



Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio:

**CUIDAR DE QUEM CUIDA: GESTÃO EMOCIONAL NO
CUIDADO ESPECIALIZADO EM CONTEXTO DE CUIDADOS
CRÍTICOS**

*EMOTIONAL MANAGEMENT IN SPECIALIZED CARE IN THE CONTEXT OF
CRITICAL CARE*

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

Por

Marta Isabel Ferreira Morgado de Almeida

Lisboa, 2024



Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio:

**CUIDAR DE QUEM CUIDA: GESTÃO EMOCIONAL NO
CUIDADO ESPECIALIZADO EM CONTEXTO DE CUIDADOS
CRÍTICOS**

*EMOTIONAL MANAGEMENT IN SPECIALIZED CARE IN THE CONTEXT OF
CRITICAL CARE*

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por

Marta Isabel Ferreira Morgado de Almeida

Sob a orientação de Prof^a Doutora Rita Marques

Lisboa, 2024

*“As necessidades do espírito são tão críticas para a saúde como as dos órgãos que
constituem o corpo da pessoa”*

Florence Nightingale

Agradecimentos

À orientadora, Prof^a Dr^a Rita Marques pela compreensão, disponibilidade e esforço incansável com que sempre me acompanhou ao longo deste percurso académico, mostrando que “tudo se faz, vivendo um dia de cada vez”.

Aos meus filhotes, Simão e Clara, por me mostrarem o caminho para priorizar o mais importante no Mundo, e por compreenderem que “a mãe não é só mãe, mas que é nesse papel que se sente mais forte e realizada”.

Ao meu marido Fábio, pelo companheirismo de sempre, apoio, incentivo e não-julgamento, na procura da minha felicidade através de projetos além do nosso projeto “maior”.

À minha família, em particular aos meus pais, irmãos e amigos, na compreensão pelo tempo “roubado” durante esta etapa da minha vida.

Aos enfermeiros orientadores dos locais de estágio que me permitiram evoluir como enfermeira, voltando a ter esperança na profissão que escolhi como missão de vida.

A todos os elementos das equipas dos locais de estágio com que me cruzei, e que me “deixaram ver” que a Enfermagem é realmente servir os outros, dando muito de nós e do que somos aos que cuidamos.

Aos colegas da turma do 16º curso de Mestrado, pelo apoio e disponibilidade numa trajetória semelhante, comprovando que a enfermagem (ainda) é e pode ser uma profissão de união e cooperação.

À D^a Maria Perdigão pelo apoio, otimismo e ajuda no percurso de investigação desenvolvido no curso.

A todos, que de uma forma ou de outra, contribuíram para que eu chegasse ao fim desta caminhada.

Muito obrigada.

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Pretende descrever, analisar e fundamentar o processo de aprendizagem desenvolvido, de forma crítico-reflexiva, no sentido de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Este percurso envolveu a realização de um estágio em três contextos distintos – o primeiro na Direção nacional do programa de prevenção e controlo de infeções e resistência a antimicrobianos (PPCIRA), o segundo no Grupo de coordenador local do PPCIRA de um hospital privado e, por último o terceiro no Serviço de Urgência de um hospital público. Durante a prestação de cuidados nos contextos, foi possível integrar e consolidar conhecimentos, através da conjugação da minha formação inicial, experiência pessoal e profissional no caminho para a prática especializada em Enfermagem.

Como suporte de fundamentação ao tema escolhido foi realizada uma *scoping review*, com o intuito de mapear a evidência disponível sobre os benefícios das práticas de *Mindfulness* adotadas pelos profissionais de saúde que cuidam de pessoa em situação crítica.

Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de aplicar as suas competências e conhecimentos para cuidar de si próprios, tal como cuidam das pessoas.

A realização deste relatório serviu de relato de todas as atividades planeadas e implementadas durante a realização do estágio, no sentido de aprimorar a capacidade de produção de um discurso fundamentado, de acordo com as diferentes perspetivas de saúde-doença na área de especialização médico-cirúrgica.

Palavras-Chave: enfermagem especializada; infeções associadas aos cuidados de saúde; *mindfulness*; pessoa em situação crítica.

ABSTRACT

This report has been drawn up in the ambit of the Master's Degree in Nursing in Medical and Surgical nursing. It aims to describe, analyze and substantiate the learning process developed, in a critical-reflexive way, towards acquiring and developing common and specific skills of specialist nurses.

This path involved carrying out one internship in three different contexts – the first in the National Direction of the infection prevention and control and antimicrobial resistance program (PPCIRA), the second in the PPCIRA local coordinator group of a private hospital and finally, the third in the Emergency Department of a public hospital. During the provision of care in the contexts, it was possible to integrate and consolidate knowledge, through the combination of my initial training, personal and professional experience on the path to specialized nursing practice.

As support for the chosen theme, a scoping review was carried out, to map the available evidence on the benefits of mindfulness practices adopted by health professionals who care for people in critical situations.

Healthcare professionals have the responsibility to apply their skills and knowledge to care for themselves, just as they care for their patients.

This report summarizes all the activities planned and implemented during the internship, with the aim of improving the capacity to produce a reasoned speech, in accordance with the different perspectives of health-disease in the area of medical-surgical specialization.

Keywords: critically ill patient; healthcare associated infections; *mindfulness*; specialized nursing.

Lista de acrónimos, siglas e abreviaturas

DGS - Direção Geral da Saúde

EEEMC - Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI's - equipamentos de proteção individual

Fio2 - fração de oxigénio inspirado

GCL- grupo coordenador local do Programa de prevenção e controlo de infeções e resistência a antimicrobianos

IACS's - infeções associadas aos cuidados de saúde

OAFCN - oxigenoterapia de alto fluxo por cânula nasal

OE – Ordem dos Enfermeiros

PPCIRA – programa de prevenção e controlo de infeções e resistência a antimicrobianos

PSC - pessoa em situação crítica

PTM - Protocolo de Triagem de Manchester

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SU - Serviço de urgência

UC - unidade curricular

UCI's - unidades de cuidados intensivos

UCP - Universidade Católica Portuguesa

VE - vigilância epidemiológica

Índice

INTRODUÇÃO	10
1. BENEFÍCIOS DAS PRÁTICAS DE <i>MINDFULNESS</i> ADOTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE CUIDAM DA PSC: <i>SCOPING REVIEW</i>	15
2. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS...	21
2.1. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE PPCIRA	23
2.1.1. Entidade Nacional de Saúde.....	23
2.1.2. PPCIRA em contexto hospitalar.....	29
2.2. Serviço de Urgência	37
2.3. Outras atividades.....	54
3. CONCLUSÃO	55
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS.....	68
ANEXO I- Certificado de participação nas Jornadas da Associação Nacional de Controlo de Infecção.....	69
ANEXO II- Certificado de elemento da comissão organizadora do VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da UCP	71
ANEXO III -Certificado de participação no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da UCP	73
ANEXO IV- Certificado de apresentação de Poster com o tema: “Práticas de <i>Mindfulness</i> adotadas pelos profissionais de saúde que cuidam de pessoa em situação crítica: Protocolo de <i>Scoping Review</i>	75
APÊNDICES.....	77
APÊNDICE I– Poster científico submetido no VI Seminário Internacional de Enfermagem da UCP	78
APÊNDICE II - Plano de sessão de formação: “Feixes de intervenções” ...	80
APÊNDICE III- Diapositivos da sessão de formação: “Feixes de intervenções”	93
APÊNDICE IV- Plano de sessão de formação: “Limpeza e desinfeção (terminal) de superfícies não-críticas em quartos de internamento”	124
APÊNDICE V- Diapositivos da sessão de formação: “Limpeza e desinfeção (terminal) de superfícies não-críticas em quartos de internamento”	138
APÊNDICE VI- Panfleto informativo: “Tipos de isolamentos dos doentes internados no SU” dirigido às visitas... ..	149

APÊNDICE VII- Plano de sessão de formação: “Benefícios das práticas de <i>mindfulness</i> adotadas pelos profissionais de saúde que cuidam de PSC”	154
APÊNDICE VIII- Sessão de meditação guiada apresentada na sessão de formação: “Benefícios das práticas de <i>mindfulness</i> adotadas pelos profissionais de saúde que cuidam de PSC”	166
APÊNDICE IX- Divulgação da sessão de formação: “Benefícios das práticas de <i>Mindfulness</i> adotadas pelos profissionais de saúde que cuidam de PSC”	171
APÊNDICE X- Formulário de avaliação da sessão de formação: “Benefícios das práticas de <i>mindfulness</i> adotadas pelos profissionais de saúde que cuidam de PSC”	173

Índice de tabelas

Tabela 1 – Critérios de inclusão e exclusão para seleção dos artigos.....	18
---	----

Índice de Figuras

Figura 1 - Diagrama de seleção de artigos	20
---	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) “Estágio Final e Relatório” da 16ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Lisboa.

Este documento pretende descrever, analisar e fundamentar o processo de aprendizagem desenvolvido, de forma crítico-reflexiva, no sentido de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC (EEEMC) - pessoa em situação crítica (PSC), e de Mestre em Enfermagem. A finalidade será a obtenção do título de enfermeiro especialista em EMC-PSC, e do grau de Mestre em Enfermagem, após discussão em provas públicas para futura contribuição especializada no contexto profissional.

A aprendizagem ao longo da vida é essencial em todas as áreas do saber. Na saúde, acompanhando o ritmo de um mundo em constante evolução do ponto de vista técnico-científico, os enfermeiros precisam atualizar os seus conhecimentos e habilidades para exercerem a sua profissão de forma rigorosa e sustentada pela evidência mais atual.

Desde o término da licenciatura, o meu estudo e gosto pessoal sobre o cuidado à PSC, levou a que fosse incidindo a minha formação em várias áreas ligadas a esta (mais especificamente na área do controlo de infeção e da supervisão clínica). No contexto da pandemia COVID, a minha área de interesse começou a alargar-se aos profissionais de saúde que cuidam da PSC, daí a minha escolha de área de especialização em EMC.

A Enfermagem, enquanto ciência ligada à área de saúde implica o cuidar baseado na evidência para o desenvolvimento da disciplina. Um dos quatro conceitos metaparadigmáticos da Enfermagem é a Pessoa, sendo que ao longo deste relatório o termo utilizado para me referir ao Outro será através do termo “pessoa”. Para além disto, a Ordem dos Enfermeiros (OE) sustenta a afirmação de que “(...) a pessoa é alvo dos cuidados de Enfermagem” (OE, 2001, p.9). A complexidade dos contextos da prática clínica e das interações sociais exige cada vez mais dos enfermeiros a necessidade de desenvolvimento de competências como a criatividade na tomada de decisão em situações incertas e imprevistas. Daí que a OE (2018, p. 19360) reforce que “os cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica exigem (...) deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos (...)”.

Ao EEEMC é pedido o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, para o atingir de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, através da aquisição das competências comuns, desenvolvidas neste percurso, bem como de competências específicas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa quer em situação de urgência e/ou emergência. A PSC define-se como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p. 19362).

Um dos aspetos que me tem vindo a preocupar enquanto enfermeira na prática dos cuidados, é o atual desinvestimento em atividades que a Enfermagem sempre defendeu, desde o começo da profissão: controlo de infeção e o autocuidado dos profissionais de saúde. Defini por isso, como conceitos orientadores do meu percurso de especialização, **a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS's)**, e **a gestão emocional dos profissionais que cuidam de PSC**.

Este documento terá assim como primeiro capítulo, a revisão da literatura sob a questão de investigação: **“Quais os benefícios das práticas de *Mindfulness* adotadas pelos profissionais de saúde que cuidam da PSC”?** As unidades de cuidados intensivos (UCI's) são encaradas como locais de trabalho “stressantes”, onde os enfermeiros são expostos à morte das pessoas de quem cuidam, procedimentos de risco, atividades exigentes e com alto cariz de tensão (ex. ressuscitação cardio-pulmonar) e por isso a gestão emocional dos profissionais é deveras importante no que toca a cuidar de quem cuida (Anderson, 2021). Já existem vários estudos realizados sobre este tema, mas em Portugal ainda há pouca investigação na área.

O estágio final serviu de base para oportunidades de aprendizagem na concretização dos objetivos delineados para a aquisição de competências específicas nesta área de especialização. Foi realizado em contextos de prática clínica, ao longo de 15 semanas (entre 4 de setembro e 16 de dezembro de 2023), com a duração de 360 horas de trabalho, de acordo com o preconizado no programa da UC, correspondendo a 30 *European Credits Transfer System* (UCP, 2023).

O segundo capítulo irá incluir a descrição dos contextos de estágio onde irei apresentar as características gerais da instituição, descrever o serviço/equipa e a organização das atividades, e realizar o relato crítico-reflexivo das experiências relevantes na base do processo de desenvolvimento de competências.

Durante o processo de prestação dos cuidados de saúde pode ocorrer a transmissão de infeções. A Direção Geral da Saúde (DGS, 2007) definiu IACS's como sendo uma infeção que ocorre num doente internado num hospital, ou outra instituição de saúde, e que não estava presente, nem em incubação, à data da admissão. Estão incluídas as infeções adquiridas no hospital que se detetam após a alta, assim como as infeções ditas ocupacionais.

Optei pelo programa de prevenção e controlo de infeções e resistência a antimicrobianos (PPCIRA) para primeiro contexto de estágio, dividido em dois locais. O primeiro realizou-se numa entidade nacional de saúde, onde pude

estagiar, sob a orientação do elemento coadjuvante do PPCIRA da entidade. O segundo decorreu no grupo coordenador local (GCL) – PPCIRA de um hospital privado de Lisboa, sob orientação do elemento de enfermagem do núcleo executivo do serviço. Por último, o terceiro contexto foi o Serviço de Urgência (SU) de um hospital público, sob a orientação de uma EEEMC, elemento da equipa de coordenação de enfermagem do serviço.

Precedendo o início em cada contexto de estágio, foi delineado um projeto que serviu de guia orientador no percurso formativo, e na posterior elaboração deste relatório. Um projeto envolve a “apresentação de um plano de trabalho organizado para resolver/ estudar um problema que preocupa os envolvidos”, sendo assim optei por um projeto de desenvolvimento de competências (Ferrito et al., 2010). Através deste pretendi criar um plano de ação, onde foram delineados os objetivos específicos e as atividades a desenvolver no contexto do cuidado especializado à PSC. Para além disto, foram traçados os diagnósticos de situação, definição dos problemas, planificação das atividades, metas e estratégias (Ferrito et al., 2010), e ainda os respetivos indicadores de processo e de resultado.

Em cada contexto de estágio, foi construído um *portefólio* digital, onde foram sendo compilados e organizados documentos variados, que serviram de suporte teórico, estudo e apoio na consecução dos objetivos, bem como na elaboração dos trabalhos académicos preconizados para esta fase.

