil e adequada (OE, 2018). Sou membro dinamizador da Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA) coordenando a dinamização do controlo de infeção no BO, em articulação contínua com UL-PPCIRA. Neste âmbito participo em atividades programadas por esta, do qual destaco a observação anual da higienização das mãos e do uso das luvas que realizo como auditora no BO, com o objetivo de monitorizar a adesão dos profissionais de saúde, no âmbito do programa da DGS (norma 07-2019, 16/10/2019) para as precauções básicas do controlo de infeção.

Também faço parte de um grupo multidisciplinar do Serviço de Cirurgia Cardioriorácica, que reflete e revê protocolos e procedimentos, para a prevençãõ da infeçãõ do local cirúrgico e resistência a antimicrobianos ao longo do percurso perioperatório do doente, baseada na revisão bibliográfica e na mais recente evidência científica.

Estas atividades promovem o desenvolvimento da capacidade de diagnosticar áreas com necessidades e quando identificadas, dinamizo projetos de melhoria continua, como a formação, divulgação e intervenção imediata com reforço positivo, tendo como objetivo principal sensibilizar atitudes e alterar ou melhorar comportamentos por parte de toda a equipa multidisciplinar, contribuindo para uma melhor prática na prevençãõ e controlo da infeçãõ do local cirúrgico, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Para além das funções já descritas também acresço a função de Enfermeira Coordenadora na área da Transplantação Cardíaca e Pulmonar. Esta função proporcionou aquisição e desenvolvimento de competências na gestão e tomada de decisão no momento crítico que se inicia com a existência de um dador. Nesta situação a minha atuação centra-se na construção e orientação de equipas. Gerir prioridades, comunicação com possíveis recetores e resolver eventuais problemas com estes, rever e avaliar regularmente o progresso do trabalho são algumas das funções inerentes à coordenação. Em suma, asseguro que as etapas de todo estes processos decorram sem intercorrências, utilizando o pensamento crítico no processo de tomada de decisão, de modo a conseguir priorizar as diferentes intervenções promovendo um entendimento comum.

O meu percurso profissional no BO Cirurgia Cardioriorácica tem sido muito enriquecedor com inúmeras aprendizagens e competências desenvolvidas. Em concordância com o Modelo de Benner (2001) estarei no nível de competência de perito, colaborando na gestão do serviço, assumindo a função de chefe de turno e integrando novos elementos no serviço, para além das competências supracitadas.

2.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL E POLIVALENTE

Este estágio foi desenvolvido num Serviço de Urgência Geral e Polivalente na região de Lisboa, integrado na Rede Nacional de Urgência e Emergência (Despacho nº13427/2015 de 20 de novembro 2015) como Serviço de Urgência Polivalente/ Centro de Trauma. A sua

elevada diferenciação técnica e polivalente garante a prestação de cuidados de qualidade a doentes urgentes e emergentes para além da sua área de referência.

Aquele SU possui diversas valências médicas e cirúrgicas sendo uma urgência referenciada para as especialidades de nefrologia, hematologia, cirurgia cardiotorácica e cirurgia vascular. Tem ainda integrado na sua organização interventiva e diferenciada a atividade de Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC), Via Verde Coronário, Via Verde Sépsis e Via Verde Trauma, além de dar resposta à pessoa em situação crítica desde o extra-hospitalar com existência da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

Relativamente à sua constituição o SU é formado por vários sectores que visam a otimização do atendimento ao doente e respetiva família assim como a sua recuperação. Estruturalmente é constituído por: 4 salas de Triagem, 1 adaptada para macas; 3 Balcões de Atendimento de acordo com o nível de prioridade clínica obtido através da Triagem de Manchester e o grau de mobilidade do doente (ambulatório e macas); 5 Salas de Observação com vigilância e monitorização continua dos doentes; 1 área de Atendimento de Doentes Positivo de SARS-COV2 e MONKEPOX; 4 salas de Reanimação/Emergência e Trauma (2 equipadas com dispositivos imagiológicos em permanência e 1 com capacidade para intervenções cirúrgicas emergentes); 1 quarto de isolamento com pressão negativa; 1 sala de pequena cirurgia; 1 sala para procedimentos sépticos que atualmente é usada como sala de colheitas de pesquisa SARS-COV2; vários gabinetes médicos de atendimento específico para as especialidades de medicina interna, oftalmologia, otorrinolaringologia e ortopedia; uma área de atendimento de Psiquiatria que se encontra integrada no SU mas depende institucionalmente do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa; áreas de apoio; serviços de apoio clínico de radiologia, colheita de sangue e exames de eletrocardiograma.

O SU conta com uma vasta equipa multidisciplinar do qual fazem parte médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica, técnicos de saúde, administrativo, entre outros com especialização adequada vocacionados para a otimização de cuidados de qualidade (Ministério da Saúde, 2006).

A equipa de enfermagem é constituída por 154 enfermeiros: 5 na área de gestão e os restantes distribuídos por 6 equipas. De salientar que nas salas de reanimação ficam alocados 3 enfermeiros com apoio do chefe de equipa que acrescenta a responsabilidade da gestão de recursos humanos e a articulação com equipa multiprofissional.

Com o objetivo de prestar informações aos familiares dos doentes acolhidos no SU, são destacados 2 enfermeiros constituindo-se estes de grande relevância na equipa das informações.

O leque de especialidades neste SU é vasto, impelindo os enfermeiros a ter um conhecimento muito abrangente das necessidades específicas de cada doente e situação, assim como, competências na gestão de conflitos, comunicação e capacidade de adaptação.

O estágio decorreu de 5 de setembro a 13 de outubro de 2022, num total de 140 horas. Teve como guia orientador, o projeto de aprendizagem com os seguintes objetivos específicos: desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de urgência e desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem, à pessoa em situação crítica no transporte intra-hospitalar.

No início do estágio, se por um lado a ansiedade e alguma apreensão foram vivenciados por retornar, passados tantos anos, ao papel de estudante num contexto tão distinto do meu ambiente de trabalho, por outro lado a motivação para adquirir e desenvolver competências prevaleceu. Segundo Benner (2001) quando há uma mudança de contexto, o enfermeiro transita para níveis de competência mais baixo.

De forma a atingir o primeiro objetivo específico foi fundamental a minha integração na equipa, o conhecimento da estrutura física, da dinâmica organizacional e funcional do SU. Também a consulta de normas, procedimentos e protocolos existentes e a proatividade na prestação de cuidados de forma gradual e ativa, foi determinante, pois é na prática que as competências se adquirem e desenvolvem (Benner, 2001). O acolhimento proporcionado pelo Enfermeiro Orientador e restante equipa foi essencial e facilitador para uma integração rápida e plena.

Os primeiros turnos centraram-se na observação e colaboração participativa e no reconhecimento dos vários sectores do serviço, que se articulam entre si, mas cada um com intervenções específicas segundo as necessidades de cuidados bem definidos e diferentes, de acordo com a Triagem de Manchester e nível de dependência dos utentes.

Para potenciar as minhas aprendizagens realizei pesquisa bibliográfica sobre cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de urgência e relacionada com a prestação de cuidados de enfermagem no transporte intra-hospitalar.

O meu percurso neste estágio passou maioritariamente pela sala de reanimação/emergência e trauma no sentido de obter mais oportunidades de aprendizagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, no contexto específico da primeira abordagem hospitalar. É nestas salas que se realiza a receção, avaliação e estabilização inicial dos doentes emergentes em que existe o risco de vida ou compromisso das funções vitais e a necessidade de tratamento imediato, o que requer um nível alto competências técnicas e científicas e experiência dos profissionais de saúde atribuídos a estas salas, bem como cumplicidade e complementaridade entre a equipa multidisciplinar é crucial para a qualidade dos cuidados (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019).

Foram muitas as oportunidades de prestar cuidados a doentes em situações não experienciadas anteriormente, nomeadamente: com o doente de trauma nos cuidados na estabilização hemodinâmica e na mobilização com retirada e substituição de dispositivos de imobilização; doentes com necessidades de Ventilação Não Invasiva e a sua adaptação à máscara e ventilador; doente com hemorragia digestiva alta ativa; participar como elemento da equipa quando acionada a Via Verde AVC e Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar. O cuidar da pessoa em risco de falência orgânica ou com instabilidade implica a execução de técnicas e a gestão de protocolos terapêuticos complexos, como algoritmos de Suporte Avançado de Vida, Suporte Avançado de Vida em Trauma, e outros específicos de acordo com patologia. O desenvolvimento de competências nesta área foi conseguido otimizando a atuação perante este tipo de situações e antecipando focos de instabilidade da pessoa em situação crítica (Regulamento OE, 2018).

Foi tema de reflexão a dificuldade sentida, por parte da equipa de enfermagem, em assegurar apoio à família da pessoa em situação crítica, em contexto de urgência, disponibilizando informações, comunicando más notícias e permitindo breves visitas. Não por ser negligenciada, mas porque, por vezes, o ritmo acelerado que se impõe e volume de trabalho neste tipo de serviço leva a não dar o devido apoio aos familiares. Uma situação vivenciada foi a da Senhora M. que deu entrada diretamente para a sala de reanimação, trazida pela VMER, acompanhada pelo filho, com um quadro de perda de consciência súbita com consequente queda nas escadas do prédio onde habita. Vinha sedoanalgesiada, com ventilação mecânica assistida e imobilizada. Após observação e estabilização foram realizados exames complementares de diagnóstico que revelou AVC Hemorrágico, com prognóstico muito reservado, mas ainda com a possibilidade de drenagem que implicava uma intervenção cirúrgica urgente. É uma situação que surgiu de forma inesperada, com

elevado nível de gravidade e com consequências diversas não só para a pessoa que recorre ao SU, mas também para a sua família afetando a sua dinâmica e estabilidade emocional. A família da pessoa em situação crítica experimenta um enorme sofrimento, que é na sua natureza diferente da própria pessoa (Kreuz e Netto, 2011), que se encontra muitas vezes sem consciência temporal do tempo de espera experienciado pela sua família. Impele desafios significantes sobretudo pela vivência da finitude da vida, incerteza do prognóstico e o ambiente tecnológico desconhecido, provocando quadros psicológicos em que se manifesta a ansiedade, a depressão e o luto complicado (Kreuz e Netto, 2011). Relembrei que o filho estava na sala de espera e colaborei na abordagem na comunicação com o familiar simultaneamente com a médica que prestou assistência, que forneceu as informações clínicas sobre o estado atual, qual o tratamento que iria ser submetida e o seu prognóstico. Da parte da enfermagem a nossa intervenção passou por estabelecer uma relação terapêutica demonstrando disponibilidade para dissipar dúvidas e incertezas, tendo, no imediato, agilizado a possibilidade de ver a sua mãe antes de esta ser transportada para o BO, num processo de cuidar da família em processos complexos de doença e/ou falência orgânica (OE, 2018). Segundo Meleis et al. (2000) os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e suas famílias que estão a passar por processos de transição, assistindo às mudanças e exigências que as transições provocam nas suas vidas, ajudando-os na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências.

Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem no transporte intra-hospitalar, à pessoa em situação crítica foi outro dos objetivos específicos a que me propus. Atendendo que este tipo de transporte se refere à deslocação do doente de um espaço físico para outro dentro da mesma unidade de saúde (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos SPCI e Ordem dos Médicos OM, 2008) é uma atividade constantemente necessária no SU, por isso foi transversal a todo o estágio. Assim colaborei no planeamento, acompanhamento, na monitorização e vigilância do doente durante o transporte, quer para a realização de exames complementares de diagnóstico, por necessidade de valência terapêutica (tratamento de diálise, intervenções no âmbito da Via Verde AVC e Via Verde Coronária) ou necessidade assistencial superior (BO e UCI) (SPCI e OM, 2008).