Por fim, o último capítulo da conclusão servirá de análise transversal do relatório, com uma avaliação global dos objetivos alcançados, e uma reflexão pessoal sobre a minha vivência neste percurso de aprendizagem e suas implicações para a minha prática profissional (UCP, 2023).

Há que frisar que a redação deste relatório teve por base o novo acordo ortográfico português, e que a referenciação bibliográfica seguiu as normas da APA (*American Psychological Association*), com recurso à ferramenta informática ZOTERO®. No final do documento, figuram os anexos (na sua maioria com

documentos comprovativos de frequência de eventos científicos), bem como os apêndices com os trabalhos elaborados ao longo do percurso do Mestrado.

Ao longo da história da Enfermagem, que esta se tem constituído como ciência com conhecimento próprio assente em teorias e modelos que se foram sedimentando. De fato a “teoria é tão importante para a enfermagem enquanto disciplina (ramo do ensino) como enquanto profissão (campo prático especializado) (Tomey & Aligood, 2004, p.2).

O presente trabalho nunca poderia ser desenvolvido sem recurso a teóricos que já dissertaram sobre o tema em estudo, daí a importância da pesquisa bibliográfica no sentido de conhecer as semelhanças e contextualizar o meu conhecimento. Tal não poderia ser feito sem uma abordagem aos conceitos metaparadigmáticos estruturantes da profissão, terminando com a inclusão do modelo conceptual de Benner, no que concerne à competência e prática especializada.

Ao longo dos anos enquanto enfermeira, fui suportando a minha prática em várias teóricas de enfermagem, enquadrando-me enquanto “iniciada” na Escola das Necessidades quando comecei. À medida que o tempo foi avançando, e permitindo um alargar da visão da profissão assente na prática reflexiva e baseada na evidência, tornando o ato de cuidar algo mais natural, previsível e antecipatório de situações-problema, fui transformando o que dirige o meu pensamento e, consequentemente, a minha forma de agir profissional (Benner et al., 2001; Tomey & Alligood, 2004). Atualmente encaixo a minha atuação enquanto enfermeira na **Escola do Cuidar**.

A história da Enfermagem profissional inicia o seu curso com Florence Nightingale, com contribuições para o pensamento crítico holístico, aliando a arte e a ciência. A saúde, na sua visão, era definida como a “capacidade de os indivíduos utilizarem adequadamente todas as suas habilidades e competências na perspetiva do cuidado de si e dos outros” (Riegel et al, 2021, p. 3). Deste modo, os enfermeiros devem fazer por si, e pelo outro, cuidando dos dois de forma igualitária, através do “olhar para dentro” com técnicas de introspeção, como sejam o *Mindfulness*. No seu próprio caminho de “cura” e crescimento pessoal, os enfermeiros poderão tornar-

se melhores pessoas, e conseqüentemente melhores profissionais – só quem cuida de si, pode cuidar melhor dos outros num processo dinâmico de troca de energia positiva e não tóxica.

Os conceitos da teoria ambientalista de Florence Nightingale trouxeram outras reformas para a saúde, nomeadamente na área do controlo de infeção (Riegel et al, 2021). É fundamental a criação de ambientes seguros que ajudem a promover uma boa cura, boa saúde e bem-estar e bons resultados para as pessoas em processo de doença (Gilbert, 2020).

Vivendo a era do paradigma da Transformação, em que a investigação científica serve o conhecimento aprofundado de situações complexas e fenómenos da prática em constante evolução, é necessário que os enfermeiros investiguem para benefício das pessoas que cuidam, respondendo à questão “como é que os enfermeiros fazem o que fazem?” (Kérouac et al., 1994).

Pelo fato de o meu processo investigativo estar centrado na gestão emocional, a teórica à qual me fez mais sentido ancorar o meu projeto de aprendizagem, enquanto futura enfermeira especialista, e conseqüentemente a minha prática de cuidados, foi Jean Watson. A teoria de grande alcance da qual é responsável – Cuidado Humano - insere-se no Paradigma da Transformação - Escola de pensamento “Caring”, que vem também defender a necessidade de cuidar de si mesmo como um imperativo para cuidar holística e autenticamente dos doentes, promovendo a unidade e harmonia entre corpo, alma e espírito (Alvarez, 2020).

Para Watson, os enfermeiros devem estar presentes de forma autêntica, servindo de suporte à expressão de sentimentos positivos e negativos, mas auto--cuidando-se, uma vez que o cuidado dos enfermeiros consigo mesmo, e o cuidado com os outros são interdependentes. Sem amor e respeito por si mesmos, é improvável que sejam capazes de cuidar dos outros com compaixão e compreensão (Alvarez, 2020, p.374).

1. BENEFÍCIOS DAS PRÁTICAS DE *MINDFULNESS* ADOTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE CUIDAM DA PSC: *SCOPING REVIEW*

Introdução

O *Mindfulness* (*atenção plena*) é uma técnica que pode permitir a conscientização e concentração no momento presente, um controle da percepção sobre os eventos internos e externos no momento em que está ocorrendo (Filho & Duarte, 2018). Define-se como a “qualidade de consciência que surge ao prestar atenção, de forma intencional, com uma atitude de não julgamento às experiências (pensamentos, sensações e emoções) que surgem no momento presente” (Kabat-Zinn, 1990 citado por Serrão & Peixoto, 2020). O principal objetivo é cultivar a capacidade de promover o bem-estar emocional e a saúde mental de cada indivíduo. “Não sendo um treino de relaxamento nem uma técnica de manejo do humor, é uma forma de treino mental, que reduz a vulnerabilidade cognitiva aos estados reativos da mente, implicados no aumento da ansiedade, levando a um estado de liberdade psicológica” (Gregório et al., 2012). A primeira referência a um estudo científico relacionado com meditação data de 1936, porém só em 1970 é que começou o verdadeiro interesse da comunidade científica no estudo da meditação em função dos resultados obtidos e, mais tarde com o início das técnicas de *Mindfulness* com o médico norte-americano Kabat-Zinn por volta de 1985. Posteriormente, começa-se a trabalhar os conceitos que as práticas meditativas orientais tinham em relação ao cunho espiritual e contemplativo que traziam, tentando torná-la mais adequada ao ocidente, sistematizando as técnicas e excluindo os rituais e a filosofia (Gouveia et

al., 2020). Nestas práticas meditativas, normalmente, são utilizadas as sensações físicas como “âncoras”, pois são mais concretas e ajudam a trazer a atenção de volta para o presente com mais facilidade. A âncora mais utilizada é a **respiração**, mas podemos focar a atenção nas sensações de partes do corpo, emoções ou sensações corporais ou ainda sons exteriores (Gouveia et al., 2020).

O princípio subjacente é o de que a nossa mente vai determinar a forma como vemos e encaramos o mundo, e como tal devemos aprender a senti-la e percebê-la. O objetivo não passa pelo aumento do número de experiências agradáveis, mas em ter uma consciência reflexiva de todas as experiências que existem no presente, lidando com sentimentos desagradáveis (sem a tentativa de procurar afastá-los ou controlá-los, mas sim aceitá-los). A nível cerebral, ao haver um treino contemplativo, o cérebro cria novas estruturas e passa a organizar-se de maneira diferente (neuroplasticidade funcional e estrutural) (Gregório et al., 2012).

Esta técnica tem efeitos vários outros benefícios, os quais passo a elencar: “redução de sintomas depressivos, aumento da lucidez (ao permitir olhar para a mente e observar pensamentos e emoções sem ficar condicionados por eles); desenvolvimento da capacidade de atenção; benefícios no tratamento de perturbações obsessivas e de pânico; melhoria da dor crónica e reforço do sistema imunológico; aumento da capacidade de resolução de conflitos; aumento da empatia e compaixão e melhoria da qualidade de vida” (Gouveia et al., 2020).

A finalidade desta revisão reside no fato de ser dada pouca importância ao desenvolvimento pessoal e à inteligência emocional dos profissionais que estão sempre em modo “fazer” e “não sentir”. A necessidade de discussão sobre gestão emocional e auto-cuidado em contexto laboral levou-me a um questionamento: “se os profissionais de saúde não se cuidam, como podem dar o seu melhor a cuidar de pessoas doentes?”

Metodologia

Uma *scoping review* é uma metodologia de investigação que permite examinar áreas emergentes de conhecimento, ainda pouco exploradas, e ampliar a informação existente (Joanna Briggs Institute, 2015). Este trabalho teve como objetivo mapear a evidência disponível sobre os benefícios das práticas de *Mindfulness* adotadas pelos profissionais de saúde que cuidam de PSC, no sentido de definir medidas a implementar no contexto laboral da investigadora e ainda de perceber a necessidade de investigações futuras sobre o desenvolvimento pessoal dos profissionais¹.

O protocolo de *Scoping Review* foi delineado sob a metodologia do Joanna Briggs Institute, baseada em três fases de pesquisa (Aromataris & Munn, 2020) que decorreu entre julho e setembro de 2023.

Defini como questão de investigação: **“Quais os benefícios das práticas de *Mindfulness* adotadas pelos profissionais de saúde que cuidam de PSC”?** Para a definição dos critérios de inclusão, recorreu-se à mnemónica “PCC” – População, conceito e contexto. Na primeira fase de pesquisa inicial para identificação de artigos chave e definição dos termos de pesquisa a aplicar na estratégia de pesquisa completa, foram então considerados os estudos que incluíam profissionais de saúde (P de “população”), centrados em *Mindfulness* (C de “conceito”) e referentes à prestação de cuidados em unidades de cuidados críticos (SU e UCI) (C de “contexto”).

A fase de pesquisa preliminar, para verificação de outras revisões no mesmo tema, decorreu nas bases *Open Science Framework*, *Joanna Briggs Institute* e *JBİ evidence synthesis*. Procedeu-se, de seguida, a uma pesquisa inicial na base de dados CINAHL Complete EBSCO para identificação de artigos chave e definição dos descritores a aplicar, com os termos livres *mindfulness*, *professional**, *practitioner**,

¹ Uma das competências do enfermeiro especialista, valorizada pela OE, é a investigação pois só assim existirá uma autonomia científica e melhoria subsequente da prática da enfermagem e do desenvolvimento da disciplina.

provider*, team*, medic*, physician*, nurs*, physioterap*, “critical patient*”, “intensive care”, “critical care”, “intensive care unit*”, ICU, “critical ill*” e “critically ill”. A partir destes termos e dos descritores identificados - Medical Subject Headings (MeSH) e CINAHL Subject Headings – foi possível avançar para a segunda etapa da pesquisa, na qual se definiu uma estratégia de pesquisa completa para as seguintes bases de dados - CINAHL Complete EBSCO, Medline Complete EBSCO, PubMed, Cochrane Library e Scopus – atendendo às especificações de uma. Adicionalmente, realizou-se uma pesquisa de literatura cinzenta, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

Tabela 1– Critérios de inclusão e exclusão para seleção de artigos

Critérios de elegibilidade	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
P (População)	Enfermeiros que prestam cuidados a PSC	Outros profissionais de saúde que prestam cuidados a PSC Estudantes (Medicina, Enfermagem e outros)
C (Conceito)	<i>Mindfulness</i>	Burnout, <i>Stress</i> , Resiliência, Programas de <i>Mindfulness</i> -based stress reduction
C (Contexto)	Unidades de cuidados críticos (SU e UCI)	Pediatria, Oncologia, Unidades de cuidados críticos/ internamento de pessoas com COVID19, Hemodiálise, Cuidados domiciliários
Tipo de estudos	Artigos científicos primários, teses e dissertações disponíveis em texto completo	Estudos de opinião, <i>trials</i> sem resultados publicados, cartas, comentários, <i>abstracts</i> ou artigos em formato de vídeo

Não foi estipulada limitação temporal aquando da pesquisa, mas os estudos selecionados situam-se entre 2016 e 2023.

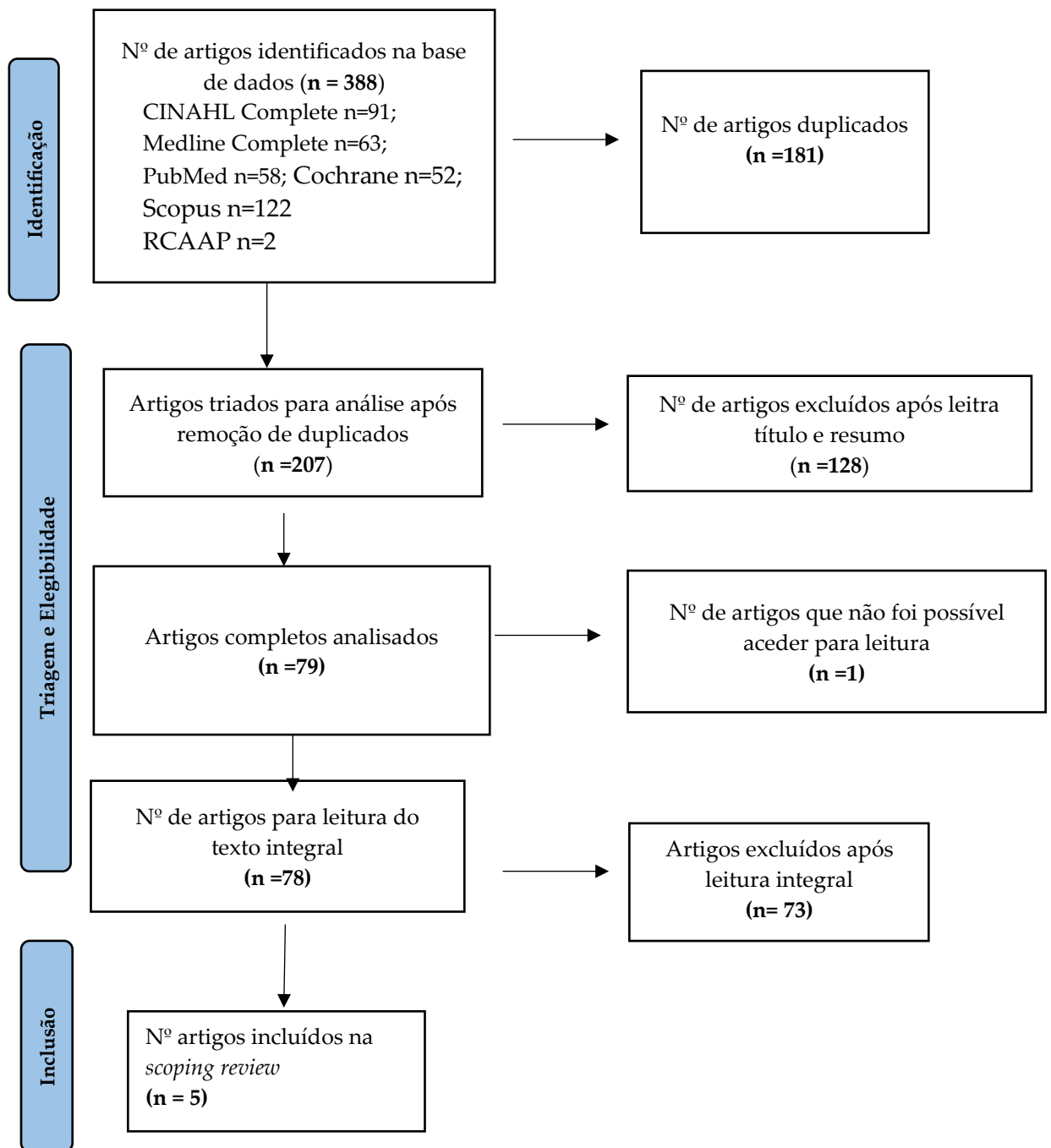
Os resultados obtidos foram importados e arquivados na plataforma *Rayyan*, de onde foram removidos os duplicados, e aplicado o processo de seleção com base nos critérios já definidos.