O Senhor F. deu entrada na sala de emergência trazido pela VMER vítima de atropelamento, politraumatizado, com suporte de ventilação mecânica invasiva,

sedoanalgesiado e hemodinamicamente estável. Por decisão clínica o doente precisava de ser mobilizado até ao serviço de imagiologia para a realização de exames complementares de diagnóstico e posteriormente para uma UCI. Como responsável pelo Senhor F. eu e o Enfermeiro Orientador preparamos todos os equipamentos necessários para garantir a monitorização e assistência como: monitor, desfibrilhador, ventilador, bala de oxigénio e mala de transporte com fármacos para SAV e material de manutenção da via aérea normalizada e selada (ICS, 2019).

O transporte do doente crítico pode gerar instabilidade e potenciar a ocorrência de eventos adversos, principalmente em relação às suas funções hemodinâmicas, ventilatórias e neurológicas, pode levar ao aumento da mortalidade e morbilidade (Considine et al, 2019). A segurança do doente nestas situações depende diretamente da planificação, adequação do equipamento e do desempenho da equipa multidisciplinar, esta última conseguida com uma comunicação segura, equipa especializada com formação e conhecimento de protocolos instituídos (SPCI, OM, 2008).

Pretende-se manter durante o transporte o nível de cuidado idêntico ao serviço de origem (Melo, Freitas, Pereira, 2020). Segundo SPCI e OM (2008), o transporte do doente crítico passa por três fases: decisão, planeamento e efetivação. A decisão da necessidade de deslocação com análise de riscos versus benefícios é da responsabilidade médica. As outras duas fases pressupõem-se intervenção interdependente do enfermeiro e médico.

Segundo Comeau et al (2015), a utilização de listas de verificação incrementa a padronização dos procedimentos, o uso de equipamento adequado, a promoção de cuidados baseados em evidência, melhoria na comunicação, a minorar os erros, a mitigação da falta de memória e a confiança. Questionei a utilização da lista de verificação para o transporte intra-hospitalar em doente crítico protocolizada no SU, tendo, em consequência, promovido uma tertúlia reflexiva na equipa ficando a sugestão da realização de pesquisa aprofundada com o objetivo de refrescar o conhecimento na equipa e mostrar a mais recente evidência sobre a temática.

A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade e preocupação a nível mundial, que se pretende diminuir com o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026 (Ministério da Saúde, 2021), que estabelece objetivos estratégicos entre os quais o aumento da cultura de segurança e aumento da segurança na comunicação.

A efetivação do transporte do Senhor F. decorreu sem intercorrências e feita a transmissão de informação pertinente ao enfermeiro da UCI, garante da continuidade dos cuidados (OE, 2018), pela metodologia ISBAR. Este instrumento com formato de mnemónica é recomendado em todas as transições de cuidados, mas principalmente na transferência de informação em momentos críticos ou vulneráveis da prestação dos cuidados (DGS, 2017).

Tive ainda oportunidade de acompanhar e colaborar com enfermeiros especialistas cujo conteúdo funcional passa, também, por gerir a equipa, que me deram a perspetiva da dinâmica nas suas funções de planejar, organizar, delegar, comunicar, coordenar e supervisionar o trabalho da equipa de enfermagem e de outros profissionais funcionalmente dependentes, assim como perceber como gerir recursos, com o objetivo de adequá-los às necessidades existentes de forma a garantir a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. Sendo o SU um contexto com ritmo de trabalho acelerado, de constante movimento, com rácios de doentes que não são fáceis de controlar, com grande circulação de profissionais de diferentes especialidades e a articulação necessária com outros serviços, torna a gestão de recursos humanos e materiais e adequação das necessidades do serviço, um trabalho bastante exigente que requer destreza mental que se adquire não só com a formação académica mas com conhecimento profundo e anos de experiência nesta área (Benner, 2001).

A liderança é um processo contínuo e dinâmico, difícil que assenta em aptidões, planeamento, atitudes e competências que motivem a equipa, saber gerir situações de conflito, de forma a otimizar a eficiência operacional e criar um ambiente de trabalho saudável e produtivo (Gois et al, 2017). Esta partilha impulsionou a reflexão sobre as formas de liderança para atingir o fim pretendido e as estratégias de motivação da e com a equipa tendo sido de sublinhar o quanto foi enriquecedora para o desenvolvimento de competências ligadas à gestão de cuidados e do serviço.

Neste serviço de urgência está enraizada uma cultura organizacional em que se procura manter o modo de atuar com base em protocolos, procedimentos e tarefas bem definidas e interiorizadas pela equipa, assentes numa comunicação efetiva e trabalho de equipa interdisciplinar, facilitadoras para a promoção da excelência nos cuidados de saúde.

Ao longo da minha permanência no SU constatei a dificuldade e as contingências em cumprir as Precauções Básicas do Controlo de Infecção preconizadas pela DGS (029/2013). É um verdadeiro desafio pelas características próprias e físicas deste tipo de serviço, como: frequente sobrelotação, recursos humanos limitados, transferências contínuas de doentes

entre setores, serviços ou mesmo instituições. Estes são alguns dos fatores que potenciam o aumento de risco de transmissão cruzada. Exemplo disso temos na área de Atendimento de Macas na maioria das vezes existe a impossibilidade de manter o distanciamento adequado entre as macas.

É fundamental que os profissionais de saúde detenham conhecimentos dos riscos de infecção inerentes à prestação de cuidados, na sua área de intervenção e das medidas de eficácia comprovada para a prevenção e controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (Pina, Ferreira, Marques, & Matos, 2010). Daí a importância de existir formação dos profissionais, regular, sobre as precauções básicas do controlo de infecção de forma a atualizar o conhecimento de todos e facilitar a mudança de comportamentos contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança do doente. Nesse sentido participei na ação de formação com o tema “Prevenção e controlo de microrganismos epidemiologicamente importantes” (Anexo I).

Congruente com esta atitude assumi, neste contexto clínico, o absoluto respeito pelo cumprimento das precauções básicas de controlo de infecção, assim como a sua promoção junto dos restantes profissionais. A salientar, a lavagem das mãos ou a desinfecção com solução antisséptica de base alcoólica e o uso de equipamento de proteção individual, como elementos essenciais à prevenção da infecção (Pina, Ferreira, Marques, & Matos, 2010; Silva, 2013).

No decurso do estágio não me deparei com a situação de catástrofe ou emergência multivítimas, mas a análise reflexiva com o Enfermeiro Orientador do plano de atuação em emergência e catástrofe do Centro Hospitalar a que pertence o serviço e do SU e das normas e protocolos sobre esta temática favoreceu aquisição da competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica -“dinamiza a resposta em situação de emergência, exceção e catástrofe da conceção e ação” (OE, 2018).

As diretrizes da DGS (2010) preconizam que todas as unidades de saúde do Sistema Nacional de Saúde elaborem um plano de emergência e catástrofe assente na organização e gestão, recursos gerais, recursos humanos e prestação de cuidados que maximize a capacidade de resposta às populações e minimize o impacto nos profissionais (OE, 2011). A formação com recurso a simulacros e sensibilização é recomendado assim como análise periódicas dos planos.

Termino esta etapa com a certeza que foi uma oportunidade única e excelente de formação que permitiu o desenvolvimento de capacidades no domínio das competências gerais do enfermeiro especialista e das específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

2.3 GABINETE DE COORDENAÇÃO DE COLHEITA E TRANSPLANTAÇÃO

Este estágio foi desenvolvido no Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantação (GCCT), de 14 de outubro de 2022 a 11 de novembro de 2022, num total de 80 horas.

O GCCT integra a Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação (RNCCT), da qual fazem parte, igualmente, os Coordenadores Hospitalares de Doação (CHD). Por sua vez, a rede articula com a Coordenação Nacional da Transplantação, que é uma das unidades funcionais do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST, Portaria n.º 357/2008).

Os GCCT são estruturas autónomas que possuem profissionais com experiência e formação específica na área da coordenação de colheita e transplantação, denominados Coordenadores de Colheita e Transplantação (CCT), e funcionam de modo permanente. No caso do GCCT em análise, os CCT desenvolvem o seu trabalho em regime de presença física, nos dias úteis das 9:00h às 16:00h, ficando em regime de prevenção durante o restante período do dia, fins de semana e feriados. Asseguram, deste modo, a resposta imediata à referenciação de um potencial dador, por parte de qualquer hospital dador da sua rede de referenciação (IPST, 2022).

De acordo com a Portaria n.º 357/2008, de 9 de maio, compete ao GCCT coordenar a atividade de colheita e transplantação de órgãos, tecidos e células nas instituições de saúde, públicas ou privadas, da sua área de referência, com eventual extensão a nível nacional e internacional. Em Portugal existem 5 GCCT, que funcionam em rede. O GCCT em análise possui uma rede de referenciação de 24 hospitais.

No organograma deste GCCT o cargo de diretor é ocupado por um enfermeiro. A equipa multidisciplinar, em regime de dedicação exclusiva, é composta por 2 enfermeiros que desempenham as funções de CCT, 1 técnica superior (responsável pela área dos tecidos) e 1 assistente operacional. A estes elementos acrescem as equipas de colheita para os órgãos

e tecidos. Articulam também, com o GCCT, embora não funcionalmente dependentes, uma equipa de 4 médicos desempenhando as funções de CHD.

No desenvolvimento da minha atividade profissional, em contexto de BO com especialidade de cirurgia cardíaca e torácica, integra-se também nas minhas intervenções a prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios a doentes submetidos a transplante cardíaco e pulmonar. Adicionalmente, neste âmbito da atividade profissional, integro as equipas de colheita de coração e pulmão, participando nos atos cirúrgicos de colheita realizados nos hospitais dadores – a maioria das vezes em articulação com as equipas de colheita para os outros órgãos. Ainda neste âmbito acumulo funções de enfermeira coordenadora do transplante cardíaco e pulmonar. Perante a possibilidade de colheita de coração ou pulmão, a minha atuação centra-se na constituição de equipas de colheita e de transplante, a comunicação com os potenciais recetores e avaliação da sua condição geral que permita avançar para o transplante, assim como a gestão da sua deslocação para a unidade de transplantação. Partindo desta realidade profissional como base, surgiu em mim a necessidade de aquisição de conhecimento que me permitisse uma visão mais alargada e uma atuação mais fundamentada, perante a possibilidade de colheita de órgãos e tecidos num dador. Foi este o móbil que me conduziu a propor a realização deste estágio.

O objetivo traçado visava a aquisição de conhecimento sobre a gestão em enfermagem especializada no processo de coordenação, doação, colheita de órgãos e tecidos e transplantação na sua globalidade.

Durante o estágio acompanhei as diversas atividades desenvolvidas pelo GCCT, as quais me possibilitaram a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista – a) responsabilidade profissional, ética e legal; b) melhoria contínua da qualidade; c) gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro), assim como a aquisição e competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização Pessoa em Situação Crítica.

Assim, indo de encontro às competências atrás descritas, tornou-se necessário e fundamental o conhecimento da organização e funcionamento do GCCT. A consulta de normas de atuação, plasmadas em procedimentos multissetoriais e setoriais, fez-me interiorizar a relevância da produção documental na promoção da melhoria contínua da qualidade e no contributo para a segurança. Constatei que o GCCT possui uma grande produção documental, que gere e trabalha no sentido de a manter atualizada. Neste âmbito,

tive oportunidade de participar numa reunião multidisciplinar, em conjunto com o Gabinete de Gestão de Programas da Qualidade, para a revisão de um procedimento multissetorial relativo à utilização de tecidos colhidos em dador falecido nos cuidados à pessoa vítima de queimadura. Visou esta reunião, também, a preparação da auditoria a realizar pela autoridade nacional competente (DGS) para a autorização das atividades de colheita e aplicação dos tecidos em causa.

No que concerne à responsabilidade ética e legal, constatei e acompanhei a intervenção do enfermeiro orientador na construção dos protocolos de cooperação entre a instituição em que se insere o GCCT e os hospitais da rede, bem como com outras entidades externas que colaboram no desenvolvimento da atividade. Esta é uma área de cuidados que se encontra fortemente regulamentada e legislada – facto que comprovei pela consulta dos documentos legais que a regem.

Em Portugal, atividade de colheita de órgãos, quer em dador vivo quer em dador falecido, encontra-se suportada por uma legislação robusta. No caso dos dadores falecidos, a verificação do óbito – quer se realize por critérios neurológicos (Lei n.º 12/93) ou por paragem cardiocirculatória irreversível (Despacho n.º 14341/2013) encontra-se, também ela, bem definida pela legislação.

Os pareceres para o desenvolvimento das atividades de colheita e transplantação, de órgãos e tecidos, pelas instituições são emanados pelo IPST. É esta entidade que assume, também, as competências em termos do desenvolvimento estratégico das atividades (Portaria n.º 357/2008). Por sua vez, a DGS é a autoridade nacional competente e responsável pela verificação dos requisitos emanados pela lei para o exercício das atividades pelas instituições. Das auditorias pela DGS, que habitualmente ocorrem de 2 em 2 anos, resulta a renovação ou a suspensão da autorização para o desenvolvimento das atividades auditadas.

Quanto ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, destaco a participação no Encontro de Benchmarking do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica (Anexo 2). Este momento de aprendizagem foi bastante enriquecedor na perspetiva da capacitação para o desenvolvimento da minha prática clínica especializada baseada na evidência científica. Os ganhos obtidos em termos de conhecimentos teóricos, e a sua translação para a prática, permitiram-me ganhar uma visão mais abrangente do cuidado, como se espera de um enfermeiro perito, tal com defendido por Benner (2001).

A escassez de órgãos para transplantação é uma problemática atual. O número de pessoas em lista de espera por um transplante é elevado e o número de dadores é manifestamente insuficiente para satisfazer as necessidades. O enfermeiro, pela sua proximidade aos doentes na prestação de cuidados, ocupa uma posição privilegiada para a identificação de potenciais dadores.

Durante o estágio assisti a uma ação de formação em serviço, sobre a temática do programa de colheita de córneas em dador falecido em coração parado (Anexo 3). A descodificação dos procedimentos para a referenciação de um potencial dador, e os passos a serem desencadeados até à colheita efetiva dos tecidos oculares, tornou-se essencial à compreensão da relevância deste programa de colheita, naquilo que é a resposta terapêutica possível a quem apresenta problemas oculares com indicação para transplante. Esta ação de formação fez-me refletir sobre a importância da sensibilização e formação da equipa multidisciplinar dos serviços clínicos de internamento para a identificação, referenciação e cuidados ao potencial dador. Este trabalho de formação, desempenhado pelo GCCT, assume um impacto positivo na possibilidade de acesso a um órgão/tecido pelo candidato a transplante e contribui para a diminuição das listas de espera. Adicionalmente, cria o sentido de responsabilidade e dever deontológico para com a doação, por parte dos profissionais.

No âmbito da prevenção e controlo da infeção o GCCT trabalha num projeto de melhoria na qualidade dos cuidados, através da monitorização dos resultados das análises microbiológicas realizadas aos líquidos de preservação dos órgãos. Pela natureza do ato cirúrgico, com uma abordagem ao corpo extensa e utilização de grande quantidade de fluidos, o potencial de contaminação é elevado. O controlo microbiológico destes fluidos que acompanham o órgão, visam identificar o agente contaminante (se presente) e transmitir essa informação à unidade de transplantação que recebeu o órgão, de modo a atuar em conformidade para com o recetor. A análise dos resultados e de processo já permitiu à equipa identificar oportunidades de melhoria das práticas, o que se repercutiu numa modificação destas, visando a redução da contaminação microbiológica do órgão no perioperatório, favorecendo a segurança biológica. Ter vivenciado esta realidade consciencializou-me para a relevância da intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica no controlo e prevenção da infeção (Regulamento n.º 429/2018).

Os GCCT possuem várias competências, das quais saliento: articulação com os outros Gabinetes com as unidades de colheita e transplantação e CHD, de modo a agilizar a atuação de todos, garantindo a atempada colheita e transplante de órgãos, tecidos e células; a consulta do Registo Nacional de Não Dadores, verificando a existência ou não de restrições e oposições à doação; avaliar potenciais dadores sinalizados tendo em conta a qualidade, segurança e transparência de todos os procedimentos, usando de todos os conhecimentos científicos disponíveis de modo a conseguir aumentar o número de órgãos para transplantação; articular-se com as diferentes equipas de colheita e transplantação locais, proporcionando-lhes toda a colaboração necessária; distribuir os órgãos disponíveis pelas unidades de transplante em conformidade com as normas em vigor; proceder a todos os registos necessários de modo a garantir a rastreabilidade, qualidade, segurança e transparência de todo o procedimento (Portaria nº 357/2008 de 9 de maio).

O processo de coordenação de colheita e transplantação é bastante complexo, como se pode inferir do anteriormente exposto. Exige a mobilização de saberes, uma forte capacidade de organização e de lidar com o imprevisto, bem como o domínio das habilidades comunicacionais. A garantia da segurança para equipas e recetores é o foco principal da intervenção do CCT.

Tratando-se de um processo complexo, evitar a possibilidade de ocorrência de eventos adversos relaciona-se com o foco da intervenção do CCT. Uma das ferramentas que o CCT usa na gestão dos processos de colheita e transplantação é o Registo Português de Transplantação (RPT). Trata-se de uma aplicação desenvolvida pelo ISPT que, para além do registo de toda a avaliação clínica realizada ao potencial dador, se constitui como uma ferramenta de comunicação para todos os elementos da RNCT, evitando os eventos adversos associados à transmissão de informação. Ao ser introduzida na aplicação a identificação do potencial dador, esta gera um código único, alfanumérico, que passa a identificá-lo em todos os órgãos e tecidos colhidos. Através da utilização deste código alfanumérico consegue-se proteger a confidencialidade do ato e a identificação do dador pelos órgãos e tecidos que chegam às unidades de transplantação, além de ser um garante da rastreabilidade.

O RPT surge, assim, como uma ferramenta facilitadora na complexidade do processo. Sendo uma ferramenta de acesso restrito e controlado aos intervenientes no processo é, no entanto, de fácil acesso, dado que este se faz através da internet. Nele são efetuados os registos dos dados relativos às atividades das unidades de colheita e transplantação.

Permite, também, extrair dados estatísticos relativos à atividade tais como: o número de dadores; o tipo e quantidade de órgãos que foram colhidos e transplantados ou recusados; a notificação de incidentes e reações adversas; a gestão da lista de espera de candidatos a transplantação; a seleção do par dador/recetor – tudo isto de acordo com o disposto em matéria de proteção de dados pessoais e segredo estatístico (Lei nº 36/2013).

Neste contexto, interiorizei a dimensão ética e legal dos cuidados, incluindo os cuidados prestados às famílias dos dadores (com especial relevância nos dadores de outras nacionalidades); a relevância das aprendizagens profissionais e a mobilização de competências para a adaptabilidade às situações de imprevisibilidade que estes processos frequentemente acarretam.

Apesar do período limitado de estágio no GCCT, posso afirmar que se constituiu como um período estruturante neste meu percurso de aquisição de competências especializadas de Enfermagem.

2.4 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Este estágio foi desenvolvido numa UCI de Cirurgia, na região de Lisboa, que integra o serviço de cardiotorácica com interligação com o BO e Serviço de Internamento, distribuídos por um único piso. A sua elevada diferenciação técnica garante a prestação de cuidados de qualidade a doentes do foro cirúrgico na valência cardíaca e torácica adulto e pediátrica, sendo centro de referência para: doentes submetidos a ECMO, ou com patologias cardíacas congénitas, hipertensão pulmonar em adultos e pediatria, tratamento no tromboembolismo pulmonar, transplante pulmonar e transplante cardíaco adulto e pediátrico. Esta especificidade faz com que a admissão de doentes vá para além da área de referência.

A UCI divide-se em dois setores: internamento de adultos com capacidade de 9 camas inseridas numa estrutura aberta, isto é, as unidades individuais encontram-se num amplo espaço e internamento de pediatria com lotação para 3 camas. Dispõe também de 3 quartos de isolamento. Tem como áreas de apoio: sala de enfermagem, armazém de material de consumo clínico, copa, casa de banho específica para os doentes transplantados e um quarto para os pais de crianças internadas. A equipa de enfermagem é constituída por 70 elementos, estruturada de acordo com as funções desempenhadas, 2 na área de gestão e os

restantes distribuídos por 5 equipas. Em cada equipa há um chefe de equipa responsável pela distribuição dos enfermeiros de acordo com o nível de complexidade e diferenciação dos cuidados prestados. Conta também com um médico em permanência 24h. A UCI é constituída por uma equipa de profissionais altamente diferenciados e motivados no cumprimento da sua missão. O método de trabalho utilizado na prestação de cuidados de enfermagem é o método individual, onde cada enfermeiro fica responsável pelos cuidados prestados aos doentes que lhe são atribuídos no início do turno, favorecendo na relação enfermeiro/doente/família.

As UCI são locais dotados de recursos humanos e tecnológicos especializados que permitem uma assistência diferenciada à pessoa em situação crítica com o objetivo de prevenir, detetar complicações e reverter falências e complicações decorrentes (DGS, 2003). Os cuidados são assentes em procedimentos de monitorização, vigilância, avaliação, diagnóstico e tratamento aos doentes com disfunção de órgão(s) potencialmente reversível com patologias médicas ou cirúrgicas (Administração Central do Sistema de Saúde & Unidade de Instalações e Equipamentos, 2013)

Ao longo da história foram vários os acontecimentos que conduziram ao desenvolvimento da medicina moderna e na necessidade da criação da UCI. O conceito surge com Florence Nightingale no decorrer da Guerra da Crimeia, sendo ela a pioneira na estratificação dos doentes, atribuindo prioridades nos cuidados e criando um espaço onde juntava todos os soldados sujeitos a intervenção cirúrgica, como uma unidade pós-anestésica, garantindo uma observação e cuidados contínuos (Carrillo, 2011). Em Portugal a primeira UCI surge no século XX, na década de 50 e assim advêm as primeiras preocupações com a medicina intensiva e o seu desenvolvimento (Paiva et al, 2016).

A duração do estágio foi de 140 horas de contacto que decorreu de 12 novembro a 16 de dezembro de 2022. Teve como guia orientador o projeto de aprendizagem com os seguintes objetivos específicos: desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de cuidados intensivos de cirurgia cardiorácica e desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a transplante pulmonar e sua família.

Ao longo do meu percurso vivenciei um ambiente acolhedor por parte de toda a equipa multidisciplinar o que facilitou quer a minha integração no serviço quer a minha

aprendizagem. Um fator facilitador foi a minha atividade profissional ser exercida na mesma instituição e no BO com especialidade cardiotorácica integrado no serviço da UCI. No entanto de forma a atingir os objetivos a que me propôs foi fundamental conhecer e integrar-me na dinâmica organizacional e funcional do serviço. Estar familiarizada com os principais diagnósticos clínicos e intervenções cirúrgicas subjacentes, bem como conhecer o material comum e alguns dispositivos tecnológicos de assistência, não suprimiu a necessidade de consultar protocolos e procedimentos instituídos bem como procurar evidência científica através da pesquisa bibliográfica, mas facilitou a minha adaptação e permitiu ter mais tempo para me focar na gestão dos cuidados ao doente e sua família.