A amostra inicial foi composta por **388** artigos. A seleção dos artigos decorreu em duas fases: exclusão por leitura de título e de resumo e, por fim, por texto integral, efetuada por um revisor, tendo em conta os critérios de inclusão. No processo de decisão da inclusão dos artigos divergentes, foi realizada revisão de forma independente por três revisores. O processo de seleção será apresentado de forma esquemática através de um diagrama de fluxo realizado com base no PRISMA 2020 (Figura 1 na página seguinte).

A *scoping review* realizada encontra-se organizada em formato de artigo científico (metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências bibliográficas). Optámos por não apresentar os resultados bem como a sua discussão e conclusão, uma vez que pretendemos submeter o artigo na íntegra a uma revista científica.

Tive a oportunidade de elaborar um poster científico (Apêndice I), com o processo metodológico desta *scoping review*, que foi apresentado em contexto do Seminário Internacional de Enfermagem da UCP, no dia 24 de novembro de 2023.

Figura 1 - Diagrama de seleção de artigos



Fonte: Page et al. (2021)

2. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

“Competência é a aptidão para enfrentar um tipo de tarefas e situações, apelando para noções, conhecimentos, métodos e técnicas” (Perrenoud, 1999, p. 15), daí que a partir do seu desenvolvimento se possa caminhar no sentido da excelência na prática dos cuidados especializados.

Iniciei funções como enfermeira de prestação de cuidados em UCI em 2006, onde pude desenvolver competências como enfermeira generalista, altura em comecei a interessar-me pelo tema da prevenção e controlo de infeção em PSC. Fui elemento de interligação com o GCL-PPCIRA durante vários anos. Desenvolvi várias atividades relacionadas com esta temática em serviço, entre as quais: formação em serviço a vários grupos profissionais, participação na Campanha Mundial da Organização Mundial de Saúde da Higiene das Mãos e implementação de *bundles* (prevenção da pneumonia associada à intubação). Optei por desenvolver a minha formação académica no tema, ao enveredar por uma Pós-Graduação em Controlo de Infeção em Saúde em 2010, e terminando o Mestrado em Saúde e Desenvolvimento (Tese de dissertação subordinada às perceções de grupos de profissionais sobre a Higiene das Mãos). Posteriormente, em 2018 pude experienciar outra área – cirurgia de ambulatório onde prestei cuidados gerais na área da vigilância pré, intra e pós-operatória a pessoas submetidas a intervenções cirúrgicas.

Em 2013 tive o primeiro contacto com a área da docência enquanto assistente convidada numa escola superior de enfermagem, começando desde aí a minha intenção de conhecer melhor o processo supervisoivo, e desenvolver as minhas

competências na área. Por isto, frequentei uma Pós-Graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem, creditada pela OE, com vista à candidatura para obtenção de competência acrescida diferenciada e avançada em supervisão clínica.

Durante a frequência do curso de Mestrado, integrei ainda o grupo de docentes na coordenação de uma Microcredencial de Controlo de Infecção, inserida no Programa de Recuperação e Resiliência - Impulso Adultos. Simultaneamente à elaboração deste Relatório, pude ainda regressar a funções enquanto assistente convidada numa Escola Superior de Saúde, na supervisão clínica de estudantes de licenciatura em enfermagem em ensino clínico. Esta sempre foi uma área do meu interesse, e que me permitiu abraçar esta experiência de profissional-estudante de outra perspetiva.

A experiência profissional pode ser considerada um fator relevante no processo de desenvolvimento de competências no cuidado especializado à PSC. Como tal, foi-me concedida a creditação a duas UC's - Estágio de Vigilância e Decisão clínica bem como, Supervisão de Cuidados, ambas integradas no plano de estudos do curso.

A apresentação de alguns factos do meu crescimento enquanto profissional servirá de mote à reflexão no presente relatório, e do percurso que desenvolvi na aquisição de competências de futura especialista.

A compreensão clínica, torna-se cada vez mais articulável e traduzível através de exemplos clínicos, narrativas e *puzzles* encontrados na prática (Benner, 2004). Neste capítulo serão ainda descritos os contextos de estágio escolhidos, bem como o processo de desenvolvimento de competências, justificado através da apresentação das experiências vividas. É na prática reflexiva que os profissionais se capacitam na aquisição no profundo conhecimento dos saberes e práticas. Optei por escolher as situações que mais me fizeram evoluir do ponto de vista pessoal, profissional e académico enquanto futura mestre e especialista na área da EMC. Este aspeto veio corroborar o que diz Benner (2001, p. 61) - “a teoria oferece o que pode

ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria”.

2.1. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE PPCIRA

De acordo com a temática que tem norteado o meu percurso formativo nos últimos anos, optei por estagiar no PPCIRA, no núcleo onde é realizada a pesquisa, análise de dados e consequente intervenção adequada aos resultados, no sentido de adquirir novos conhecimentos, e sedimentar os que tenho vindo a desenvolver.

O PPCIRA surge da fusão entre o programa nacional de prevenção e controlo da infeção e o programa nacional de prevenção da resistência aos antimicrobianos (através do Despacho nº 2902/2013 de 22 de Fevereiro). A partir deste ano, também as anteriores denominadas Comissões de controlo de infeção passam a assumir o papel de GCL- PPCIRA.

O primeiro contexto escolhido foi o PPCIRA de uma Entidade Nacional de Saúde, num contato de curta duração - 40 horas, onde pude estagiar entre 4 e 8 de setembro de 2023. O segundo decorreu no GCL – PPCIRA de um hospital privado de Lisboa, entre 18 de setembro e 23 de outubro de 2023, num total de 140 horas.

2.1.1. Entidade Nacional de Saúde

As IACS's constituem um importante problema de saúde pública com um elevado impacto na morbimortalidade dos doentes, com custos diretos e indiretos associados. A somar a estas, surge o crescente número de microrganismos resistentes aos antimicrobianos. Estes problemas motivaram a reestruturação da estratégia nacional que levou à criação de um programa de saúde prioritário – PPCIRA (DGS, 2013).

Neste contexto, trabalha uma equipa multidisciplinar perita nesta área, assente no objetivo de “reduzir as IACS’s e a resistência aos antimicrobianos, através da implementação de práticas baseadas na evidência” (Instituição 1 [Confidencial], 2013). Deste modo, na perspetiva de ter uma visão mais abrangente das funções do PPCIRA, optei por iniciar o meu percurso formativo através de uma visão político-estratégica (a nível nacional), antes de enveredar para uma visão mais local.

As IACS’s são uma epidemia silenciosa, na medida em que representam o mais frequente efeito adverso decorrente da prestação de cuidados de saúde, a par das reações medicamentosas e complicações cirúrgicas (Haque et al., 2018).

Em 2011, Fragata veio dizer que o impacto dos erros que ocorrem nos doentes não se reflete apenas nos doentes, mas sim nos profissionais de saúde e na sociedade (reputação da instituição), sendo geradores de custos acrescidos em saúde. Um dos “erros” mais comuns em UCI’s reside nas infeções, pelo que quanto maior a complexidade (em termos tecnológicos, exigência de saberes diferenciados, com necessidade de especialistas na área) envolvida na prestação de cuidados a um doente, maior o risco de ocorrência de efeitos adversos (Fragata, 2011).

Deste modo, a PSC apresenta um “elevado risco de contrair uma IACS’s, decorrente da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos a que a pessoa é sujeita, quer sejam de diagnóstico, terapêuticos e manutenção da qualidade de vida” (OE, 2018, p. 4).

As entidades e organismos que trabalham nesta área, têm como missão a proteção e a melhoria da saúde e bem-estar dos cidadãos, garantindo que, através da qualidade, da segurança e da redução de iniquidades em saúde, todos atinjam o seu potencial de saúde. A adicionar a isto, têm como enfoque a divulgação da melhor informação e conhecimento técnico, de forma acessível e transparente (DGS, 2013).

A qualidade do cuidado é cada vez mais um elemento fundamental na saúde, e inclui-se nas metas estabelecidas para os gestores e decisores de políticas de saúde, nomeadamente no que concerne à área da prevenção e controlo de infeção e

resistência a antimicrobianos (Ghanbari-Afra et al., 2022). Numa perspetiva de melhoria, cuidados de enfermagem de qualidade trazem resultados de saúde desejáveis para pessoas, enfermeiros e organizações de saúde.

Neste contexto de estágio propus-me desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso em estado crítico de médio e alto risco, em contextos específicos, particularizando na capacidade de **“maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”** (OE, 2018).

O objetivo geral traçado foi: desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais na área da prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos no cuidado especializado à PSC.

Defini como objetivos específicos: conhecer as atividades da equipa de enfermagem no cumprimento do programa prioritário (PPCIRA); observar as atividades desenvolvidas pelo PPCIRA na área da prevenção das IACS's na PSC, e conhecer de forma mais aprofundada os projetos do programa que estão em fase de planeamento e de implementação.

Iniciei este estágio com a integração na equipa, da qual fazia parte a enfermeira gestora e os elementos de secretariado, tendo sido fornecida a informação relativa à organização, dinâmica do serviço, bem como recursos físicos existentes no local (salas de trabalho e recursos informáticos, que poderiam servir de base ao meu trabalho durante a semana de estágio no local). Fui apresentada a vários elementos dos restantes programas de saúde prioritários da entidade, nomeadamente do Programa de Saúde Mental e Infeção HIV/Sida que me acolheram com muita disponibilidade. Pude constatar um ambiente de elevada proximidade entre os vários elementos, bem como um espírito de equipa e interajuda na resolução de problemas.

Tendo em conta que, previamente já tinha sido delineado um plano de objetivos que pretendia atingir com o meu curto estágio neste contexto, foi elaborado um cronograma de atividades. Assim, com o auxílio da enfermeira orientadora, pude rentabilizar o diminuto tempo de contato (40h), com o máximo de aprendizagens possível.

Primeiramente, e sabendo que um enfermeiro que trabalha em PPCIRA tem de desenvolver determinado tipo de competências², desenvolvi pesquisa bibliográfica sobre temas onde iriam incidir as minhas atividades, e organizei um *dossier* compilativo de todo o resultado da minha pesquisa bibliográfica.

Não poderia iniciar este estágio, sem conhecer aprofundadamente a atualização ao despacho que regula o PPCIRA (Despacho 10901/2022) tendo chegado às seguintes conclusões: a adaptação da estrutura e missão que afeta todo o Serviço Nacional de Saúde- SNS: cuidados primários, hospitalares e continuados; definição de número de horas médicas/ enfermagem específicas e reconhecimento da competência e capacidade na área de controlo de infeção e resistência antimicrobiana destes profissionais (enfermeiro gestor com competências em controlo de infeção e um diretor de serviço); definição de objetivos, áreas de atuação, funções e competências e definição de indicadores para as diferentes tipologias de cuidados.

São atividades fundamentais do PPCIRA (DGS, 2021, p.12): “vigilância epidemiológica (VE) de IACS, consumo de antimicrobianos e resistência a antimicrobianos; promoção da adesão e cumprimento de precauções básicas de controlo de infeção, e de precauções básicas baseadas nas vias de transmissão; promoção e implementação de feixes de intervenções (*bundles*) de prevenção de IACS; promoção e desenvolvimento dos programas de apoio à prescrição antimicrobiana (*antimicrobial stewardship*); produção de normas e orientações e de atividades educacionais de capacitação pedagógica de profissionais; formulação e

² “Demonstra conhecimento dos Planos de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos e das diretrizes de âmbito local, regional e nacional” (OE, 2018)

desenvolvimento de metodologias comportamentais de capacitação, nomeadamente *feedback* comentado de dados e facilitação de intervenções de melhoria de qualidade; desenvolvimento de atividades promotoras de literacia e compromisso dos cidadãos sobre estas temáticas. Como tal, desenvolvi durante este estágio formações (presenciais e *online*) com elementos de referência responsáveis por várias áreas que passarei a descrever.

A VE configura um instrumento essencial para a adoção de medidas preventivas e de alocação de recursos humanos e técnicos eficientes na prevenção, e no combate à infeção. Tive a oportunidade de assistir a sessões formativas com os elementos de coordenação dos vários tipos de VE realizada em Portugal: UCI de adultos; infeções nosocomiais da corrente sanguínea; infeção do local cirúrgico, nas quais me foram explicadas formas de preenchimento e introdução de dados na plataforma; avaliação de dados e evicção de extrapolação de conclusões pouco fidedignas, bem como aspetos relativos à formação realizada neste contexto nos locais onde seguem a VE.

No que diz respeito à literacia do cidadão, é pretendido o desenvolvimento de atividades promotoras de literacia e de compromisso dos cidadãos sobre estas temáticas. Neste âmbito, pude desenvolver outra unidade de competência³ (OE, 2018) através de um projeto educativo destinado a “crianças e adolescentes na área da microbiologia, hábitos de higiene pessoal (incluindo das mãos) e prevenção da transmissão de doenças infecciosas, através da formulação de ferramentas pedagógicas que são utilizadas pelos alunos do 1.º, 2.º e 3.º ciclos de ensino (...)” (Instituição 1 [Confidencial], 2021, p.29). Como atividade pude realizar a listagem de possíveis escolas a serem incluídas como veículo para a expansão do projeto e iniciar contatos diretos com os diretores pedagógicos de duas escolas que demonstraram interesse na adesão ao projeto. Tive ainda a possibilidade de

³ “Integra a nível local, regional e nacional, e grupos de coordenação nesta área de intervenção” (OE, 2018)

participar no projeto que se encontrava em curso relacionado com a prevenção das infecções do trato urinário associadas ao cateter vesical.