As unidades abertas têm a vantagem de os enfermeiros conseguirem permanentemente observar os doentes, existindo um menor isolamento, uma melhor vigilância, sendo esta estrutura importante para a economia de espaço e maior rentabilidade dos cuidados de enfermagem, contudo apresenta algumas desvantagens tais como risco aumentado de contaminação cruzada, e aumento do stress dos doentes relacionado com o ruído, privacidade, e com a prestação de cuidados a outros doentes. (Valentin & Ferdinande, 2011)

Com o objetivo de desenvolver competências relativamente à gestão de cuidados, recursos humanos e materiais, acompanhei e colaborei com enfermeiro de apoio na gestão do serviço e apreendi a responsabilidade da sua função na gestão eficiente de medicamentos, matérias, equipamentos e recursos humanos para a promoção da qualidade dos cuidados prestados. Sendo esta uma unidade cirúrgica, a gestão de camas é fulcral para a eficiência de todo o serviço de forma a evitar alterações dos programas operatórios. Os recursos humanos são mobilizados tendo em conta o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem e respeita a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2014), relativamente à dotação de pessoal para as UCI, que para além de considerar o número de horas de cuidados por doente e por dia considera as competências profissionais, a arquitetura do serviço, a formação e a investigação a realizar. É de salientar o rigor do cumprimento das dotações seguras dado melhorarem diretamente o agir profissional baseado numa prática profissional de excelência (International Council of Nurses, 2006). Afetam positivamente a prestação de cuidados de qualidade fundamental para a segurança do doente, a redução de stress profissional com melhoria da satisfação dos mesmos e promove o desenvolvimento de competências elevando o reconhecimento da profissão (Crisp & Iro, 2018). Este

acompanhamento e reflexão possibilitou o desenvolvimento de competências de gestão, em que o principal objetivo prende-se com a otimização de recursos e processos na prestação de cuidados de forma a atingir uma melhoria dos *outcomes* dos doentes (OE, 2018).

Tive a oportunidade de analisar o funcionamento dos ventiladores, diferentes dos que eu conheço e aprofundar conhecimentos, apreendendo os modos ventilatórios mais utilizados na UCI. Colaborei na avaliação de possível desmame e extubação de doentes, assim como nos cuidados na prevenção da pneumonia associada à intubação preconizados no Feixe de Intervenção emanados pela DGS (Norma 021/2015 atualizada 2017). Uma das situações vivenciadas foi o cuidar do Senhor M. que apresentava uma avaliação clínica com estabilidade hemodinâmica e ventilatória favoráveis para a extubação. É tomada a decisão de interromper a sedação gradualmente tendo o doente começado a ficar bastante agitado. É nesta fase, com o apoio da Enfermeira Orientadora, que fui previamente explicando o que estava a acontecer, quais as etapas seguintes e como poderia colaborar de forma a minimizar a vivência de uma má experiência e aumentar o sucesso do próprio desmame. O facto do existir uma barreira à comunicação – entubação endotraqueal – instigou a reflexão e o desenvolvimento de estratégias facilitadoras da comunicação (OE, 2018). Exemplo disso é a comunicação alternativa e aumentativa muito subsidiária a estas situações sendo exemplo os gestos ou movimentos da cabeça, a utilização da mímica facial ou a leitura dos lábios, a comunicação escrita ou respondendo a questões simples e diretas tipo sim/não (Grossbach et al., 2011). O Senhor M. manteve-se tranquilo, seguindo as nossas orientações e foi extubado sem intercorrências, verbalizando no final do turno um sincero agradecimento pela forma como foi cuidado.

Chamo também a texto o caso do Senhor J. que deu entrada na UCI com o diagnóstico de EAM e foi submetido a uma cirurgia de revascularização do miocárdio, uma situação urgente que ocorreu durante a noite. A esposa apareceu na manhã seguinte para visitar o marido e sendo uma primeira visita eu, acompanhada pela Enfermeira Orientadora, fomos ao seu encontro à sala de espera com o propósito de estabelecer uma relação terapêutica. Segundo Cabete et al (2019), a primeira visita é marcante e a família vivencia muitos sentimentos e tem muitas dúvidas. O haver alguém disponível para esclarecimentos e dar informações ganha extrema importância, nesta circunstância de ter um familiar em situação crítica, num ambiente altamente tecnológico próprio de uma UCI. Um exemplo de um fator desencadeador de stress são os diferentes alarmes sonoros presentes neste contexto

(Rodríguez, Velandia, Leiva, 2016). Assim, é importante explicar o porquê de os mesmos existirem e tranquilizá-los porque estará sempre algum profissional por perto para verificar o que se passa. A esposa também manifestou um sentimento de culpa porque o marido tinha faltado a uma consulta na véspera do internamento, tendo aqui procurado minimizar essa responsabilidade. Quando a esposa chegou junto do Senhor J. foi gratificante observar o seu comportamento sereno. Esta situação favoreceu o meu entendimento que, tal como referido por Cabete et al (2019) numa relação terapêutica, a comunicação, vista como um processo complexo de partilha de informação, emoções e atitudes, é um mecanismo na abordagem clínica e assume uma função essencial na assistência à família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença (OE, 2018).

Durante o ciclo vital as pessoas experimentam processos de transição decorrentes de mudança na condição de saúde, nas relações, expectativas, habilidades conduzindo à incorporação de mudanças no modo de viver, com reorientação e redefinição do modo de ser e estar de quem vive a transição (Click e Meleis, 1986). A hospitalização causa uma interrupção no contexto habitual da vida da pessoa e sua família sendo percebida como uma situação stressante, assustadora e ameaçadora da integridade física e mental (Ribeiro, 2011), considerado um acontecimento crítico, transaccional, que se intensifica quando se acrescenta uma intervenção cirúrgica com internamento numa UCI, quer para o doente face a incerteza no futuro, quer para a família dado o ambiente extremamente tecnológico que a envolve (Meyer et al, 1996).

Segundo Meleis (et al, 2000) os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e sua família que estão a passar por processos de transição, assistindo às mudanças e exigências que as transições provocam nas suas vidas, ajudando-as na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências.

Neste estágio tive a possibilidade de acompanhar outra fase do percurso da pessoa transplantada. Depois de realizar um estágio na GCCT, conhecer o contexto no intraoperatório, aqui tive a oportunidade de desenvolver competências especializadas à pessoa submetida a transplante pulmonar e sua família considerando as especificidades desta situação na sua vulnerabilidade física, social e psicológica acrescida. Adicionalmente a um pós-operatório complexo está implícito a submissão a medicação imunossupressora ao longo da vida. De acordo com Hoffman et al. (2006) os principais problemas são a rejeição do órgão, o risco de infeção e as complicações físicas e psicológicas. A imunossupressão, se por um lado evita a rejeição, por outro possibilita o risco de infeção.

Os enfermeiros devem dar primazia na prevenção da infecção, maximizar a função do órgão, promover a independência funcional e envolver a família na função de suporte físico e emocional (Doenges et al. 2014).

Ainda nas UCI, pela permanência habitualmente mais prolongada dada à complexidade e por necessitar de unidade de isolamento, tive a oportunidade de estar com a Senhora C. transplantada, no 7º dia de pós-operatório de um transplante pulmonar, com evolução positiva, e trabalhar na sua capacitação e da sua filha para o autocuidado, a gestão do regime terapêutico e adoção de estilos de vida saudáveis. Neste contexto, tive a função de educar a pessoa/família: na preparação das tomas medicamentosas salientando que o não cumprimento do regime imunossupressor pode comprometer rapidamente a viabilidade do enxerto, com risco de perda do mesmo (Coster, Watkins, & Norman, 2018); expliquei os benefícios da adoção de hábitos de vida saudáveis, como o não consumir tabaco e álcool; disponibilizei o manual de orientação para doentes submetidos a transplante cardíaco e pulmonar, com orientações a tomar no dia a dia, a forma de poder evitar comportamentos à sua saúde e prontifique-me para o esclarecimento das suas dúvidas e na adoção de estratégias para gerir emoções. Os enfermeiros, através da educação, desempenham uma função essencial na promoção da qualidade de vida das populações vulneráveis (Coster et al., 2018).

Todas as experiências vivenciadas e acima descritas foram oportunidades de aprendizagem que tentei maximizar, bastante enriquecedores que conduziram a vários momentos de reflexão nomeadamente sobre o desafio dos enfermeiros que através das suas intervenções visam incrementar a capacitação e também sobre a responsabilidade da pessoa/família dado terem que ser sensibilizadas para reconhecer e prevenir eventuais complicações associadas ao transplante e de manter saudável o seu novo órgão.

Os focos das intervenções de enfermagem passam pela educação e partilha de informação no sentido de capacitar a pessoa para vivenciar uma transição saudável e obter o melhor bem-estar possível com ganhos em qualidade de vida.

Ao longo da minha permanência na UCI assegurei, durante a minha prestação de cuidados, o respeito pelo cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção e a promoção junto dos restantes profissionais, subjacente a evidência científica bem como as normas emanadas pela DGS e os procedimentos multissetoriais aplicáveis existentes no centro hospitalar. Para além da implementação do Feixe de Intervenções já mencionado, constatei

o cumprimento do Feixe de Intervenções associado ao Cateter Venoso Central, ao Cateter Vesical e aos cuidados relacionados com os dispositivos intravasculares nomeadamente no Cateter Venoso Periférico. O registo do cumprimento das medidas exigidas para a sua colocação, bem como a causa da necessidade, data da colocação e registo dos cuidados diários a ter com este dispositivo, permitem uma monitorização da atividade na prevenção da infeção, assim como a criação de indicadores de qualidade que incorporei nas intervenções e registos na minha prática em contexto clínico, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OE, 2018). Destaco ainda a implementação no serviço do Feixe de Intervenções da Prevenção da ILC (DGS, 2022) a qual promovi, em momentos informais, o pensamento reflexivo e adesão dos profissionais de enfermagem à mesma, com o registo em folha próprio, a ser preenchido ao longo de todo o percurso perioperatório. Conhecer a origem, fundamentação, problematização e contextualização atual da intervenção de enfermagem: o banho pré-operatório como medida de prevenção da ILC foi o objetivo da RSL de texto e opinião desenvolvida ao longo do curso atendendo as competências necessárias para obtenção de Grau de Mestre (Decreto – Lei nº74/2006) cujos resultados foram partilhados com a equipa.

Os registos de enfermagem são realizados em impresso próprio instituído no serviço e complementado com aplicação informática SClínico. Nesta plataforma os registos têm como base o processo de enfermagem, uma vez que os planos de cuidados são elaborados segundo a classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), promovendo a utilização de uma metodologia científica na sua elaboração e o recurso a uma linguagem própria e padronizada de enfermagem (Figueira et al., 2018). Os registos, são uma forma de garantir a qualidade e continuidade dos cuidados prestados (Leal, 2006), documentam e dão visibilidade aos cuidados prestados. O registo da evolução diária permitiu a sua constante atualização, concluindo ou planeando novas intervenções, em função da avaliação efetuada. Simultaneamente, contribuiu para o desenvolvimento de competências nos domínios da gestão de cuidados e melhoria contínua da qualidade, preconizados nas competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019).

No processo de desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, participei no 1º Workshop dos elos dinamizadores da UL-PPCIRA do Centro Hospitalar com o tema “No percurso da melhoria na prevenção de IACS.” (Anexo 4) As temáticas abordadas foram diversas, proporcionando aprendizagens significativas nesta área do conhecimento úteis ao desenvolvimento do estágio e que irei mobilizar para a

minha prática contribuindo para a melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados. Também participei numa formação em serviço com a temática “Pacemakers no pós-operatório de cirurgia cardíaca” (Anexo 5).

Ao finalizar este o estágio de UCI vou com a certeza que vivenciei e compreender a complexidade da manutenção do doente critico.

CONCLUSÃO

O presente relatório intenda descrever o percurso de crescimento pessoal e profissional que teve início na minha atividade como enfermeira, complementado/integrando com a formação teórica e a prática clínica através dos estágios.

O curso de Mestrado foi encarado como um desafio associado ao desejo e motivação de o realizar e à necessidade sentida de adquirir e desenvolver competências especializadas de Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em situação crítica.

O relatório tem como objetivo a descrição e análise crítica e reflexiva sobre as atividades desenvolvidas e os ganhos obtidos em termos de aprendizagens que muito contribuirão de forma positiva para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Os conhecimentos recebidos na fase teórica do curso foram os alicerces que possibilitaram desenvolver capacidades de identificação de uma problemática, planear intervenções, executar atividades com base numa investigação assente em evidência científica e com o objetivo de desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica e sua família no contexto SU, GCCT e UCI.

As definições dos objetivos de estágio e a realização da investigação que envolveu a temática relacionada com as intervenções de enfermagem: o banho pré-operatório centrado numa visão histórica e documental, estabelecem a concordância com o preconizado pelos descritores de Dublin para aquisição de competências para o 2º ciclo de estudos, as competências de Mestre e com as competências comuns e específicas definidas pela OE para a área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

No que concerne à escolha dos locais de estágio revelou-se bastante otimizada pela partilha de conhecimentos e habilidades das equipas que me acolheram, pelas várias oportunidades e momentos de aprendizagem proporcionadas, e que apesar de serem

serviços com características distintas houve um encadeamento e complementaridade evidentes, ideais para conseguir alcançar o propósito, de atingir os objetivos delineados.

O estágio no SU pelas suas particularidades é um serviço desafiante para os profissionais, de constante incerteza, com grande afluxo de pessoas em situação crítica, exigindo uma intervenção rápida onde, entre coisas, desenvolvi a capacidade de avaliação e tomada de decisão, a competência e o promover a reflexão na equipa de enfermagem relativamente ao planear e operacionalizar o transporte intraoperatório da pessoa em situação crítica.

Já a passagem pelo GCCT permitiu vivenciar e compreender a complexidade da gestão de enfermagem na área da coordenação e transplantação. Sublinho aqui os subsídios dados à minha formação tais como a colaboração na gestão da avaliação do potencial dador, ou o poder interiorizar a dimensão ética e legal dos cuidados incluindo os prestados às famílias dos dadores com especial relevância nos dadores de outras nacionalidades.

No último estágio na UCI destaco o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa submetida a transplante pulmonar e sua família, capacitando-me para um melhor cuidado à pessoa candidata a transplante e transplantada no seu percurso incluindo o intraoperatório. Em todos os campos de estágio houve a mobilização de conhecimentos teóricos e competências e habilidades técnicas e relacionais com desenvolvimento da visão holística e humanizada dos cuidados centrados na pessoa.

O desenvolvimento de competências na área da investigação facilitou a pesquisa e a realização de uma Revisão de Literatura de texto e opinião, apresentando o protocolo na forma de Poster (Apêndice I) no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem: “Enfermagem Especializada: Uma voz para o Humanismo” (Anexo 4), da Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa. Teve como objetivo dar resposta à questão: Qual a origem, fundamentação, problematização e contextualização atual da intervenção de enfermagem: o banho pré-operatório como medida de prevenção da ILC. A elaboração deste trabalho de investigação contribuiu para a sistematização do conhecimento e criação de um pensamento reflexivo, contribuindo para o desenvolvimento profissional promovendo a prática de cuidados seguros e de qualidade. Dada a relevância e pertinência que assume

este trabalho a divulgação dos resultados obtidos em eventos científicos, em publicação ou como formação inter pares, faz parte de projetos futuros.

A elaboração deste relatório proporcionou uma reflexão sobre a prática levando a conscientizar-me das competências que adquiri não só a nível profissional como pessoal onde dou relevância às aprendizagens que se constituem atualmente impulsionadoras de uma maior responsabilização na sensibilização de todos os profissionais de saúde para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, estes indissociáveis a cuidados seguros e de uma prática baseada na evidência científica, tanto à pessoa em situação crítica como à sua família.

Termino esta etapa com um sentimento de conquista e com a certeza que foi uma oportunidade única e excelente de formação não só ao nível profissional, mas também a nível pessoal, concedendo a consolidação de saberes, que na minha perspetiva irão contribuir para que a minha prática seja sustentada em conhecimentos sólidos, baseados em evidência científica, mais pensada e espelhada nas boas práticas. Deu-me suporte para o meu desempenho como elo da UL-PPCIRA, como coordenadora de transplante cardíaco e pulmonar, como colaboradora na gestão do serviço e como elemento de referência do meu serviço.

É o findar de um percurso com o início e desafio de outro, o ser mestre em enfermagem com a especialidade em enfermagem Médico-cirúrgica pessoa em situação crítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde, & Unidade de Instalações e Equipamentos. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. Lisboa: UIE/ACSS (Eds)
DOI: 10.1007/BF00822731

Administração Central do Sistema de Saúde (2019). *Recomendações técnicas para a sala de Emergência*. RT14. Ministério da Saúde.
https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf

AESOP. (2006). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta

Agência Nacional para a Qualificação, e o Ensino Profissional & Direção-Geral do Ensino Superior. (2013). Relatório de referenciação do quadro nacional de qualificações ao quadro europeu de qualificações.
https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf

American Psychological Association (2020). *Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas*. Universidade de Aveiro. 7ª Edição

Aromataris, E. & Munn, Z. (2020). Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In: Aromatis E & Munn Z (Eds), *JBI Manual for Evidence Synthesis*.
DOI: 10.46658/JBIMES-20-01

Alligood, M. R. (2013). *Nursing Theory Utilization & Application*. (5ª edição) Elsevier.

Ashenburg's, K. (2007). *The Dirt on Clean: An Unsanitized History*. Knopf Canada

Asid, J. M. & Renegar, C. (2003). Bathing as a wellness experience. Bathing area design features enhance independence and feelings of well-being; *Nursing Homes Long Term Care Management*, 52, (10), 108-111.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora

Berrios-Torres, et al., Center Disease of Control and Prevention (2017). *Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection*. JAMA Surgery. Special Communication.

Bushak, L. (2015). *A Brief History Of Bathing: The Importance Of Hygiene, From Ancient Rome's Sophisticated Showers To The Modern Day*. Medical Daily.
<https://www.medicaldaily.com/brief-history-bathing-importance-hygiene-ancient-romes-sophisticated-showers-modern-364826>

Cabete, D., Fonte, C., Matos, M., Patrícia, H., Silva, A., & Silva, V. (2019). Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (20), 129-138.
DOI: 10.12707/RIV18062

Carrilo-Esper, R. (2011) – *La educación en la unidad de cuidados intensivos*. *Cirugía y Cirujanos* 79 (1), 92-99.

Centers for Disease Control and Prevention. (1999). Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 20(04), 247–280.
Doi:10.1086/501620

Centers for Disease Control and Prevention. (1982). Guideline for Prevention of Surgical Wound Infections. *Infection Control*, 3 (2), 187-196.
<http://www.jstor.org/stable/30145616>

Click, N & Meleis, A (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. Nursing Research Methodology, 237-256.

Comeau, O. Y., Armendariz-Batiste, J., & Woodby, S. A. (2015). Safety first! Using a checklist for intrafacility transport of adult intensive care patients. *Critical care nurse*, 35(5), 16- 25.

DOI: 10.4037/ccn2015991

Conselho Internacional de Enfermeiros (2008). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®* «Guidelines for ICNP® Catalogue Development». Ordem dos enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf

Considine, J., Street, M., Bucknall, T., Rawson, H., Hutchison, A. F., Dunning, T., & Hutchinson, A. M. (2019). Characteristics and outcomes of emergency interhospital transfers from subacute to acute care for clinical deterioration. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(2), 117-124.

DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.12.008

Coster, S., Watkins, M., & Norman, I. J. (2018). What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally? An overview of research evidence. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 76–83.

DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.10.009

Crisp, N., & Iro, E. (2018). Nursing Now campaign: raising the status of nurses. *The Lancet*, 391(10124), 920–921.

Doi:10.1016/s0140-6736(18)30494-x

Decreto-Lei n.º 161/1996. Ministério da Saúde. (1996) Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04,

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

Decreto-Lei n.º 65/2018. Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior (2018). Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior. Diário Da República, Série I. N.º 157 de 16/08/2018.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Despacho n.º 18459/2006. Ministério da Saúde (2006). Diário da República Série II n.º 176/2006 de 2006-09-12.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/18459-2006-1518280>

Despacho n.º 14341/2013. Ministério da Saúde (2013). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Diário da República. Série II n.º 215/2013 de 2013-11-06.

<https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/despacho/14341-2013-3313599>

Despacho n.º 13427/2015. Ministério da Saúde (2015). Diário da República. Série II n.º 228/2015 de 2015/11/20.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13427-2015-71066231>

Despacho nº 9390/2021. Ministério da Saúde (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026.; Diário da República, Série II de 2021-09-24.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Dewey J., (2004). *Democracy and education*. New York (NY): Free Press (Reprint).

Direcção-Geral do Ensino Superior (2008). Descritores Dublin.

https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-ees_0.pdf

Direção Geral da Saúde (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Ministério da Saúde.

<https://docplayer.com.br/1306756-cuidados-intensivos-direccao-geral-saude-direccao-de-servicoa-de-planeamento.html>

Direção Geral da Saúde. (2010). Orientação nº 007/2010. Guia de geral para a elaboração de um plano de emergência das unidades de saúde.

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>

Direção-Geral de Saúde (2012). Norma nº 029/2012 - *Precauções Básicas do Controlo de infeção*. Ministério da Saúde.

<https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeccoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma nº 024/2013 de 23/12/2013- Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico*. Ministério da Saúde.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2013/12/23/prevencao-da-infecao-do-local-cirurgico/>.

Direção-Geral de Saúde (2013). *Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos*. Ministério da Saúde.

<https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/12/Norma-Vigilancia-Epidemiologica-das-Resistencias-aos-Antimicrobianos-21-02-2013.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Ministério da Saúde.

https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma 001/2017 de 08/02/2017- *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Ministério da Saúde.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. Ministério da Saúde.

<https://www.anci.pt/relatorio-ppciradgs-2018>

Direção Geral da Saúde. (2019) Norma 007/2019 de 16/10/2019 – *Higiene das mãos nas Unidades de Saúde*. Ministério da Saúde.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2022). Norma 021/2022 de 16/12/2015 actualizada a 17/11/2022 – “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Ministério da Saúde.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2022/11/22/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>

Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma nº 020/2015 de 15/12/2015 - “*Feixe de Intervenções*” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Ministério da Saúde.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2022/11/22/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Relatório do inquérito de prevalência de ponto em hospitais de agudos em Portugal 2017*. Ministério da Saúde.

<https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/relatorios/relatorio-do-inquerito-de-prevalencia-de-ponto-em-hospitais-de-agudos-em-portugal-2017-2022-pdf.aspx>

Doenges, M., Moorhouse, M., & Murr, A. (2014). *Nursing care plans: guidelines for individualized client care across the life span* (9th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Edmiston Jr., Charles E., Lee, Cheong J., Krepel, Candace J., Spencer, M., Leaper, D., Brown, K.R., Lewis, B.D., Rossi, P.J., Malinowski, M.J., Seabrook, G.R. (2015). Evidence for a Standardized Preadmission Showering Regimen to Achieve Maximal Antiseptic Skin Surface Concentrations of Chlorhexidine Gluconate, 4%, in Surgical Patients. *JAMA Surgery*, 150 (11), 1027.

DOI: 10.1001/jamasurg.2015.2210.

Edmiston, C.E., Krepel, C.J., Seabrook, G.R., Lewis, B.D., Brown, K.R., & Towne, J.B. (2008). Preoperative Shower Revisited: Can High Topical Antiseptic Levels Be

Achieved on the Skin Surface Before Surgical Admission? *Journal of the American College of Surgeons*, 207(2), 233-239.

Doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2007

Elkin, M. K., Perry A. G., Potter, P. A. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. (2ª Ed). Lusociência.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2019). *Healthcare-associated infections: surgical site infections. Annual epidemiological report for 2017*. Stockholm. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017-SSI.pdf

European Centre for Disease Prevention and Control. (2021). *Directory of online resources for prevention and control of antimicrobial resistance and healthcare-associated infections*.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/directory-online-resources-prevention-and-control-antimicrobial-resistance-amr>.