Este estágio foi bastante útil na medida em que me permitiu aprofundar o conhecimento do papel do enfermeiro no PPCIRA. A adicionar a todas as funções mais direcionadas para o cumprimento do programa, o enfermeiro gestor nesta área deve ser dotado de ferramentas de comunicação, negociação, *coaching* e supervisão. Para esta função, pelo que pude observar durante o processo de orientação, a competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da governação clínica, inteligência emocional e formação, e não apenas nos conceitos mais teóricos ligados ao controlo de infeção.

Numa perspetiva de “todos ensinamos, todos aprendemos”, torna-se essencial a presença de características de resiliência, capacidade de adaptação, agilidade mental, diplomacia, alinhamento de interesses (confluindo os interesses /dinâmicas das equipas com a missão da entidade).

Nesta área do controlo de infeção torna-se essencial um profissional capaz de encetar processos de liderança, atribuindo funções e responsabilidades aos elementos de cada projeto, numa dinâmica de atingir o fim com a assimilação dos saberes e “talentos” de cada um. Só assim se poderá atingir resultados em tempo útil, e concretizar projetos que envolvem uma imensidão de tarefas e atividades.

Neste sentido, foi interessante ver a concretização de competências de enfermagem especializada na liderança do processo de prevenção e controlo de infeções e resistência a antimicrobianos, através da enfermeira orientadora, sedimentando a ideia que tinha da importância da intervenção de Enfermagem nesta área.

Este breve estágio para o qual estava bastante motivada, ofereceu-me uma visão mais político-organizacional do controlo de infeção, através de dinâmicas de trabalho, partilha de informação e gestão de estruturas e processos entre esta entidade e as instituições, numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde para a pessoa. Só fundindo o conhecimento da ciência de implementação

e prevenção de infeção, com equipas multidisciplinares motivadas e alocadas a projetos diferentes, se pode evoluir para a melhoria das boas práticas.

2.1.2. PPCIRA em contexto hospitalar

No seguimento do meu percurso de estágio a nível do PPCIRA optei por um hospital privado, do qual fazem parte várias outras unidades (hospitais e clínicas privadas e uma residência sénior). Esta instituição disponibiliza todas as valências médicas e cirúrgicas, com ênfase em áreas diferenciadas organizadas em centros de excelência multidisciplinares, contribuindo para uma abordagem completa e integrada das pessoas. Constituído por uma vasta equipa de médicos residentes e colaboradores, com capacidade de 400 camas, a inovação tecnológica dos equipamentos médicos e dos sistemas de informação, tornam este hospital, um modelo de medicina de excelência e inovação a nível europeu.

A escolha deste local de estágio recaiu sobre o fato de ser um hospital de referência no que concerne à prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos, que trabalha com uma equipa multidisciplinar perita nesta área, assente em vários focos de intervenção: boas práticas (precauções básicas de controlo de infeção; precauções básicas baseadas nas vias de transmissão; prevenção das IACS's; uso adequado de antimicrobianos); formação/ disseminação da informação/ envolvimento das equipas e famílias; consultoria (especialidades/ peritos); auditoria e VE (Instituição 2 [Confidencial], 2023).

Deste modo, na perspetiva de ter uma visão mais abrangente das funções do PPCIRA, optei por iniciar o meu percurso formativo através de uma visão político-estratégica (entidade nacional de saúde), afunilando numa visão mais local, no GCL de um hospital, conhecendo o lado operacional de um programa prioritário nacional. Para tal, integrei a equipa responsável por esta operacionalização, composta por cinco elementos fixos.

No sentido de dar continuidade ao objetivo geral definido no local anterior, para este contexto defini como objetivos específicos, **desenvolver competências na área da prevenção e controlo de infeção e contribuir para a adoção das práticas recomendadas para a prevenção das principais IACS's.**

Durante a primeira semana, para dar resposta aos objetivos específicos a que me propus, integrei a equipa do programa, conheci o ambiente físico e as principais atividades dos seus elementos. A consulta de protocolos, normas e procedimentos aliou-se ao planeamento dos temas que seriam alvo do meu projeto de desenvolvimento de competências⁴.

Pude observar e treinar a realização da VE dos microrganismos considerados “problema” naquele hospital, através da plataforma digital, e que frequentemente são responsáveis pela resistência antimicrobiana. Na atualidade, a grande preocupação reside no “aumento da incidência de colonização por enterobactérias resistentes aos carbapenemos, que constitui uma das problemáticas em crescendo nas Unidades de Saúde” (Bárbara, 2021, p. 10). Referem-se a uma vasta família de bactérias Gram negativo comensais do intestino humano e de outros animais, sendo exemplos: *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp., *Proteus* spp., *Providencia* spp., *Morganella* spp., *Citrobacter* spp., *Salmonella* spp., *Shigella* spp. e *Serratia* spp.

As IACS's multiressistentes têm surgido a nível mundial, na sequência do desenvolvimento de mecanismos de resistência a vários agentes antimicrobianos. Para isto, contribui uma conjugação de fatores, que incluem a “utilização inapropriada de antibióticos e medidas insuficientes de controlo e prevenção, favorecendo a transmissão entre pessoas, bem como algumas falhas de identificação do estado de colonização do doente” (Bárbara, 2021, p. 10). Em Portugal, é preconizada a nível nacional, uma norma emanada pela DGS que pretende “agilizar

⁴ “Diagnostica as necessidades da unidade/contexto de prestação de cuidados em matéria de prevenção, intervenção e controlo da infeção” (OE, 2018)

o processo de avaliação de risco de enterobacteriáceas produtoras de carbapenemos (...) e facilitar a tomada de decisão perante os resultados dos testes de rastreio” (DGS, 2023, p. 9).

Neste contexto, tive a oportunidade de ter uma sessão formativa com um dos elementos do Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA) daquela unidade, que é fundamental na definição dos princípios gerais de terapêutica antimicrobiana e na orientação de toda a equipa, no que toca à utilização de anti-infecciosos, com especial ênfase nos antibióticos.

Pude ainda colaborar com o enfermeiro orientador na monitorização diária dos resultados microbiológicos das pessoas internadas, e consequente avaliação da necessidade de início de medidas de isolamento preventivo, ou de acordo com as vias de transmissão do microorganismo isolado. Concomitantemente, auxiliei no preenchimento do documento onde são reunidos os dados das pessoas (nome, serviço, cama), para mais fácil identificação e análise posterior. No seguimento desta atividade, o orientador divulgava os resultados a todos os membros da equipa de prestação de cuidados (normalmente ao elemento de gestão responsável), para confirmação dos mesmos, e verificação da implementação adequada das medidas de isolamento (com reforço dos equipamentos de proteção individual - EPI's a utilizar) ou, por outro lado, avaliação da possibilidade de suspensão do mesmo.

No que concerne ao controlo de infeção, um elemento do PPCIRA deve servir de modelo de referência, promovendo uma cultura de consciência em benefício último da pessoa que será alvo dos cuidados. Como tal, é de suma importância ir aos contextos, perceber as necessidades reais, abordando os elementos e as dúvidas por eles colocadas, dando retorno sobre os dados colhidos, sumariando e devolvendo estratégias, no sentido de um trabalho em equipa para todos chegarem ao objetivo final – cuidados seguros e de qualidade.

Com a atual situação organizacional e com a carga de trabalho dos hospitais, torna-se inviável os profissionais serem capazes de estar a par de todas as normas, protocolos e procedimentos que os PPCIRA implementam.

Pude estar presente nas reuniões para *feedback* do resultado das auditorias às precauções básicas de controlo de infeção, com os elementos de chefia e de interligação com o PPCIRA. Esta é uma função fundamental para quem exerce funções neste programa. Há que possuir determinadas características pessoais para estas serem eficientes e produtivas, para todos que nelas participam.

Deste modo, no decorrer do seu desenvolvimento profissional, os enfermeiros deverão aprofundar competências, nomeadamente a comunicação, contribuindo para a compreensão, aceitação e melhoria do cuidar em enfermagem (Amorim & Silva, 2014). Estes momentos de reunião são de fato valiosos em controlo de infeção, e as estratégias usadas têm um impacto significativo na passagem da mensagem e na colaboração dos profissionais a quem se queria efetivamente chegar.

No sentido de fomentar “estratégias pró-ativas visando prevenção e/ou controlo da infeção nos variados contextos de prestação de cuidados” (OE, 2018, p. 19362), ao longo deste estágio fui desenvolvendo pesquisa em determinados temas, que sabia serem de utilidade no serviço. Um exemplo é uma das áreas de intervenção do GCL-PPCIRA, e que se refere à elaboração/atualização de normas de boas práticas.

Foram emanadas pela DGS, normas clínicas referentes aos feixes de intervenção para a prevenção das quatro principais IACS’s – infeção urinária associada a cateter vesical; infeção do local cirúrgico; pneumonia associada à intubação e infeção da corrente sanguínea relacionada com o cateter vascular central, com vista à redução da incidência das mesmas.

A tradução do termo *bundle* para feixes refere-se a um conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, no mesmo tempo e espaço, têm um maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções aplicadas individualmente (DGS, 2022). Não se resume a uma lista, mas a um conjunto de medidas que devem ser implementadas em conjunto.

No que diz respeito ao “diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção”, pude desenvolver quatro sessões de formação

como definidas no projeto inicial, sobre o tema dos Feixes de intervenção nas IACS's, nos cenários-tipo do hospital (serviços onde existiam o mesmo tipo de infecções) – Medicina Intensiva, Internamento, Bloco Operatório e Atendimento Urgente. Para estas elaborei um plano de sessão de formação (Apêndice II), bem como a apresentação em formato de diapositivos em *Power Point*[®] (Apêndice III). Pude ainda redigir as atas das quais constavam os participantes das reuniões, pontos abordados, e decisões tomadas e a calendarizar para as reuniões subsequentes.

Atendendo à minha experiência profissional anterior enquanto formadora em serviço na área do PPCIRA, apercebi-me da situação sob uma perspetiva global e não em termos isolados, mobilizando a minha intuição perante a situação vivida (Benner, 2001). Para isso, intuindo que poderia deparar-me com algumas dificuldades, preparei-me através do conhecimento “geral” dos elementos que estariam possivelmente presentes. Junto do meu orientador, questionei-o sobre as possíveis questões que poderiam ser levantadas ao longo da formação.

Ainda na mesma unidade de competência, pude também delinear um planeamento da sessão de formação bem como os diapositivos da mesma, sobre limpeza e desinfeção (terminal) de superfícies não-críticas em quartos de internamento (equipa de brigada da limpeza/ elementos interligação/supervisores) (Apêndices IV e V).

No diagnóstico da situação (prévio ao meu estágio), tinham sido realizadas auditorias ao procedimento de limpeza, onde se puderam avaliar os tempos, os produtos utilizados e as principais dificuldades durante o processo.

Enquanto futura enfermeira especialista, deverei ser capaz de “liderar o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção” (OE, 2018), e por isso sei que poderei integrar projetos já iniciados por outros elementos, tendo de mobilizar conhecimentos e estratégias de adaptação para prosseguir com a sua implementação.

Posteriormente, já na minha presença e dos elementos do núcleo executivo do PPCIRA, em interligação com o elemento do departamento de gestão hoteleira, delineou-se um projeto de formação destinado a essa equipa dedicada. Projetou-se a elaboração de dez observações por trimestre como medida de auditoria, com acompanhamento durante duas semanas que seria feito por mim, enquanto atividade de estágio.

Numa fase posterior, enquanto indicador de resultado, previa-se a apresentação da sessão de formação em dois dias distintos. No entanto, durante o período de estágio o projeto de criação de equipas especializadas em limpeza/desinfecção terminal de quartos de internamento foi suspenso pela Administração da unidade de Saúde, pelo que não foi possível concretizar a atividade inicialmente planeada em projeto.

Inserida na governança clínica, a supervisão clínica é uma componente essencial na salvaguarda e na garantia da prática de qualidade. Deve ser vista como um fator de liderança no incentivo e apoio ao desenvolvimento ou avaliação da prática, seja em nível individual, de equipa ou organizacional. Enquanto enfermeira especialista, o papel de supervisor surge precisamente na salvaguarda do cumprimento de procedimentos estabelecidos no PPCIRA, através do desenvolvimento de capacidades de *coaching* e liderança. No caso de enfermeiros que trabalham na área do controlo de infeção, a ferramenta de *coaching* é essencial, dado que deve haver um compromisso nas relações que se estabelecem com o intuito do desenvolvimento profissional (Sarroeira et al., 2020). Com as sessões de formação que realizei, contribuí para a aquisição de habilidades apropriadas e desenvolvimento de novos conhecimentos na equipa, que são fundamentais para uma prática profissional mais produtiva e satisfatória.

Só um elemento com características de líder/*coach*/supervisor, através de uma comunicação eficaz com as equipas, poderá levar a uma melhoria do desempenho profissional, com impacto ao nível da produtividade e na satisfação dos envolvidos. Em controlo de infeção, este deve ser uma pessoa com saber, perícia e método, a

quem se dê valor e se confie (Donner & Wheeler, 2009 citados por Sarroeira et al., 2020), daí a importância da escolha criteriosa do elemento nestas funções.

Por fim, pude ainda assistir a uma sessão de formação sobre Gestão de Risco em PPCIRA, com vista à compreensão da importância da gestão de problemas prioritários e urgentes nas intervenções delineadas no programa. A adicionar a isto, foi-me possibilitada a visita ao laboratório de Microbiologia, e ao serviço de Brigada de Limpeza e Lavandaria do hospital, para melhor compreender os circuitos dos produtos microbiológicos e o seu papel no diagnóstico correto e atempado, bem como o circuito de sujos e de roupa oriundos dos vários serviços.

Durante o estágio, tive a oportunidade de frequentar as IX Jornadas da Associação Nacional de Controlo de Infecção - “Realinhar Objetivos para o Futuro” (Anexo I), onde foram apresentadas várias experiências de serviços a nível nacional, e do qual destaco: a importância da atualização do novo despacho do PPCIRA (10901/2022) e principais dificuldades na sua implementação; prevenção e controlo de enterobactérias produtoras de carbapenemos, e o impacto da formação em projetos de controlo de infeção.

As consequências do cuidado humano relacionadas à organização incluem a redução das taxas de IACS's, a redução dos custos hospitalares e a melhoria da produtividade (Ghanbari-Afra et al., 2022). Apesar de não envolver a prestação direta de cuidados aos doentes internados, o papel dos elementos do PPCIRA é fundamental na área do cuidar, através de outras funções, nomeadamente sessões de consultoria com delegados de informação médica, para escolha de compra de material (elixires bucais, desinfetantes e cateteres venosos periféricos), as quais pude observar neste contexto.