Figueira, M., Jacob, L., Spazapan, M., Chiquetto, L., Rolim, A., Duran, E., & Lopes, M. (2018). Reflexões sobre a utilização da CIPE na prática profissional: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 7(2), 134–154. DOI:10.18554/reas.v7i2.2369

Fonseca, E. F., Penaforte, M. H., Martins, M. M. (2012). Caminhos para o Conhecimento sobre o Banho: um aspeto relevante nos cuidados de enfermagem. *Revista de Divulgação Científica – AICA*, 4: 6-14.

<https://www.calameo.com/read/002167773b70df14c7724>

Fontana, R. T. (2006). As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5): 703-706.

DOI:10.1590/S0034-71672006000500021

George, J. B. (2002). *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice*. 5th Edition. California State University, Fullerton.

Gois, O. J. O. de, Santos, D. B. C. dos, Silva, J. de O. M., Severo, M. L. S., & Góis, R. M. O. de. (2017). Papéis de Liderança na Gestão do Cuidado: Desafios e Estratégias dos Enfermeiros Recém-formados, uma Revisão Integrativa. *International Nursing Congress*, 1(1), 1–4.

<https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/5544/2331>

Graling, Paula R.; Vasaly, Frances W. (2013). Effectiveness of 2% CHG Cloth Bathing for Reducing Surgical Site Infections. *AORN Journal*. 97(5): 547-551. (5p).

DOI: 10.1016/j.aorn.2013.02.009.

Grossbach, I., Stranberg, S., & Chlan, L. (2011). Promoting effective communication for patients receiving mechanical ventilation. *Critical Care Nurse*, 31(3), 46–60.

DOI:10.4037/ccn2010728

Guzman-Pruneda, F.A., Husain, S.G., Jones, C.D., Beal, E.W., Porter, E., Grove, M., Schmidt, C.R. (2018). Compliance with preoperative care measures reduces surgical site infection after colorectal operation. *Journal of Surgical Oncology*. 119 (4), 497-502.

DOI: 10.1002/jso.25346

Hand, M., Shove, E. & Southerton, D. (2005). Explaining Showering: A Discussion of the Material, Conventional, and Temporal Dimensions of Practice. *Sociological Research Online*. 10 (2).

Henderson, V. A. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Lusociência.

Hoffman, F., Nelson, B., Drangstveit, M., Flynn, B., Watercott, E., & Zirbes, J. (2006). Caring for transplant recipients in a nontransplant setting. *Critical Care Nurse*, 26(2), 53–73; quiz 74.

<https://bit.ly/2VHJqtQ>

International Council of Nurses (2006). Dotações Seguras, Salvam Vidas: Instrumentos de Informação e Acção. Genebra: ICN International Council of Nurses (Revisão Ordem dos Enfermeiros)

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf

Intensive Care Society (2019). *Guidance On: The Transfer Of the Critically Ill Adult*.1-40.

https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/transfer_critically_ill_adult_2019.pdf

Iboshi, B. (2021). "Session 2: Panel 2: Presenter 2 (Paper) - The History of Bathing: a Cross-Cultural Tradition". *Young Historians Conference*. 18

Jakobsson, J.; Perlkvist, A.; Wann-Hansson, C. (2011). Searching for Evidence Regarding Using Preoperative Disinfection Showers to Prevent Surgical Site Infections: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* – 8 (3), 143-152.

DOI:10.1111/j.17416787.2010. 00201

Joint Quality Initiative. (2004). Dublin descriptors for the Bachelor's, Master's and Doctoral Awards, (October), 1–5.

<https://bit.ly/2E06YA5>

King's College London: Exhibitions & conferences: From Microbes to Matrons. <https://kingscollections.org/exhibitions/archives/from-microbes-to-matrons/>

Kreuz, G., & Netto, J. (2011). *Múltiplos olhares sobre a morte e luto: Aspectos teóricos e práticos*. Editora CVR.

Leal, Teresa (2006). A CIPE e a visibilidade em Enfermagem: Mitos e Realidades. Lusociência.

Lei n.º 12/1993. Assembleia da República (1993). Diário da república. Série I-A n.º 94/1993 de 1993-04-22.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/12-692651>

Lei n.º 36/2013. Assembleia da República (2013). Diário da República. Serie I n.º 112/2013 de 2013-06-12,

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/36-2013-496738>

Mangram, F. A., Horan, T. C., Pearson, M. L., Silver, L. C., & Jarvis, W.R. & The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. (1999). Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 20(04), 247-280.
DOI: 10.1086/501620

Matsen, F. A., Whitson, A. J., & Hsu, J. E. (2020). While home chlorhexidine washes prior to shoulder surgery lower skin loads of most bacteria, they are not effective against Cutibacterium (Propionibacterium). *International Orthopaedics*, 44(3), 531-534.
DOI:10.1007/s00264-019-04477-w

Meleis, A.I; Sawyer, L.M; Im, Eun-Ok, D.K; Schumacher, k. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Avances in Nursing Science*, 23(1), 12-28

Melo, L. N., Freitas, V. L., & Pereira, E. (2020). Evaluation of critical transportation of patients: A systematic review *Avaliação do transporte crítico de pacientes: Uma revisão sistemática*. 637-647.
DOI:10.6018/eglobal.19.1.368101

Meyer, S. et al (1996). Postoperative care of the lung transplant recipient. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 8(3), 239-252

Moreno-Martínez, F.J., Gómez García, C.I., & Hernández-Susarte, A.M^a. (2016). Evolución histórica de la higiene corporal: desde la edad antigua a las sociedades modernas actuales. *Cultura de los Cuidados (Ed. digital)*, 20(46).
DOI:10.14198/cuid.2016.46.11

National Institute for Health and Care Excellence. (2008). *Surgical site infections: prevention and treatment*. NICE guideline.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng125>

National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Surgical site infections: prevention and treatment*. NICE guideline.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng125>

Nespoli, A., Geroulanos, S., Nardone, A., Coppola, S. & Nespoli, L. (2011). *The History of Surgical Infections*. *Surgical Infections*, 12 (1). Mary Ann Liebert, Inc publishers.

DOI:10.1089/sur.2010.106

Nightingale, F. (1989). *Notes on Nursing: What it is, and what it is not*. D. Appleton and Company (ed.)

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2019). *Meio caminho andado. Relatório Primavera 2018*.

<https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-Primavera-2018.pdf>

Portaria n.º357/2008. Ministério da Saúde (2008). Diário da República. Série I n.º 90/2008 de 2008-05-09.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/357-2008-249510>

Rabiais, Isabel et al. (2022). *Guia da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório – Mestrado em Enfermagem*.

Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, Série II N.º 135 – 16 de julho de 2018, pp. 19359–19370.

<https://www.ordemdosenfermeiros.pt/media/8732/medico.cirurgica.pdf>

Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República, Série II N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019, pp. 4744–4750.

<https://www.ordemdosenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 743/2019 – Regulamento a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República, Série II N.º 184 – 25 de setembro de 2019, pp. 128–155.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos (2008). Transporte de pacientes críticos: recomendações 2008. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf

Organização Mundial de Saúde (2009). *Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS. Cirurgia Segura Salva-Vidas*. Patient Safety

<https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf>

Padilha, M. I. C. & Mancia, J. R. (2005). Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Revista Brasileira Enfermagem*. 58(6):723-726.

DOI: 10.1590/S0034-71672005000600018

Paiva, J.A; Fernandes, A.; Granja, C.; Esteves, F.; Ribeiro, J.; Nóbrega, J.J.; Vaz, J.; Coutinho, P. (2016) – Rede de Referenciação de Medicina Intensiva [Em linha].

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39.

Rabiais, Isabel et al. (2022). *Guia da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório – Mestrado em Enfermagem*.

Ribeiro, Isilda Maria - Enfermagem, valores e aprendizagem. Em Centro de Estudos em Educação e Formação (CEEf), Universidade Lusófona do Porto/ Centro de Estudos e Intervenção em Educação e Formação (Ceief), ULHT.

Rodríguez, L.; Velandia, M.; Leiva, Z. (2016). Percepción de los familiares de pacientes

críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte*, 7 (2). 1297-1390

DOI: 10.15649/cuidarte.v7i2.330

Serviço Nacional de Saúde (2022). Plano de Actividades e Quadros de Avaliação e Responsabilização: Instituto Português do Sangue e Transplantação. Ministério da Saúde.

https://www.ipst.pt/files/IPST/INTRUMENTOS_GESTAO/Plano_Actividades/PlanoAtividadesQUAR_IPST_Aprovado2022.pdf

Silva, M. (2013). Controlo de infeção em Portugal: evolução e atualidade. *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 5, 2–8.

<https://bit.ly/2vOlSER>

Smith, P. W., Watkins, K. & Hewlett, A. (2012). Infection control through the ages. *American Journal of Infection Control* 40, 35-42.

DOI: 10.1016/j.ajic.2011.02.019

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos (2008). Transporte de pacientes críticos: recomendações 2008. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf

Valentin, A., & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575–1587.

DOI: 10.1007/s00134-011-2300-7

Vermeil T., Peters, A., Kilpatrick, C., Pires, D., Allegranzi, B. & Pittet, D. (2019) Hand hygiene in hospitals: anatomy of a revolution. *Journal of Hospital Infection* 101: 383-392.

DOI: 10.1016/j.jhin.2018.09.003

Vigarello, G. (1991). *Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la Edad Media*. Madrid: Alianza.

Vigarello, G. (1996). *O limpo e o sujo. Uma história da higiene corporal*. São Paulo: Martins Fontes.

Vigarello, G. (2001). *História das Práticas de Saúde: A saúde e a doença desde a Idade Média* (1º ed). Editorial Notícias.

Watson J. (2002). *Rumo a um Curriculum de Cuidar*. Uma nova pedagogia para Enfermagem. Lusociência

Webster J, Osborne S. (2015) Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection. Cochrane Database of Systematic Reviews.
DOI: 10.1002/14651858.CD004985.pub5.

Wolf, Z. R. (1993). The Bath: A Nursing Ritual. *Journal of Holistic Nursing*: 11(2) 135-148.
DOI: 10.1177/089801019301100203

Worboys, M. (2018). *The History of Surgical Wound Infection: Revolution or Evolution?* The Palgrave Handbook of the History of Surgery. T. Schlich (ed.). DOI:10.1057/978-1-349-95260-1_11

World Health Organization (2018) *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*. Geneve.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536404>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Poster – O banho pré-operatório centrado numa visão documental e histórica: Protocolo de uma revisão sistemática de evidência de texto e opinião



O banho pré-operatório centrado numa visão documental e histórica: Protocolo de uma revisão sistemática de evidência de texto e opinião

PROTOCOLO DE UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE EVIDÊNCIA DE TEXTO E OPINIÃO

¹ Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa; ² Escola Superior da Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa, Portugal

INTRODUÇÃO

A infeção do local cirúrgico (ILC) é considerada uma das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) mais frequentes. De forma a prevenir e reduzir a incidência da infeção do local cirúrgico, a Direção Geral de Saúde (DGS), através da Norma nº20/2015 de 15/12/2015, implementou o Feixe de Intervenção de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico, constituído por um conjunto de intervenções, entre elas o banho pré-operatório. O conceito de lavagem corporal pré-operatória foi introduzida há mais de 30 anos com o objetivo de reduzir a carga bacteriana da pele e consequentemente as infeções endógenas do local cirúrgico. Esta, como uma das intervenções vigentes no feixe, tem sido alvo de inúmeras alterações ao longo dos anos, constituindo uma desafiante questão de investigação.

OBJETIVO

Conhecer o percurso histórico e contemporâneo do banho pré-operatório na prevenção da infeção do local cirúrgico.

METODOLOGIA

A revisão sistemática de evidência de texto e opinião foi elaborada segundo as recomendações do Joanna Briggs Institute (2020) e a mnemónica PICo. Foram considerados todos os artigos ou documentos, incluindo os não publicados e literatura cinzenta, que fornecessem informação sobre o percurso histórico e contemporâneo do banho pré-operatório na prevenção ILC e de acordo com os critérios de inclusão definidos.