Neste programa, há que tomar decisões custo-efetivas, baseadas na evidência mais atual, com vista à melhoria dos cuidados aos doentes, mas também ao crescimento das organizações. O pensamento crítico em enfermagem define-se como um processo que engloba a “habilidade intelectual que o indivíduo possui para procurar, identificar e desafiar premissas do raciocínio que considera relevantes

para a tomada de decisão; a capacidade para conjugar a experiência, o conhecimento e o raciocínio na identificação e exploração de quadros alternativos de referência tendo em conta o contexto” (Peixoto & Peixoto, 2017, p. 133). Neste sentido, este estágio permitiu-me compreender a necessidade de sermos críticos na análise dos dados científicos, e aplicar as medidas de forma rigorosa.

Há que ter capacidade de ler as “entrelinhas” e os desafios nas várias dimensões, sob pena que querermos alterar e agir sobre todos os problemas, perdendo o foco no prioritário para a organização, e acima de tudo para as pessoas.

Este estágio em PPCIRA terá bastantes implicações na minha prática profissional, pelo fato de me ter permitido alargar os horizontes acerca da intervenção do enfermeiro nesta área. Pude compreender que, para operacionalizar o PPCIRA, se torna fundamental analisar os dados da evidência científica, definindo as áreas prioritárias de intervenção, usar linguagem simples, lançando questões para colocar os elementos a pensar nas soluções, não assumindo que tudo tem de ser feito– “mais vale aproximadamente agora do que exatamente nunca”. Em controlo de infeção, mais do que olhar para dados de relatórios, trata-se de mudar mentalidades e, para tal há que usar estratégias de liderança e de mudança comportamental inovadoras.

Mais do que conceitos de controlo de infeção, consegui mobilizar outras competências pessoais importantes que ficarão para a minha prática profissional e vida pessoal. Entre eles, passo a elencar: capacidade de resiliência e de gestão de tempo e de prioridades; capacidade de síntese e de resumo de forma a fazer passar a mensagem; gestão de risco (tendo um bom ou mau resultado, temos de trabalhá-lo e evoluir ao longo do tempo e pensar se “se eu não fizer isto, o que de pior pode acontecer?”, fazendo o melhor que posso fazer naquele momento, tendo em conta o cenário e o risco e capacidade de análise de dados.

A partilha diária das experiências vividas no contexto, com o enfermeiro orientador, e a minha partilha de artigos científicos e experiência profissional com o mesmo, permitiu numa dinâmica de “win-win”, o acréscimo de conhecimento

para ambas as partes, numa perspetiva de supervisão de pares em que ambos podem crescer no processo.

2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA

Após creditação à UC “Vigilância e Decisão Clínica” (UCI), e por estar definido como obrigatório pelo regulamento do Mestrado (UCP, 2023), o terceiro contexto de estágio foi o SU de um hospital público (“Contexto 3”) entre 24 de outubro e 16 de dezembro de 2023, com a duração de 180 horas.

O hospital público escolhido está integrado no SNS, com uma das maiores áreas de influência do país, servindo aproximadamente 600.000 habitantes de concelhos com uma elevada densidade populacional e diversidade sociocultural. Tem como “objetivo principal prestar, de forma integrada com as restantes unidades de saúde da sua região, cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores” (Instituição 3 [Confidencial], 2023). Segue como princípios, a qualidade e humanização dos cuidados prestados; dignidade pela pessoa humana; visão do utente como um todo; trabalho em equipa multidisciplinar e disponibilidade para a mudança.

O SU tem como missão a prestação de cuidados de saúde urgentes e emergentes aos doentes em todas as situações enquadradas nas definições de urgência médico-cirúrgica e a investigação, ensino e formação de profissionais de saúde e de outros profissionais (sendo reconhecido como “hospital com ensino Universitário”) (Instituição 3 [Confidencial], 2019).

Ao longo da maioria do meu percurso profissional, exerci funções em unidades de cuidados intensivos polivalentes, daí que o trabalho num SU esteja envolvido em uma dinâmica muito diferente à que estava habituada. Optei por um local onde pudesse ter contato com o real conceito de urgência, com todas as adversidades e

constrangimentos retratados atualmente (rácios deficitários, fluência elevada, condições estruturais mais desafiantes), de modo a tomar consciência dos desafios diários dos profissionais de saúde destes serviços. A escolha deste local de estágio, recaiu ainda sobre o fato de ser referência no que concerne à diversidade de pessoas com doenças do foro médico-cirúrgico admitidos, que trabalha com uma equipa multidisciplinar perita nesta área, assente na prestação de cuidados médicos e de enfermagem de qualidade, que permitem o rápido e correto diagnóstico e tratamento das situações emergentes e urgentes, bem como o cumprimento dos tempos de espera recomendados pelo Protocolo de Triagem de Manchester (PTM).

A equipa de enfermagem deste SU é constituída por uma enfermeira-chefe, três enfermeiros responsáveis e cinco equipas de enfermagem constituídas por vinte elementos cada uma, onde fui integrada sob supervisão da enfermeira orientadora. A equipa médica está subdividida em especialistas em presença física, ou em regime de consultadoria, sob direção do diretor de serviço. Existe ainda a equipa de assistentes operacionais (cinco equipas, cada uma com treze elementos), equipa administrativa, técnicos de diagnóstico e terapêutica, serviço social e elementos de segurança de empresa privada (Instituição 3 [Confidencial], 2019).

O diagnóstico da situação surgiu após a integração inicial na equipa de enfermagem, conhecimento inicial do contexto de prestação de cuidados e suas principais áreas funcionais, reunião com supervisora clínica do contexto para avaliação de necessidades na área da formação, e ainda após uma reunião com o elemento responsável do serviço pela área da formação.

Para este contexto, defini como objetivo geral: desenvolver competências técnicas, científicas, relacionais e éticas no cuidado especializado à PSC e sua família, em contexto de urgência.

A enfermagem em urgência define-se pela diversidade de conhecimentos, de doentes e de processos de doença (...), implicando a prestação de cuidados a todas as populações de todas as idades, de forma especializada” (Sheehy, 2001, p. 3).

A atividade do SU está distribuída em duas áreas principais: área de observação de ambulatório de medicina/cirurgia, ortopedia e especialidade cirúrgicas, e Unidade de internamento de curta duração /Serviço de Observação (Instituição 3 [Confidencial], 2023, p.5). Da primeira fazem parte “boxes” de atendimento para observação clínica e realização de tratamentos, procedimentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Na segunda, o propósito é estabilizar clinicamente os doentes provenientes das Áreas de Atendimento e Sala de Reanimação, por um período de tempo que não deverá ultrapassar as quarenta e oito horas. A adicionar a estas, a área de admissão, local onde se faz a inscrição do episódio de urgência e registo da identificação das pessoas, e a área de Triagem, onde é atribuída uma prioridade clínica para a primeira observação médica, de acordo com o PTM (Instituição 3 [Confidencial], 2023). Durante o estágio pude prestar cuidados em todas as valências do SU, exceto na Ortopedia/ Pequena Cirurgia.

O primeiro objetivo específico a que me propus foi: **desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica em contexto de serviço de Urgência e sua família**. Irei apresentar situações que me levaram à consecução do mesmo. No fim de cada uma, foi sempre realizada a técnica de *debriefing* com a enfermeira orientadora, a fim de esclarecer dúvidas, obter orientações e desenvolver conhecimento, como delineado no projeto inicial.

Durante a primeira semana de estágio, logo após a passagem de turno no serviço de observação, fiquei alerta para a Sr^a Maria (nome fictício), que tinha apresentado um agravamento do seu estado hemodinâmico nas últimas horas. Tratava-se de uma pessoa de género feminino, de 67 anos, com o diagnóstico de choque séptico de ponto de partida abdominal, com admissão no SU há sensivelmente 48 horas, com antecedentes pessoais de pancreatite aguda, com necessidade de internamento prolongado na UCI do mesmo hospital.

“A sépsis é definida como uma disfunção orgânica com risco de vida causada por um sistema desregulado em resposta do hospedeiro à infeção. O choque séptico

deve ser considerado um subconjunto da sépsis em que anormalidades circulatórias, celulares e metabólicas subjacentes contribuem para um maior risco de mortalidade do que aquela representada apenas pela sépsis” (Guarino et al., 2023, p.1).

Na passagem de turno já tinha sido transmitido que a pessoa em causa se apresentava mais prostrada, sudorética e com perfil hipotensivo. Estava sob perfusão de soroterapia por controlador de gota em infusão lenta. Aguardava reavaliação médica após colheita de sangue para análise.

Quando terminou a transmissão dos cuidados de enfermagem, após discussão com a enfermeira orientadora concluímos, em equipa, que seria uma pessoa a priorizar durante a nossa avaliação inicial do turno.

Tinha sido atribuída à D. Maria uma pulseira de cor laranja pelo PTM (Instituição 3 [Confidencial], 2023), o que implica tempo de espera alvo de 60 minutos, e que havia sido cumprido para a primeira avaliação médica.

A metodologia de PTM constitui um meio objetivo de determinação da prioridade clínica para o tempo para a primeira observação médica, baseada na identificação de problemas identificados nos utentes que recorrem ao serviço de urgência, e assegurando que os que necessitam de cuidados urgentes e/ou emergentes os recebem de forma pronta e rápida. Este sistema garante a que o processo de tomada de decisão realizado pelo profissional de saúde seja o mais adequado face à segurança da pessoa, enquadrando-o em uma de cinco prioridades clínicas possíveis (emergente, muito urgente, urgente, pouco urgente, não urgente) (Instituição 3 [Confidencial], 2023).

O choque séptico é uma condição potencialmente fatal e dependente de uma atuação rápida no sentido de minimizar o elevado risco de mortalidade que acarreta para os doentes (Guarino et al., 2023). A identificação precoce e manejo adequado nas primeiras horas após o desenvolvimento da sépsis pode melhorar os resultados (Evans et al., 2021).

Iniciei então a minha avaliação do doente segundo a metodologia de avaliação primária do doente “ABCDE” (*Airway, Breathing, Circulation, Disability and Exposure*) (*American Heart Association, 2020*), verificando a via aérea da doente, que se encontrava permeável e observando que o padrão respiratório da doente se tinha agravado (taquipneia, superficial). Procedi ao aumento de aporte de oxigénio, dada a dessaturação concomitante. A oxigenoterapia foi iniciada a 15L/min através de uma máscara reservatório e titulada para saturações periféricas de oxigénio entre 94–98% (Guarino et al., 2023) tal como é preconizado pela *Surviving Sepsis Campaign*. No que respeita à circulação, após reavaliação da tensão arterial reparei que a doente estava mais hipotensa (tensão arterial de 86/58 milímetros de mercúrio), com pele viscosa, e do ponto de vista da disfunção neurológica, mais prostrada (*score de glasgow* de 8 – com abertura lentificada de olhos a estímulos dolorosos, com resposta através da emissão de sons incompreensíveis e com movimento em retirada. Decorridos uns minutos, dado que a doente apresentava tensões arteriais não invasivas imensuráveis, aumentei o aporte de soro em perfusão para reposição de volémia após validação com médico responsável pela Sr^a Maria.

Planeei em conjunto com a orientadora, puncionar novo acesso periférico e procedi à administração de 200mg de hidrocortisona por via endovenosa por indicação médica, após a profissional ter sido alertada para os sinais clínicos de agravamento. A administração do corticóide endovenoso também é algo justificável no tratamento da sépsis, pelo estado pró-inflamatório e cascata de citocinas que contribuem significativamente para a sua manifestação (Guarino et al., 2023).

Após alguns minutos, a Sr^a Maria mantinha tensões arteriais não invasivas imensuráveis. Encontrava-se nesse momento taquicárdica (frequência cardíaca de 135 pulsações/min) e menos responsiva. Comuniquei à equipa médica, e foi agilizado o processo de transferência para a Unidade de Internamento de Curta Duração. Na altura, outros dois enfermeiros estavam presentes, no sentido de colaborar na transferência e agilizar o processo, colaborando no transporte pelo serviço que se encontrava repleto de famílias. Neste local, mantendo tensões

arteriais não mensuráveis iniciei, por indicação médica, perfusão de noradrenalina (10mg/50ml) a 2 ml/h, tendo-se assistido a uma reversão progressiva do quadro de hipotensão severa. A patogénese do choque séptico está intimamente relacionada à perda do tônus vasomotor com consequente vasodilatação sistêmica e hipotensão, daí que esta intervenção esteja de acordo com o definido segundo as recomendações da *Surviving Sepsis Campaign*, que apontam uma tensão arterial média alvo de 65 milímetros de mercúrio, e que indicam a noradrenalina como fármaco de primeira escolha (Guarino et al., 2023).

O transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica envolve múltiplos riscos para os quais o enfermeiro tem de estar consciente, de modo a que este seja seguro e eficaz. Os riscos inerentes ao transporte intra-hospitalar são minimizados quando é realizado um planeamento cuidado, desenvolvido pelo enfermeiro (Monteiro, 2022). Nesta situação, após a avaliação inicial, comunicou-se ao serviço de destino, o nome e diagnóstico da pessoa, e questionou-se o número da cama de destino. Posteriormente, eu realizei a transmissão formal, entre equipas de enfermagem, da situação clínica e terapêutica em curso, segundo o preconizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI et al., 2023, p.21).

Após a transferência, a doente ficou internada na Unidade de Internamento de Curta Duração onde foi monitorizada, já com tensões mensuráveis (apesar de hipotensa: 70/46 milímetros de mercúrio à primeira reavaliação), mais responsiva, mas ainda taquicárdica⁵. Atendendo à minha experiência profissional anterior, apercebi-me da situação sob uma perspetiva global e não em termos isolados, mobilizando a minha intuição perante a situação vivida (Benner, 2001). Estes momentos tão caraterísticos e tão “frequentes” num SU cativam-me e vieram confirmam a minha preferência por cuidados de saúde a PSC, que de um momento para o outro podem agravar, e que exigem de mim enquanto profissional uma capacidade de adaptação e reformulação de prioridades.

⁵ “Presta cuidados à pessoa em situação emergente, e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (OE, 2018)

Recordo-me de uma outra situação em que, durante um turno na Unidade de internamento de curta duração, prestei cuidados à Sr^a Iracema (nome fictício), de naturalidade cabo-verdiana, com os diagnósticos de insuficiência cardíaca congestiva e gripe A, com antecedentes pessoais de cegueira total e de prótese do joelho esquerdo, com fratura da rótula no mesmo joelho, não tratada. Durante os cuidados de higiene, a Sr^a Iracema apresentava-se queixosa, com emissão de gemidos (sob paracetamol endovenoso prescrito em esquema). Não obstante ter tido o cuidado especial com os posicionamentos, não lateralizando para o lado da fratura, a dor na escala quantitativa de dor aquando da avaliação era de “9” em que 10 é considerada “dor máxima”, o que me levou a informar a médica da necessidade de progredir na terapêutica analgésica prescrita. A identificação da dor é uma competência de enfermagem especializada, bem como saber intervir adequadamente através de medidas farmacológicas e não farmacológicas (OE, 2018).