RESULTADOS

Os artigos identificados serão exportados para o software Rayyan Intelligent Systematic Review e removidos os duplicados. Serão selecionados por três revisores independentes em função dos critérios de inclusão, procedendo-se à leitura de título, resumo e texto integral, sistematizando-os em conjunto. Por fim será realizada avaliação da qualidade metodológica. Os resultados serão reportados na sua totalidade e apresentados num diagrama de fluxo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR). Os dados extraídos serão apresentados sob a forma de tabela produzida pelos autores em MS Excel, que incluirá informação sobre os autores, o título do artigo, o ano de publicação, fonte de publicação, o objetivo do estudo, participantes, métodos e resultados relevantes. Os dados serão apresentados visualmente sob forma de linha cronológica com os acontecimentos mais relevantes.

CONCLUSÃO

Sendo o banho pré-operatório essencial na redução da ILC, pretende-se que esta revisão seja demonstrativa da sua perspetiva histórica e contemporânea, de forma a sistematizar conhecimento e criar um pensamento reflexivo, contribuindo positivamente para o desenvolvimento da enfermagem, através de melhor investigação e aperfeiçoamento profissional, promovendo a prática de cuidados seguros e de qualidade.

REFERÊNCIAS

BASE DE DADOS PESQUISADO	LILACS, MEDLINE, Cochrane e EBSCOhost
EVIDÊNCIAS NÃO PUBLICADAS E LITERATURA CINZENTA INCLUIDAS	Google Académico, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, livros e revistas.
Documentos (artigos, normas e guidelines) em Português, Inglês e Espanhol, sem Irish temporal	
POPULAÇÃO	Utentes submetidos a procedimento cirúrgico eletivo
FENÓMENO DE INTERESSE	Aplicação do banho pré-operatório na prevenção da ILC.
CONTEXTO	A génese do controlo da infeção até à implementação do banho pré-operatório, visando situar historicamente a origem e evolução, principais fundamentos, com ênfase nos principais marcos históricos até à atualidade, <i>perspetivando</i> o futuro através das tendências passadas e atuais.
PALAVRAS DE PESQUISA	Descritores MeSH e DeCS: <i>Infection; Surgical wound; Bathing; Showering Preoperative e Surgical patients</i> Palavras Chaves: <i>History e Historic perspective</i> . Conjugadas com os operadores booleanos OR e AND

APÊNDICE II

Tabelas de síntese dos artigos

Evidências dos artigos selecionados vias outros métodos e pesquisa reversa

TÍTULO	AUTOR	ANO	RESULTADOS/CONCLUSÕES
Guideline for Prevention of Surgical Wound Infections	CDC	1982	O banho com antissépticos tem sido recomendado como medida de prevenção pré-operatória, pois reduz a colonização com patógenos típicos de feridas, como <i>Staphylococcus aureus</i> . Embora o banho seja fácil, seguro e barato, não foi comprovado que reduza as infecções. Se a cirurgia for eletiva, o doente deve tomar banho na noite anterior com uma solução antisséptica.
Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection	CDC	1999	O banho antisséptico pré-operatório diminui contagens de colônias microbianas da pele. Verificou-se que a clorhexidina reduz um maior número de colônias em relação à iodopovidona. Apesar da redução da carga microbiana, não está confirmado que a clorhexidina diminui a ILC.
Surgical site infections: prevention and treatment	NICE	2008	O banho pré-operatório deve ser efetuado no dia anterior ou no dia da cirurgia com sabão.
Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009	OMS	2009	Antes de preparar a pele de um doente para um procedimento cirúrgico, deve proceder-se à sua descontaminação major. Apesar de o banho pré-operatório não ter mostrado reduzir a incidência de infecção do local cirúrgico, reduz o número de bactérias e garante que a pele está limpa. Indicam como recomendado os doentes cirúrgicos tomarem duche pré-operatório com solução anti-séptica ..
Global guidelines for the prevention of surgical site infection	WHO	2018	É uma boa prática clínica para os doentes tomar banho antes da cirurgia. Sugere-se que o sabão comum ou sabão antimicrobiano pode ser utilizado para este fim. O painel decidiu não formular uma recomendação sobre o uso de toalhetes impregnados com CHG com o propósito de reduzir a infecção do local cirúrgico, devido à fraca evidência.
Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection	CDC	2017	Antes da cirurgia, os doentes devem tomar banho com sabão (antimicrobiano ou não antimicrobiano) ou um agente antisséptico pelo menos na noite anterior ao dia operatório. O uso de clorhexidina não está comprovada, relativamente à sua eficácia na prevenção da ILC.
Surgical site infections: prevention and treatment	NICE	2019	O banho pré-operatório deve ser efetuado no dia anterior ou no dia da cirurgia com sabão.

TÍTULO	AUTOR	ANO	RESULTADOS/CONCLUSÕES
Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico	DGS	2013	Promover o banho do doente com solução antisséptica, incluindo o couro cabeludo, na véspera da cirurgia, e no dia da cirurgia (com pelo menos duas horas de antecedência).
“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico	DGS	2015	Realizar o banho com clorexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência.
“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico- atualizada	DGS	2022	Realizar banho com clorexidina (CHD 2 a 4%), exceto quando existe contra-indicação, na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia (com pelo menos 2 horas de antecedência)

Evidências de documentos oficiais

TÍTULO	AUTOR	ANO	RESULTADOS/CONCLUSÕES
Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not	Nightingale, F.	1989	Reflexo do trabalho mais conhecido de Florence Nightingale (1820–1910), criadora e fundadora da enfermagem moderna, a compilação das suas notas que desempenharam um importante papel em várias áreas, desde a enfermagem, epidemiologia e medicina. Estas refletiam as crenças visionárias e essenciais ao movimento primário da prática da higiene convencional como uma prática de cura natural impregnada de saúde. Nightingale deixou um legado de ensinamentos que alicerçam a profissão, defendendo uma enfermagem que assumisse um papel fundamental na regulação da saúde com o combate insistente aos maus hábitos de higiene e à falta de limpeza dos espaços devendo ser modificados em prol de resultados mais saudáveis.
Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la Edad Media.	Vigarello, G.	1991	Vigarello repassa a história da higiene corporal desde a Idade Média até a tempos mais recentes, sendo esta o reflexo do processo civilizacional de cada época. Afirma que a história da limpeza corporal é também uma história social e nesse sentido, analisa cronologicamente as práticas de cada época enfatizando como as normas de limpeza e higiene se enunciam, se definem e se refletem na preservação do corpo e defesa da população.
O limpo e o sujo: Uma história da higiene corporal	Vigarello, G.	1996	
The Bath: A Nursing Ritual	Wolf, Z. R.	1993	Este artigo examina o banho como ritual de enfermagem, usando exemplos da literatura desde a década de 1880 até os dias atuais. Seleções de periódicos de enfermagem e outras literaturas são usadas para apoiar as conexões entre as práticas de enfermagem do passado e do presente em relação ao banho e cuidados de higiene. O banho está representado na essência da enfermagem e está enraizado nas crenças, na arte e na ciência da profissão. É um canal para muitas outras intervenções e áreas de atuação da enfermagem e, como tal, ocupa uma parte necessária do repertório e da identidade da enfermagem.
Explaining Showering: A Discussion of the Material, Conventional, and Temporal Dimensions of Practice	Hand, M., Shove, E. & Southerton, D.	2005	Exploração de algumas das dimensões e dinâmicas do banho como prática com crescente popularidade. As evidências documentais revelam que a mudança de posicionamento infraestrutural, tecnológico, retórico e moral do banho ao longo dos tempos pode ser explicada pelos benefícios percebidos pelas populações que se reproduziram na adesão, fixidez e a fluidez das rotinas de higiene comuns e padrões de consumo associados.
As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções.	Fontana, R. T.	2006	Descrição da evolução histórica das infecções e tratamentos de modo a traçar uma interface destas com o panorama moderno da epidemiologia e controle das infecções hospitalares. Analisam-se os principais contributos para a ciência, microbiologia e medicina dos tratamentos desenvolvidos onde se incluem desde mitos e crenças populares a dados científicos.
The Dirt on Clean: An Unsanitized History	Ashenburg, K.	2007	O livro aborda a história do banho desde a Grécia antiga até aos dias de hoje, sendo apresentada a versão de limpeza de cada cultura e época. Mais do que um hábito de higiene, o banho reflete a história e o desenvolvimento cultural de um povo e suas crenças, a história do banho traça a trajetória da civilização.
The History of Surgical Infections.	Nespoli, A., Geroulanos, S., Nardone, A., Coppola, S. & Nespoli, L.	2011	A prática da medicina é um processo de aprendizagem ao longo da vida, que se baseia necessariamente no conhecimento do passado. É abordado o importante tópico da história das infecções cirúrgicas ilustrando, através dos séculos, o desenvolvimento da cognição médica e a

			contribuição de grandes personalidades (por exemplo, médicos, cirurgiões e microbiologistas).
Infection control through the ages.	Smith, P. W., Watkins, K. & Hewlett, A.	2012	Para apreciar os avanços atuais no campo da epidemiologia da saúde, é importante entender a história do controle da infecção hospitalar. Os ambientes e práticas hospitalares para cada período de tempo são descritos, com particular ênfase nas condições e práticas, de modo a fornecer uma visão geral e representativa das infecções hospitalares ao longo dos séculos.
A Brief History Of Bathing: The Importance Of Hygiene, From Ancient Rome's Sophisticated Showers To The Modern Day.	Bushak, L.	2015, 11 de Dezembro	Imaginamos que, antes da era moderna, os humanos eram sujos e bárbaros, sem tomar banho durante dias, semanas e até meses. Mas a história nunca é tão simples, e muitas culturas antigas detinham os seus próprios rituais de banho - seja para fins higiênicos, religiosos, terapêuticos ou mesmo sociais. Embora ao longo da história não tivéssemos todas as evidências científicas mostrando a importância médica da higiene como temos hoje, a limpeza era frequentemente associada ao poder, espiritualidade e até beleza.
Corpo e água: os banhos públicos em Portugal na Idade Média.	Trindade, L.	2015	Este artigo procura sistematizar algumas questões: entre outros, a expressão material mas também a forma como o banho marcou as vivências quotidianas, generalizadamente aceite e praticado pelas suas qualidades terapêuticas ou, sob apertada vigilância e progressiva condenação, vivenciado como momento lúdico de marcada sociabilidade.
Evolución histórica de la higiene corporal: desde la edad antigua a las sociedades modernas actuales	Moreno-Martínez, F. J., García, C. I. G. & Hernández-Susarte, A. M.	2016	O objetivo geral da investigação é estudar a evolução da higiene corporal de forma holística a partir dos tempos antigos até ao presente, tendo esta mudado consideravelmente desde a Grécia e Roma antigas até à contemporaneidade com os avanços científicos e o movimento higienista. Atualmente, as sociedades atingem altos níveis de higiene pessoal e as pesquisas sugerem que estes podem ser contraproducentes para a saúde.
The History of Surgical Wound Infection: Revolution or Evolution?	Worboys, M.	2018	Os cirurgiões sempre temeram as infecções das feridas, sendo que estas eram a realidade antes da adoção de práticas assépticas em meados de 1860 e do advento dos antibióticos em meados de 1930. Na melhor das hipóteses, a infecção retardava a cicatrização da ferida e na pior, levava à morte espalhando-se localmente como gangrena e sistemicamente como septicemia. O trabalho de Joseph Lister, cirurgião que utilizava ácido carbólico para matar os germes que Louis Pasteur alegou causa da doença, foi um marco importante.
Hand hygiene in hospitals: anatomy of a revolution	Vermei, I. T., Peters, A., Kilpatrick, C., Pires, D., Allegranzi, B. & Pittet, D.	2019	Artigo que examina a evolução das ideias sobre higiene e higiene das mãos desde a antiguidade até os tempos modernos num fenómeno global. Analisa os principais marcos históricos e contribuições significativas. Observar a história antiga e moderna da higiene, permite contextualizar e analisar as práticas adotadas e medidas implementadas. Ao longo da história, os humanos muitas vezes tiveram uma higiene pessoal lamentável, com exceção das mãos. Nos tempos modernos, embora nossa cultura seja relativamente obcecada com a limpeza, a adesão à higiene das mãos permanece baixa.
"Session 2: Panel 2: Presenter 2 (Paper) The History of Bathing: a Cross-Cultural Tradition"	Iboshi, B.	2021	Embora a sociedade muitas vezes trate o banho como um assunto pessoal, esta é uma temática plural desde o começo da história humana. A forma como as práticas de banho se espalharam e evoluíram através de diferentes culturas ao longo do tempo mostra como estamos interconectados como espécie. Desde a antiguidade até à atualidade, as formas como as pessoas se banham foram influenciadas por outras culturas e, no futuro, as práticas de banho continuarão a mudar e evoluir através da interação intercultural.