Tive sempre o cuidado de explicar e antecipar os cuidados que iria ter, no entanto, aquando da observação de uma médica de especialidade, verifiquei que esta abordava a Sr^a sem antes lhe explicar o que fazia. Alertei a médica quanto à cegueira da mesma, ao que ela me respondeu “a senhora não vê, mas ouve”. Neste momento, expliquei que a Sr^a Iracema estava consciente, mas que para além de ser cega, não percebia bem português e que se assustava quando lhe tocavam sem avisar. O enfermeiro tem o dever deontológico (OE, 2015) de “salvaguardar os direitos da pessoa com deficiência” (Artigo 81) e de servir como modelo à restante equipa, “identificando evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar” (OE, 2018, p. 19363) e nesta situação em particular pude observar após o comentário da profissional, que a pessoa se tinha sentido desconfortável e até triste (pelo fâcies que apresentava). “Empatia é a capacidade de uma pessoa compreender os sentimentos de outra, colocando-se psicologicamente na circunstância dessa pessoa” (Ghanbari-Afra et al., 2022, p. 252).

Há que adaptar as nossas estratégias enquanto enfermeiros, no sentido de facilitar a “comunicação na pessoa com barreiras à comunicação” (OE, 2018). Neste caso, confortei a Sr^a Iracema, e certifiquei-me que iria administrar medicação analgésica mais eficaz no seu controlo da dor. A pessoa é que sabe a dor que sente, e quem presta os cuidados deve permitir que a orientação do processo terapêutico parta da mesma (Tomey & Alligood, 2004). O fâcies da Sr^a Iracema foi ficando mais descontraído, e a mesma referiu que a “dor estava a melhorar”, o que me fez sentir que fiz a diferença na vida daquela pessoa⁶. Tal como dizia Watson (2002), “talvez a razão de estar na terra seja este momento, com esta pessoa”.

Outra situação que proporcionou a oportunidade de desenvolvimento de competências⁷ foi a prestação de cuidados ao Sr. Joaquim (nome fictício), de 71 anos, com o diagnóstico de insuficiência respiratória descompensada com isolamento por gotículas por infeção a vírus sincicial respiratório, com admissão no SU há sensivelmente 48 horas, com antecedentes pessoais de pneumonia de repetição. Na passagem de turno tinham-nos transmitido que a pessoa em causa estava em isolamento de gotículas pela infeção viral, e que se encontrava em agravamento progressivo, com períodos de dessaturação mais frequentes, e necessidade de aumento de aporte de oxigénio. À minha observação, encontrava-se taquipneico, dessaturado (saturações periféricas de oxigénio de 89%), taquicárdico, referindo maior cansaço, sem posição de conforto no leito, sentando-se à beira da cama várias vezes, verbalizando sentir-se melhor com as pernas para fora.

Informámos a médica que estava responsável pelo Sr. Joaquim da situação observada, tendo esta procedido à colheita de uma gasimetria arterial que revelou uma hipoxémia grave (Pressão parcial de oxigénio de 65 milímetros de mercúrio). Foram administrados 100 mg de hidrocortisona e 2mg morfina por via endovenosa.

⁶ “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”(OE, 2018).

⁷ “Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador”

Nesta altura, a pessoa ficou ligeiramente mais tranquila, mas manteve sinais de dificuldade respiratória, com fácies de desconforto e dessaturado. Acabou por me verbalizar que já no ano anterior tinha estado internado na “época do Natal” e que isso o estava a deixar muito ansioso e que “já não passava deste ano” (sic.). Verbalizou ainda que não tinha falado com os filhos, daí que eu tenha proporcionado a oportunidade, (no momento de ligeira melhoria, após a administração de morfina) de este contactar telefonicamente o filho, e informá-lo que estava internado. O Sr. Joaquim ficou a partir daí, ligeiramente mais calmo⁸.

“O cuidado humano exige a presença real do enfermeiro ao lado do leito dos pacientes” (Ghanbari-Afra et al., 2022, p. 249), daí que seja fundamental o enfermeiro estar junto à PSC, disponível, no sentido de trazer equilíbrio e tranquilidade através de palavras e atos. Um enfermeiro ansioso, inseguro e com pouca capacidade de gestão de emoções, não servirá de modelo para uma pessoa, que também ela, se encontra na mesma dinâmica de desregulação emocional.

A comunicação deve ser sempre orientada para um objetivo específico, com uma intencionalidade dirigida para a situação da pessoa, e pressupõe a utilização de um conjunto de técnicas de comunicação verbal e não verbal, tais como a escuta, o toque, o olhar, a aceitação, o silêncio, a assertividade, a empatia, a validação e a explicitação (Amorim & Silva, 2014).

Por manter quadro de agravamento progressivo, discuti com a médica responsável pelo Sr. Joaquim, acerca do método ventilatório mais adequado para tratamento - ventilação não invasiva ou oxigenoterapia de alto fluxo por cânula nasal (OAFCN), tendo-se optado, em equipa, pela segunda. Esta terapia é recomendada no tratamento da insuficiência respiratória aguda, permitindo preencher uma lacuna existente na escalada de suporte ventilatório, entre a oxigenoterapia convencional de baixo débito (cânula nasal, máscara simples, máscara de Venturi) e a ventilação mecânica não invasiva ou invasiva (Ricard et al.,

⁸ “Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela PSC” (OE, 2018)

2020 citados por Cordeiro, 2023). A escolha por este método veio confirmar as recomendações da *European Respiratory Society* que diz que quando comparada a utilização da OAFCN com a VNI nos doentes com IRA hipoxémica, se verifica uma diminuição na mortalidade a curto prazo (primeiros 28 dias) bem como na necessidade de entubação traqueal nos doentes submetidos à primeira opção (Oczkowski et al., 2022 citados por Cordeiro, 2023).

No momento em que a enfermeira orientadora me informou do plano de início deste tipo de oxigenoterapia, senti-me mais tranquila, pois começava a antever a possibilidade deste doente ser ventilado mecanicamente. Atendendo à minha experiência profissional anterior, apercebi-me da situação sob uma perspetiva global e pude atuar de forma intuitiva perante a situação, compreendendo objetivamente o problema. Quando o conhecimento refina através das experiências anteriores e da teoria conhecida, o cuidado é efetuado de uma forma natural e atempada, prevendo, inclusive, situações problema (Benner, 2001).

Apressei-me para a sala de equipamentos onde estavam armazenados os equipamentos de oxigénio de alto fluxo, e comecei por montar o sistema, expurgando-o com água destilada e ajustando os parâmetros iniciais. A OAFCN permite o fornecimento de uma mistura de ar-oxigénio, aquecido e humedecido, com um fluxo até 60 litros por minuto e uma fração de oxigénio inspirado (FiO₂) entre os 21% e os 100%, por cânula nasal de grande calibre, flexível e confortável (Long et al., 2021). Quando a utilização da OAFCN está indicada, torna-se necessário definir os parâmetros de fluxo, FiO₂ e temperatura a instituir. Deve iniciar-se a terapia implementando um fluxo entre os 20 e os 35 L/min, e uma FiO₂ ajustada às saturações periféricas de oxigénio-alvo para a pessoa (Hyzy, 2022). Programei, no entanto, o equipamento para parâmetros mais elevados, 50l/min com uma Fio₂ de 78%, tendo por base o ajuste para a situação de descompensação hemodinâmica do Sr. Joaquim.

Considerando que a maioria das pessoas submetidas a OAFCN apresenta hipoxémia grave, o *timing* de implementação da terapia e a avaliação/ interpretação

da condição clínica da pessoa, são fundamentais para o sucesso da mesma. Os autores realçam por isso a necessidade de implementar planos de formação que permitam a adequada capacitação dos profissionais (Kim et al., 2020). Neste seguimento, acabei por ter um papel de supervisora, quando uma colega recém-licenciada me questionou quanto à forma de preparação do equipamento para início de OAFCN. A supervisão (neste caso de pares) pressupõe um acompanhamento que, por meio da reflexão e da análise da prática clínica, tem como objetivo a promoção da tomada de decisão autónoma dos enfermeiros, de forma a potenciar a segurança dos cuidados e a proteção das pessoas (Rocha et al, 2021). Nesta situação contribuí para a formação “*on the job*” à colega que aproveitando, proactivamente, a situação de necessidade de cuidados, optou por ver uma oportunidade de crescimento profissional. A supervisão clínica enquanto intervenção por parte do enfermeiro especialista, visa promover altos padrões clínicos e desenvolver conhecimento profissional, apoiando a equipa, ajudando-a a prevenir problemas em ambientes de práticas ocupadas e stressantes.

O SU, pelas suas características, estrutura física, afluência e tipologia de doentes, exige estratégias de ação mais eficazes para a deteção e abordagem precoce ao doente com colonização/ infeção no sentido da evicção do desenvolvimento de uma IACS (Domingues et al., 2016).

O cumprimento das medidas de isolamento, da higiene das mãos, o controlo ambiental e outras medidas de precauções básicas de controlo de infeção devem ser alvo de sensibilização aos profissionais de saúde em SU, fomentando a adaptação da teoria a um contexto com condições por vezes muito “adversas” no que toca à prevenção e controlo de infeção. Neste sentido e, inserida na competência de estratégias pró-ativas a implementar no serviço⁹, sempre que observei uma situação que me parecia menos “correta” no que toca a este tema, alertei a orientadora supervisora e implementei/ sugeri medidas corretivas. São exemplo disso, o alerta

⁹ Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados na área da prevenção e controlo de infeção

para a necessidade de alocar pessoas sob OAFCN a unidades na extremidade das enfermarias pelo risco de disseminação acrescida de partículas virulentas (em casos de diagnósticos de infeções virais), ou a necessidade de incentivar o uso de máscara cirúrgica por estas pessoas, pelo mesmo motivo.

No projeto inicial tinha delineado a realização de sessão de formação subordinada ao tema: “Controlo de infeção em SU” (formato *online*). No entanto, após validação com elemento do serviço responsável pela área do controlo de infeção, por ter sido realizada formação sobre o tema há relativamente pouco tempo, considerou-se que esta atividade não seria aplicável. Em alternativa, e pelo papel de observadora externa (com experiência em auditoria clínica), optei por partilhar com a orientadora e elemento de gestão (elo de interligação com o PPCIRA) algumas atividades/aspetos que considerei pertinentes otimizar no serviço no que concerne ao controlo de infeção. Passo a citar: embalagens de lâminas de laringoscópio perfuradas na sala de reanimação; seringas para perfusão mal acondicionadas em cima da bancada de preparação de terapêutica; uso incorreto de EPI’s por alguns assistentes operacionais aquando da prestação de cuidados de higiene; ausência de descontaminação dos obturadores dos cateteres venosos periféricos com solução antisséptica; ausência de higiene das mãos antes do contato com a pessoa / preparação de terapêutica ou após procedimentos como colheita de sangue; toque nos ecrãs dos monitores cardíacos e cortinas com luvas contaminadas; ausência de descontaminação de garrotes após colheita de sangue e abertura de gavetas do carro de colheitas com luvas, e ainda preparação de injetáveis em bancadas de trabalho lotadas de material e não higienizadas.

Outra das atividades projetadas foi a realização de um panfleto informativo (Apêndice VI) sobre tipos de isolamento (mais comuns) dirigido a visitas. No Serviço de Observação, pude cuidar de várias pessoas em regime de isolamento de contacto, ou de gotículas, tendo as mesmas a possibilidade de terem visitas no período estipulado no serviço. No entanto, dado o volume elevado de trabalho no local, (e pela impossibilidade de estar presente junto à pessoa no momento da

chegada das visitas), muitas das vezes não era possível o devido esclarecimento sobre os EPI's corretos a utilizar e o motivo do isolamento do familiar/ pessoa significativa. Este fato, aliado à ausência de monitorização da correta higiene das mãos poderá ser um fator acrescido na infeção cruzada entre visita-pessoa e depois visita-comunidade, ou mesmo entre visita-pessoa das unidades mais próximas, num ciclo que perpetua a cadeia de transmissão. Neste sentido, acabei por operacionalizar uma ação da política interna deste local de estágio que preconiza que “deve ser feito ensino à família e utente sobre o motivo do isolamento, medidas de proteção a adotar e correta colocação/remoção dos EPI's” (Instituição 3 [Confidencial], 2023).

Para além disso e, após a heteroavaliação final, pude perceber que enquanto estudante, servi de *role model* no local, nomeadamente no que toca à higiene das mãos, o que reforça o que Al-Maani et al (2022) dizem sobre o aumento da adesão às práticas de higiene das mãos através da implementação do modelo positivo no procedimento. Um enfermeiro especialista deve ser sempre um agente de mudança no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados, através da liderança pelo exemplo.

Para atingir outra das competências¹⁰, e respondendo ao desenvolvido ao longo da revisão de literatura que norteou o meu percurso enquanto futura mestre, optei por contribuir para a adoção de práticas de *Mindfulness* pelos profissionais de saúde.

O trabalho emocional, ainda não é inteiramente reconhecido como uma competência essencial de enfermagem, mas o *Mindfulness* pode ser uma das que se pode desenvolver (Macauley et al., 2018), nomeadamente no que respeita à EMC. Pude aplicar em contexto de estágio os resultados da *scoping review* que vinha a desenvolver ao longo do mestrado em enfermagem, cujo objetivo foi mapear a evidência disponível sobre os benefícios das práticas de *Mindfulness* adotadas pelos

¹⁰ “Assiste a pessoa, família/ cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde” (OE, 2018)

profissionais de saúde que cuidam de PSC. Operacionalizei assim uma outra ação da política interna do local de estágio que preconiza o “desenvolver de ações de prevenção e proteção do bem-estar e da saúde mental dos trabalhadores, intervindo no indivíduo e nas causas que possam constituir fatores de risco psicossociais com impacto na saúde e no desempenho profissional” (Instituição 3 [Confidencial], 2023).

Por fim, realizei sessões de formação com um plano (Apêndice VII), para partilha dos resultados preliminares do que encontrei em termos de evidência científica no tema da revisão, com os elementos das equipas de profissionais do SU, e que incluíam uma sessão de meditação guiada (Apêndice VIII).