Evidências de artigos de pesquisa na base de dados

TÍTULO	AUTOR	ANO	OBJETIVO/TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS/CONCLUSÕES
Preoperative chlorhexidine gluconate showers.	Edmiston CE, Krepel CJ, Seabrook GR, Lewis BD, Brown KR, Towne JB.	2008	Validar a concentração efetiva de CHG na superfície da pele, com aplicação de sabonete líquido 4% CHG e toalhetes impregnados com 2% CHG (nas zonas inguinais e abdominais) Estudo randomizado.	O Gluconato de clorexidina é um medicamento seguro e agente antisséptico eficaz para reduzir o risco de contaminação microbiana. Demonstra uma atividade persistente na superfície da pele por várias horas. O uso de toalhetes resulta em concentrações consideravelmente mais altas e sem lacunas na cobertura antisséptica. Com o sabão 4% foram observadas lacunas na cobertura mesmo após aplicação repetida. Os enfermeiros perioperatórios devem garantir informações explícitas e instruções claras sobre as áreas a lavar e o tempo de contacto do produto para a realização de um banho antisséptico pré-operatório.
Compliance with preoperative care measures reduces surgical site infection after colorectal operation.	Guzman-Pruneda, F. A., Husain, S. G., Jones, C. D., Beal, E. W., Porter, E., Grove, M., Moffatt-Bruce, S. & Schmidt, C. R.	2018	Validar a eficácia do cumprimento das múltiplas estratégias associadas à diminuição da ILC, nas cirurgias colorretais Estudo de coorte.	As medidas incluem: lavagem antisséptica na noite anterior e no dia da cirurgia com panos ou sabão com CHG, antibiótico oral, preparação intestinal mecânica, antibiótico profilático no pré-operatório, Chloraprep na preparação da pele e tricotomia (5 medidas). Estudo feito entre 2010 a 2016 demonstra que a adesão/cumprimento total das 5 medidas de cuidados pré-operatórios reduz a taxa de ILC. Nenhuma medida foi independentemente associada a uma menor taxa de infecção. Apenas a combinação da preparação intestinal mecânica e o antibiótico oral estão entre as intervenções com benefício validado para ILC.
Searching for Evidence Regarding Using Preoperative Disinfection Showers to Prevent Surgical Site Infections: A systematic review	Jakobsson, J.; Perlkvist, A.; Wann-Hansson, C	2011	Revisão das evidências para o banho pré-operatório com antissépticos na prevenção da ILC Revisão Sistemática da Literatura	Há necessidade de mais pesquisas sobre o número de banhos com desinfecção pré-operatória para obter o efeito ideal na prevenção da ILC. Os profissionais de saúde devem ter conhecimento para orientar os pacientes com informações e instruções claras sobre procedimentos do banho.

Effectiveness of 2% CHG Cloth Bathing for Reducing Surgical Site Infections.	Graling, P. R.; Vasaly, F. W.	2013	A eficácia no uso de panos 2%CHG, 3 horas antes da cirurgia, como preparação adjuvante na preparação pré-operatória, na cirurgia geral, vascular e ortopédica Estudo de coorte prospectivo.	No Hospital Inova Fairfax está protocolado banho pré-operatório na cirurgia cardíaca (2 vezes) com CHG 4% (sabão). Há uma redução geral da infecção no grupo que utilizou toalhetes com 2% CHG e sugerem um protocolo de enfermagem para esta intervenção com educação sobre aplicação aos pacientes. Está comprovado que CHG é eficaz contra fungos, bactérias gram-positivas e gram-negativas como Staphylococcus aureus, Enterococcus, Pseudomonas e outros patogênicos multirresistentes.
Evidence for a Standardized Preadmission Showering Regimen to Achieve Maximal Antiseptic Skin Surface Concentrations of Chlorhexidine Gluconate, 4%, in Surgical Patients.	Edmiston, C., Lee, C. J., Krepel, C. J., Spencer, M., Leaper, D., Brown, K. R., Lewis, B. D., Rossi, P. J., Malinowski, M. J. & Seabrook, G. R.	2015	Avaliar a eficácia do protocolo pré-operatório que otimiza as concentrações na superfície da pele de CHG e comparar com outros estudos Estudo prospectivo randomizado	Melhor eficácia com aumento da concentração de CHG e regime padronizado do banho pré-operatório. Processo padronizado: dose de 118ml de CHG 4% por banho; mínimo de 2 banhos sequenciais; pausa antes do enxaguamento de pelo menos 1 minuto. Estudos mostram que 2 banhos com CHG reduz 9x as colônias bacterianas enquanto a iodopovidona ou sabonete com triclocarbon reduz 1.3 a 1.9 vezes.
Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection	Webster, J. & Osborne, S.	2015	As evidências para o banho pré-operatório com antissépticos na prevenção da infecção nosocomial na ILC Revisão sistemática de literatura	O banho reduz a microflora da pele. Não é claro se a redução da microflora da pele leva a uma menor incidência da ILC. Não há evidência clara do benefício do banho pré-operatório com CHG ou outros produtos de lavagem para reduzir ILC.
While home chlorhexidine washes prior to shoulder surgery lower skin loads of most bacteria, they are not effective against Cutibacterium (Propionibacterium)	Matsen, F. A., Whitson, A. J. & Hsu, J. E.	2020	Determinar o grau da eficácia das lavagens com CHG pré-operatórias na eliminação das bactérias na superfície da pele, epiderme e derme após a incisão durante a artroplastia do ombro, nomeadamente da Cutibacterium principal responsável pelas infecções periprotéticas do ombro. Estudo randomizado controlado	Os banhos pré-operatórios com CHG 4% sabonete líquido não foram eficazes na redução da carga de Cutibacterium na pele dos pacientes, persiste. Embora tenham sido eficazes nas cargas de Staphylococcus e outras espécies de bactérias.

ANEXOS

ANEXO 1

Certificado de participação na ação de formação:” Prevenção e controlo de microrganismos epidemiologicamente importantes”



DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANA ISABEL MAIA AFONSO** frequentou a **Ação de Formação** "**Prevenção e controlo de microrganismos epidemiologicamente importantes**", realizada **no dia 11 de Outubro de 2022**, com a duração total de **2 horas**.

Lisboa, 12 de Dezembro de 2022

Área de Gestão da Formação

Catarina Seelro
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 14289/2022/CS

BLOCO OP CIR. CARDITORÁCICA/HSM

ANEXO 2

Certificado de participação no Encontro de Benchmarking do Colégio da Especialidade
de Enfermagem Médico-cirúrgica



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que:

ANA ISABEL MAIA AFONSO

membro nº **16573** desta Ordem, participou no(a) **"Encontro de Benchmarking do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica"**, realizado de **20 de Outubro de 2022 a 22 de Outubro de 2022**, com duração total de **9 Horas**, no(a) **Centro de Congressos do LNEC**.

Lisboa, 22 de Outubro de 2022

P¹ª Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹ Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 8,78 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Actividades Formativas.

² Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos

ANEXO 3

Certificado de participação na formação: “Programa de colheita de córneas em dador falecido em coração parado”



DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANA ISABEL MAIA AFONSO** frequentou a **Ação de Formação em Serviço** "Programa de colheita de córneas em dador falecido em coração parado" realizada pelo(a) **UNIDADE CÉREBRO-VASCULAR** no dia **20 de Outubro de 2022**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 14 de Fevereiro de 2023

Rel A Área de Gestão da Formação

Manuela Brioso
MANUELA BRIOSO
Área de Gestão da Formação
CHULC, EPE

Declaração FS N.º7622/2022/MC/MB

ANEXO 4

Certificado de participação no V Seminário Internacional do Mestrado de Enfermagem:
“Enfermagem Especializada: Uma voz para o Humanismo”

V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Ana Isabel Maia Afonso**, estudante n.º 192021046 esteve presente no **V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia 25 de novembro de 2022, Auditório 1, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.



A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP
Amélia Simões Figueiredo
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



Rua de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

PROGRAMA

9:00 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderação: Maria João Carmo

Ana Paesano "Direito à Esperança: Da Dimensão terapêutica da esperança à Humanização dos cuidados ao adolescente hospitalizado."
Rita Ferreira "Promoção da parentalidade: Um contributo para a humanização dos cuidados."
Isaura Correia "Recém-nascido com anomalias intestinais e família, como intervir para humanizar?"

10:00 – Sessão de Abertura

10:30 – INTERVALO

11:00 – Conferência: "A Influência do Nervosismo em Ambientes Hostis" - Prof. Doutor Yori Gidron

11:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderação: Ana Rita Rodrigues

Isabel Pica "A escuta e a unicidade no cuidado de enfermagem humanizado."
Rui Pina "Multiculturalidade: A dimensão do Cuidado Humanizado."
Liliana Pacheco Coelho "O acompanhamento ao visita alargado no contexto do doente crítico: Uma dimensão do cuidado humanizado."

12:30 – Almoço

14:00 – CONFERÊNCIA "Conceito de Humanismo na disciplina e profissão de Enfermagem" - Profª Doutora Cândida Carapal Pinho

14:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA DE SAÚDE PÚBLICA

Moderação: Liliana Martins Casimiro

Joana Costa "Bom comer para melhor crescer: intervenção de Enfermagem de Saúde Pública em contexto escolar."
Mónica dos Santos "Quem ama não agita": intervenções de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar."
Ana Martins "Literacia em saúde sobre primeiras ocorrências: Capacitar a comunidade sénior para agir."

15:45 – Apresentação de Posters

– ENCERRAMENTO

16:30 – MOMENTO MUSICAL



Rua de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

ANEXO 5

Certificado de Participação no 1º Workshop dos elos dinamizadores da UL-PPCIRA
com o tema: “No percurso da melhoria na prevenção de IACS”



DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANA ISABEL MAIA AFONSO** frequentou a **Ação de Formação "1 Workshop de Elos UL-PPCIRA do CHULC"**, realizada no dia **14 de Dezembro de 2022**, com a duração total de **6 horas**.

Lisboa, 5 de janeiro de 2023

A Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 15913/2022/CF

BLOCO OP CIR. CARDITORÁCICA/HSM

ANEXO 6

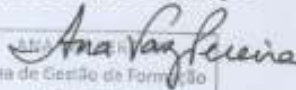
Certificado de participação na ação de formação: “Pacemaker no pós-operatório de cirurgia cardíaca”

DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANA ISABEL MAIA AFONSO** frequentou a **Ação de Formação em Serviço**
"Pacemakers no pós-operatório de Cirurgia Cardíaca" realizada pelo(a) **CIRURGIA**
CARDIOTORÁCICA no dia **12 de Dezembro de 2022**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 26 de Julho de 2023

A Área de Gestão da Formação


Área de Gestão de Formação
CHULC, EPE

Declaração FS N.º 9373/2022/MC/AVP