Numa primeira etapa, foi realizado um pedido formal através de *e-mail* ao elemento responsável pela formação do serviço, do qual constava enquadramento do tema pós diagnóstico de situação, objetivos da sessão de partilha, destinatários, local e hora da formação, bem como modo de divulgação aos profissionais e recursos didáticos necessários à sua implementação. Após a devida autorização deste elemento, procedeu-se à divulgação da formação (Apêndice IX), através de grupos de profissionais na rede social *Whatsapp*[®], bem como à afixação do cartaz em pontos estratégicos do serviço.

A sessão destinava-se a profissionais de saúde que exercem funções no SU (enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica) e outros profissionais (agentes da Polícia de segurança pública, elementos administrativos,...). Foram informados, de forma sucinta, do enquadramento da apresentação, com breve apresentação da estudante e objetivos da sessão, para assim se poder aumentar a adesão dos possíveis participantes.

Optou-se por agendar para o fim de dois turnos da manhã, para assim se conseguir abranger maior número de profissionais que pudessem estar interessados em assistir. No entanto, por ausência de elementos em número suficiente na primeira das datas, foi apenas realizada uma sessão. Este aspeto prendeu-se (pelo que verbalizaram comigo) com o fato de as pessoas não terem disponibilidade

temporal para ficarem após o turno e, pelo fato de se sentirem muito expostos quando se abordam estes temas (apesar de reforçarem a sua importância). Estiveram presentes na maioria enfermeiros (incluindo enfermeira gestora e duas enfermeiras responsáveis), assistentes operacionais e um médico.

Os objetivos específicos da sessão foram: identificar as situações laborais que geram dificuldades na gestão de emoções; partilhar estratégias de gestão emocional a implementar no seu quotidiano e demonstrar benefícios da meditação *Mindfulness* na gestão emocional dos profissionais de saúde no SU. A minha intenção foi primeiramente empatizar com os profissionais, mostrar que também eu no meu contexto necessito aplicar as práticas apresentadas, quais os benefícios que estas têm, e como as poderiam operacionalizar. A mensagem a transmitir foi “o que vocês sentem é normal e frequente, que estratégias podem usar de forma a continuarem a trabalhar num local tão exigente, como é o SU?”

No final da sessão foi aplicado um formulário de avaliação da sessão de formação (Apêndice X) do qual foi feita uma avaliação dos resultados. De uma forma geral, no final da sessão os profissionais verbalizaram ter gostado imenso do momento de meditação guiada, e mostraram-se por um lado surpresos por ter sido o tema da minha investigação durante o curso, e por outro agradecidos por “finalmente alguém se ter lembrado de estudar formas de cuidar os que cuidam”.

A visão inicial de “sair da minha zona profissional de conforto” que sempre foi a UCI, no início causou-me estranheza, receio e até alguma ansiedade. No entanto, a expectativa de conhecer uma realidade (escolhida por mim propositadamente), completamente diferente da qual estava habituada, veio comprovar que realmente, a resiliência e capacidade de adaptação foram competências pessoais que também tive oportunidade de desenvolver ao longo deste curso.

O cuidado especializado no SU vai muito mais além da prestação de cuidados de saúde urgentes e emergentes à pessoa em todas as situações, enquadradas nas definições de urgência médico-cirúrgica. Este estágio permitiu-me alargar a visão da importância do trabalho em SU na vida das pessoas, bem como a carga

emocional para os profissionais de saúde ao trabalharem num serviço como este. Pude assistir a várias situações de cuidados que não foram expostas ao longo do documento, mas que foram imensamente impactantes na minha construção enquanto futura especialista, numa perspetiva mais “macro” que me permitiu entender melhor o contexto.

Para além da doença física, há tantos motivos na base do recurso de uma pessoa ao SU – situações de pobreza e sem-abrigo, falta de vigilância adequada nos Cuidados de Saúde Primários, fraca adesão a terapêutica por dificuldades económicas, doença mental mal controlada ou agudizada, alcoolismo, readmissão de doentes idosos e dependentes por falta de resposta de rede de apoio e *burnout* do cuidador. A adicionar a estes, todos os outros fatores inerentes ao serviço e instituição, que passo a elencar: rácios de profissionais desadequados, falta de fixação dos mesmos por ausência de condições e valorização profissional; estruturas físicas precárias; recursos materiais escassos; população abrangida muito diversificada, entre outros.

É um local de trabalho complexo que envolve uma grande exigência física e psicológica, o que determina a necessidade de se criarem estratégias de gestão emocional, no sentido da garantia do empenho, motivação e qualidade de cuidados prestados pelos profissionais. Um dos aspetos que me chamou a atenção foi a equipa de enfermagem relativamente jovem, mas motivada e verbalizando algumas das vezes que “gostava de trabalhar ali, num caos organizado”. “O cuidado humano origina-se da visão de mundo específica do enfermeiro, que dá alta prioridade às pessoas” (Ghanbari-Afra et al., 2022, p. 252) e foi a isso que pude assistir neste contexto. Profissionais dedicados, que gostam do que fazem e que cuidam de forma humanizada. No entanto, pelas características físicas, materiais, humanas e de exigência de cuidados, debatem-se a cada turno com a necessidade de gerir prioridades, e as suas emoções. Por outro lado, observei profissionais cansados psicologicamente e que consideraram o tema que me propus apresentar, algo “fora

da caixa”, tendo alguns verbalizado até “que bom que alguém finalmente se lembra de nós”.

O cuidado de enfermagem de qualidade exige que “os enfermeiros atendam às necessidades físicas, psicológicas, emocionais, sociais e espirituais dos pacientes, para que os pacientes voltem a ter uma vida saudável e normal e para que haja satisfação tanto dos pacientes quanto dos enfermeiros” (Ghanbari-Afra et al., 2022, p. 246). Não obstante, se os enfermeiros só satisfizerem as necessidades dos outros, vão acabar exaustos física e psicologicamente, e sem reservas para se autocuidarem.

Aponto outras competências pessoais importantes que ficarão para a minha prática profissional: capacidade de adaptação a contextos menos controlados, capacidade de flexibilidade e adaptação em locais com menos recursos humanos e materiais; capacidade de gerir prioridades; capacidade de lidar com pessoas e colegas com diferentes formas de atuar; capacidade de comunicar com pessoas em diferentes fases de estadio de doença aguda/grave. A nível pessoal, para além das que elenquei, reforço a capacidade de superação que os enfermeiros têm e, a Humanidade com que se trabalha em contextos tão adversos como um SU.

No final deste estágio (aspeto notado pela docente orientadora), apesar de me sentir de “coração cheio” sentia-me desgastada fisicamente, mas acima de tudo psicologicamente. Apesar de trabalhar há vários anos em UCI, o lado mais “sombrio” de quem presta cuidados em ambientes mais complexos, nunca foi uma realidade a que assisti. Neste contexto de estágio, pude perceber de forma mais real, o fato de alguns contextos laborais não serem tão “confortáveis e controlados” como uma UCI. Os profissionais colocam em causa o seu desenvolvimento pessoal e vida familiar sob pena de vivenciarem o que de “pior” se pode ver no Ser Humano e isso tem, inevitavelmente as suas marcas se não forem desenvolvidas estratégias, nomeadamente de gestão emocional. Por outro lado, o fato de ter assistido a um espírito de equipa e de interajuda entre os colegas, foi esperançoso e permitiu-me ver que realmente é na adversidade que a vida se transcende.

Os profissionais de saúde em SU experienciam realidades que vão muito mais além da doença, ao serem a “porta de entrada” para pessoas com problemas que retratam a sociedade moderna e tudo o que de mais nefasto há na mesma. A criação de espaços para discutir as situações vividas na prática, compartilhar experiências, debater (*debriefing*) e prestar apoio mútuo, torna-se fundamental na manutenção da estabilidade no local de trabalho (Billings et al., 2021).

2.3. OUTRAS ATIVIDADES

Durante o curso de mestrado tive ainda a oportunidade de integrar a comissão organizadora do VI Seminário Internacional do Mestrado em enfermagem da UCP, com o tema “Conhecimento especializado de enfermagem para a fraternidade social” que decorreu em Novembro (Anexos II e III). Neste pude realizar a apresentação do poster científico com o tema da *scoping review* (Anexo IV), que será integrado num *E-BOOK* do seminário.

Em Agosto de 2023, a propósito da visita do Papa Francisco a Portugal, pude servir como voluntária nas Jornadas Mundiais da Juventude, na prestação de cuidados de enfermagem a peregrinos oriundos de vários países do Mundo à chegada a Portugal, no Campus universitário da UCP destinado para o efeito.

3. CONCLUSÃO

O presente relatório pretendeu ser o relato das experiências vividas ao longo do percurso da UC “Estágio Final e Relatório” num caminho que teve o seu início em 2022, aquando do começo do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em EMC.

Neste documento, através do processo reflexivo das oportunidades de aprendizagem significativas nos contextos de estágio foi descrita a aquisição de competências profissionais e de desenvolvimento pessoal, que servirão de base à otimização do meu contributo enquanto enfermeira especialista no meu local de trabalho.

No sentido de desenvolver as competências descritas no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC (OE, 2018) e as orientações da UC Estágio Final e Relatório fornecidas pela UCP, penso ter cumprido com sucesso, o objetivo geral e os específicos, por forma a atingir competências do enfermeiro especialista em EMC. A análise reflexiva que foi sendo tecida ao longo deste relatório tentou espelhar também a mobilização do saber teórico adquirido ao longo das várias UC's para a prática, nos contextos de aprendizagem escolhidos para estágio através da fundamentação das decisões baseadas na evidência, avançando assim para a identidade profissional especializada.

Na prestação de cuidados especializados aprimorei a minha capacidade de adequar os recursos à consecução das diferentes intervenções especializadas e prevenção de complicações e eventos adversos. Por outro lado, no diagnóstico de necessidades de formação nos contextos, na área da prevenção e controlo de IACS's

e da gestão emocional, pude partilhar os resultados da pesquisa realizada, contribuindo para o desenvolvimento profissional de vários elementos da equipa que se mostraram gratos e muito interessados no tema.

Outra das competências do enfermeiro especialista, valorizada pela OE, é a investigação pois só assim existirá uma autonomia científica e melhoria subsequente da prática da enfermagem e do desenvolvimento da disciplina. Optei por isso pela elaboração de uma revisão de literatura, de forma a poder transferir o conhecimento científico dos estudos de revisão para a prática clínica, apoiando o desenvolvimento de competências de mestre.

Quando a evidência é utilizada para definir a melhoria das práticas em vez de apoiar as práticas existentes, os cuidados de enfermagem acompanham os últimos avanços, e tiram partido dos novos desenvolvimentos do conhecimento.

Existem competências para além das técnico-científicas que deverão ser incluídas quando se fala na prestação de cuidados de enfermagem. O que me preocupa neste momento na Enfermagem, é o impacto do desenvolvimento pessoal do enfermeiro na prestação de cuidados à PSC. O mapeamento da evidência que desenvolvi será um contributo para o desenvolvimento de projetos de intervenção junto dos profissionais de saúde, reforçando a necessidade de *cuidar de quem cuida*. Pois só quando fazemos bem a nós próprios enquanto indivíduos, podemos fazer bem aos outros.

No decorrer do estágio nos diferentes contextos pude assistir nas várias situações de cuidados à complementaridade e equilíbrio da tecnologia avançada de saúde em direção à humanização de todo o sistema de saúde, aliando a ciência, a arte e a humanidade.

Tendo por base da revisão de literatura que desenvolvi na área do *Mindfulness*, sedimentei a ideia de que os princípios da atenção plena se ajustam aos valores e à filosofia do cuidado humanitário da profissão.

No que diz respeito a competências pessoais, sinto que este percurso me ajudou no desenvolvimento da gestão de expectativas, estabelecimento de prioridades e

capacidade de resolução de problemas em situações de maior complexidade e imprevisibilidade. Para além disso, a dificuldade que senti ao conciliar as demandas destes dois anos de curso, aliada à gestão com vida pessoal e outros projetos profissionais. Sendo o desenvolvimento pessoal o tema central deste relatório, considero que foi um caminho “*win-win*”, em que apliquei em mim, o tema sobre qual investiguei, e isso não poderia ter sido mais transformador.

Pude vivenciar momentos muito enriquecedores no que toca a aprendizagens, quer pela diversidade de situações quer pela partilha de saberes entre pares e outros elementos da equipa multidisciplinar, levando a uma reflexão sobre determinados aspetos da minha prática.

No entanto, termino este caminho de coração cheio, sentindo-me mais leve na prática, mas também com a noção que o “pensar enfermagem” me leva a “fazer melhor enfermagem” e a sentir-me mais motivada para seguir com o meu caminho na profissão. De fato, um enfermeiro especialista deve ser um enfermeiro que através da sua *expertise*, age como elemento de referência na equipa, contribuindo para a excelência do exercício, e para cuidados seguros e de qualidade. Este curso permitiu-me otimizar a minha capacidade de argumentação no meu contexto laboral, promovendo a supervisão dos pares através do fomentar da prática reflexiva, e do fortalecimento de estratégias de liderança através do exemplo, em determinadas áreas mais específicas no cuidado à PSC.

A teoria do cuidado humano onde suportei o meu percurso, inclui a capacidade de entender as necessidades e a situação da pessoa, ter experiências pessoais de cuidados com a mesma, e sentimentos de responsabilidade e compromisso baseado em valores pessoais humanos.

Acima de tudo, neste processo de desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista, confirmei que, Cuidar é tão ou mais válido que a cura, ao apostar na dimensão humana do cuidado.

A concretização deste curso de Mestrado traduz um marco importante no meu percurso académico, proporcionando o aumento de conhecimentos teórico--

práticos no âmbito do cuidado à PSC e de competências que espero colocar na prática no futuro. Neste seguimento, durante o término da elaboração deste relatório fui convidada a ser docente em outras UC's do Curso de Licenciatura em Enfermagem, nomeadamente a de PSC. Será mais um desafio que irei abraçar com um grande sentido de responsabilidade, dando o meu melhor para transmitir os meus conhecimentos, tentando contribuir para que uma nova geração de enfermeiros promova cuidados de qualidade, seguros e humanizados à PSC, nunca se esquecendo de cuidar também de si próprios como pessoas que são.

Concluindo, considero que é importante ser "*mindful*", estar no presente, aproveitar as experiências do passado, mas também perspetivar o futuro. Por isso, planeio a manutenção da minha prática profissional em contexto de UCI, já transpondo as competências específicas de enfermeira especialista, para a supervisão clínica na área da docência. Pretendo ainda otimizar o meu *curriculum* académico, prosseguindo na investigação académica que tanto me cativou neste percurso.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Referência*, 6, 54-59.
- Al-Maani, A., Al Wahaibia, A., Al-Zadjalia, N., Al-Sooti, J., AlHinaid, M., Al Badawie, A., Al Saidif, A., AlZadjalig, N., Elshoubarya, W., Al-Harthia, K. & Al-Abria, S. (2022). The impact of the hand hygiene role model project on improving healthcare workers' compliance: A quasi-experimental observational study. *Journal of Infection and Public Health*, 15, 324-330.
- Alvarez, C. (2020). Replenish at Work: An Integrative Program to Decrease Stress and Promote a Culture of Wellness in the Intensive Care Unit. *Critical care nursing clinics of North America*, 32(3), 369–381. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.05.001>
- American Heart Association (2020). Suporte avançado de vida cardiovascular. EUA: AHA.
- Amorim, R., & Silva, M. (2014). Comunicação não verbal efetiva/eficaz em sala de aula: percepção do docente de enfermagem. *Texto e contexto Enfermagem*, 23(4), 862-870.
- Anderson, N. (2021). An evaluation of a mindfulness-based stress reduction intervention for critical care nursing staff: A quality improvement project. *Nursing in critical care*, 26(6), 441–448. <https://doi.org/10.1111/nicc.12552>.
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. <https://synt hesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>.
- Bárbara, A. (2021). Tratamento e prevenção de infecções por Enterobacteriáceas produtoras de carbapenemases. (Trabalho final apresentado à

Faculdade de Medicina de Lisboa para obtenção do grau de Mestre integrado em Medicina).

- Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem (Queirós, A., & Lourenço, B. Trans.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2004). Designing formal classifications systems to better articulate knowledge, skills, and meanings in nursing practice. *American Journal of Critical Care*, 13 (5), 426-430.
- Billings, J., Abou Seif, N., Hegarty, S., Ondruskova, T., Soulios, E., Bloomfield, M., & Greene, T. (2021). What support do frontline workers want? A qualitative study of health and social care workers' experiences and views of psychosocial support during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*, 16(9).
- Brandão, M. Barros, A., Primo, C., Bispo, G. & Lopes, R. (2019). Teorias de enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 577-581. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>
- Cheung, E. O., Hernandez, A., Herold, E., & Moskowitz, J. T. (2020). Positive Emotion Skills Intervention to Address Burnout in Critical Care Nurses. *AACN Advanced Critical Care*, 31(2), 167–178. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2020287>.
- Chipu, M. G., & Downing, C. (2022). The development and implementation of a model to facilitate self-care of the professional nurses caring for critically ill patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 9(1), 26–35. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.12.010>.
- Cordeiro, D. (2023). Boas Práticas no Cuidado ao Doente Crítico Submetido a Oxigenoterapia de Alto Fluxo por Cânula Nasal (Relatório de estágio apresentado ao IPS/ UE/IPB/ IPP/ IPCB para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem da pessoa em situação crítica).
- Despacho nº 10901/2012. Atualiza o PPCIRA. Diário da República, 2.ª série — N.º 174 — 8 de setembro de 2022.
- Despacho nº 2902/2013. Programa prioritário PPCIRA. Diário da República, 2.ª série — N.º 38 — 22 de fevereiro de 2013.

- DGS (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- DGS (2013). Orientações Programáticas do PPCIRA. Lisboa: DGS.
- DGS (2020). Direção e Orgânica. [Consult. Fevereiro 2024]. Disponível na internet: <https://www.dgs.pt>.
- DGS (2021). Infecções e resistências aos antimicrobianos: Relatório Anual do programa prioritário. Lisboa: DGS.
- DGS (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. Lisboa: DGS.
- DGS (2023). Avaliação de risco e rastreio de *Enterobacterales produtores de carbapenemases* (EPC) e de *Staphylococcus aureus resistente a meticilina* (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento. Lisboa: DGS.
- Dias, T., Evangelista, C., Zaccara, A., Coeli, K., Dias, K., Costa, B., & França, J. (2023). Reflexão crítica da teoria de Jean Watson: estudo fundamentado no modelo de Chinn e Kramer. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 27 (8), 4203-4213.
- Domingues, S., Barros, T., Escada, A., & Almeida, E. (2016). O papel do enfermeiro na prevenção e controlo das IACS's no serviço de urgência. *Revista evidências*, 3.
- Duchemin, A., Steinberg, B., Marks, D., Vanover, K., & Klatt, M. (2015). A Small Randomized Pilot Study of a Workplace MindfulnessBased Intervention for Surgical Intensive Care Unit Personnel: Effects on Salivary α -Amylase Levels. *Journal of occupational and environmental medicine*, 57 (4), 393-399.
- Durham, M. L., Suhayda, R., Normand, P., Jankiewicz, A., & Fogg, L. (2016). Reducing Medication Administration Errors in Acute and Critical Care: Multifaceted Pilot Program Targeting RN Awareness and Behaviors. *The Journal of nursing administration*, 46(2), 75–81. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000299>.

- Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C., French, C., Machado, F., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W., Alshamsi, F., Angus, D., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G.,Delling, R. (2021). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. *Critical Care Medicine*, 49 (11), 1063-1143. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y>
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*. 15, 1-37.
- Filho, J., & Duarte, P. (2018). *Mindfulness* aplicada a estudantes com ansiedade: Uma revisão integrativa (Anais do III Congresso Internacional de Educação e Inclusão de Campina Grande). <https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/44790>.
- Fragata, J. (2011). Segurança dos doentes – uma abordagem prática. Lisboa: Lidel.
- Ghanbari-Afra, L., Adib-Hajbaghery, M., & Dianati, M. (2022). Human Caring: A Concept Analysis. *Journal of Caring Sciences*, 1 (4), 246-254.
- Gilbert, H. (2020). Florence Nightingale's Environmental Theory and its influence on contemporary infection control. *Australian College of Nursing* (27), 626-633.
- Gouveia, J., Teixeira, R., & Brandão, S. (2020). O poder da meditação. *Prevenir*, 10-15.
- Guarino, M., Perna, B., Cesaro, A., Maritati, M., Spampinato, M., Contini, C., & De Giorgio, R. (2023). Update on Sepsis and Septic Shock in Adult Patients: Management in the Emergency Department. *Journal of. Clinical Medicine*, 12, 1-23. <https://doi.org/10.3390/jcm12093188>.
- Gregório, S., Gouveia, J., Pinto, A. (2012). A prática do *Mindfulness* num programa breve de ajuda para estudantes que têm ansiedade a exames. In Vieira, D. (Org.), Apoio psicológico no ensino superior: um olhar sobre o futuro (p. 283-289). Porto: Instituto Superior de Contabilidade e de Administração do Porto.

- Hammer, G. (2021). Mindfulness and GAIN: The solution to burnout in medicine? *Paediatric Anaesthesia*, 31(1), 74–79. <https://doi.org/10.1111/pan.14033>
- Haque, M., Sartelli, M. , McKimm, J. & Bakar, M. (2018). Health care-associated infections – an overview. *Infection and Drug Resistance*, 11, 2321–2333.
- Hyzy, R. (2022). Heated and humidified high-flow nasal oxygen in adults: Practical considerations and potential applications. Waltham, MA: UpToDate. Heated and humidified high-flow nasal oxygen in adults: Practical considerations and potential applications – UpToDate.
- Joanna Briggs Institute (2015). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. Australia: Joanna Briggs Institute.
- Instituição 3 [Confidencial]. (2019). Regulamento interno do SU. Documento interno.
- Instituição 2 [Confidencial]. (2023). Plano de ação do GCL - PCCIRA. Documento interno.
- Instituição 3 [Confidencial]. (2023). Política de Prevenção de Fatores de Risco Psicossociais - Serviço de Saúde ocupacional. Documento interno.
- Instituição 3 [Confidencial]. (2023). Entidades de saúde. Documento externo.
- Kérrouac, S. (1994) – La pensée infirmière. Laval: Edition études vivantes.
- Kim, B., Kim, S., Kim, C., Cha, J., Lee, Y., Ko, Y., Kwack, W., Park, S.& Kim,J. (2020). Factors associated with failure of high-flow nasal cannula. *Respiratory Care*, 65(9), 1276-1284. <https://doi.org/10.4187/respcare.07403>.
- Kiss, T. (2017). Fighting burnout with SELF care. *Nursing Critical Care*, 12 (2), 6-9.
- Long, B., Liang, S. Y. & Lentz, S. (2021). High flow nasal cannula for adult acute hypoxemic respiratory failure in the ED setting. *The American Journal of Emergency Medicine*, 49, 352-359: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.06.074>.
- Loura, D., Bernardes, R., Baixinho, C., Rafael, H., Félix, I., & Guerreiro, M. (2020). Learning in research projects during nursing undergraduate

degree: Integrative literature review. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 293–304.

- Macauley, K., Plummer, L., Bemis, C. Brock, G. Larson, C., & Spangler, J. (2018). Prevalence and Predictors of Anxiety in Healthcare Professions Students. *Health Professions Education*. 4 (3), 176-185.

- McCready, R. (2020). Cleansing Your Stress Palate: Using Mindfulness Techniques in Daily Practice...Dynamics of Critical Care Conference, September 28–30, 2020, Windsor, Ontario. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 31(1), 11–11.

- Mancarella, J. Mindfulness techniques for clinical nurses. *Nursing*, 53 (1), 28–29.

- Monteiro, A. (2022). Transporte Intra-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica: o papel do enfermeiro (Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem da pessoa em situação crítica).

- Newman, M., Smith, M., Pharris, M., & Jones, D. (2008). The Focus of the Discipline revisited. *Advances in Nursing Science*, 31, E16–E27.

- Nunes, L. & Poeira, A. (2021). Apostilha de Investigação. I. Da origem à disseminação do conhecimento. Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36172/1/Apostilha%20de%20Investigacao%20_2021.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos. <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf> >. ISSN 1646-25-29.

- Owens, R. A., Alfes, C., Evans, S., Wyka, K., & Fitzpatrick, J. J. (2020). An exploratory Study of a 3-Minute Mindfulness Intervention on Compassion Fatigue in Nurses. *Holistic Nursing Practice*, 34(5), 274–281. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000402>.
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C. et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372 (71), 1-9.
- Peixoto, T., & Peixoto, N. (2017). Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 13, 125- 138.
- Perrenoud, P. (1999). Construir competências é virar as costas aos saberes? *Pátio, Revista Pedagógica*, 11, p. 15 - 19.
- Peters, E. (2018). Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*, 1-15. DOI:10.1111/nuf.12274.
- Pinto, A., Carvalho, J. (2019). *Mindfulness* em contexto educacional. Lisboa: Coisas de Ler. ISBN 978 -989 -8878 -20 -5.
- Prinsloo, C. J., & Jooste, K. (2022). Experiences of nurses practising mindfulness during self-leadership in delivering a rapid response system for general wards in a private hospital in Gauteng. *Curationis*, 45(1), e1–e9. <https://doi.org/10.4102/curationis.v45i1.2298>.
- 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, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de Julho de 2018.
- Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de Fevereiro de 2019.

- Riegel, F., M., Crossetti, Martini, J., & Nes, A. (2021). Nightingale's theory and her contributions to holistic critical thinking in nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74 (2), 1-5. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0139>.
- Rushton, C. H., Swoboda, S. M., Reller, N., Skarupski, K. A., Prizzi, M., Young, P. D., & Hanson, G. C. (2021). Mindful Ethical Practice and Resilience Academy: Equipping Nurses to Address Ethical Challenges. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 30(1), e1–e11. <https://doi.org/10.4037/ajcc2021359>.
- Sarroeira, C., Cunha, F. & Simões, J. (2020). *Coaching & Enfermagem: Uma Análise Qualitativa da Literatura*. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8 (1), 42-56.
- Serrão, C. & Peixoto, C. (2020). Impacto de práticas breves de *Mindfulness* no otimismo, vergonha interna e stresse percebido de estudantes do ensino superior. *Sensos- e*. 2 (2), 86-95. <http://doi.org/10.34630/sensose.v7i2.3676>.
- Sheehy, S. (2001)– *Enfermagem em Urgência, da Teoria à Prática*. 4ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-16-9.
- Silva, S. (2021). A supervisão clínica e os estilos de vida de estudantes de enfermagem em ensino clínico. (Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para obtenção do grau de Mestre em supervisão clínica em enfermagem).
- SPCI & Ordem dos Médicos (2023). Transporte de doentes críticos- Recomendações 2023.
- Tomey, A., Alligood, M. (2004)– *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)*. 5ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.
- UCP – Biblioteca da Faculdade de Medicina. (2020). Publication manual of the *American Psychological Association* (7th ed.).
- UCP (2022). Guia da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório: Mestrado em Enfermagem.

- UCP (2023). Ficha da Unidade Curricular do 2º ano, 1º semestre – ano letivo 2023/2024.
- Vasconcelos, M. (2021). *Burnout* em enfermeiros de unidades de cuidados intensivos: uma revisão sistemática da literatura. (Trabalho final apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Gestão de Recursos Humanos).
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Xiang-Zi, J., & Jia-Yuan, Z. (2023). Mindfulness exercises reduce death anxiety and burnout in intensive care nurses. *Death studies*, 47(5), 600–605.

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de participação nas Jornadas da Associação Nacional de Controlo
de Infecção

CERTIFICADO



Certifica-se que **Marta Morgado** participou nas IX Jornadas da Associação Nacional de Controlo de Infecção "*Realinhar Objetivos para o Futuro*", realizado dia 29 de setembro de 2023 em Lisboa, onde foram abordados os seguintes temas:

- *How to promote and sustain evidence-based infection prevention policies*
- Novo Despacho do PPCIRA: o que Fizemos até Agora?
- Agente X: estaremos preparados para a próxima pandemia?
- O que podemos fazer em prevenção e controlo de EPC's?
- Stop Infecção Hospitalar 2.0: Qual o ponto de partida? Onde estamos?
- Impacto da Formação em Projetos de Controlo de Infecção

O Presidente da Direção da Associação Nacional de Controlo de Infecção


David Peres, MD, MPH, CIC

ANEXO II

Certificado de elemento da comissão organizadora do VI Seminário Internacional
do Mestrado em Enfermagem da UCP

VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Mestrando(a)¹ **Marta Isabel Ferreira Morgado de Almeida**, integrou a Comissão Organizadora e participou no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, realizado no dia **24 de novembro de 2023**, Auditório 2, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada

¹ Mestrado em Enfermagem (área Enfermagem Médico-cirúrgica, à pessoa em situação crítica – 1º semestre | 2º ano 23/2024)
Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

PROGRAMA

9:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderador: Venessa Cardoso Silva

Suzana Simão dos Santos

"Prevenir a infeção em Estruturas Residenciais – Intervenção de enfermagem de Saúde Pública."

Catarina Belo

"Tecnologias da Informação e o sono das crianças: Intervenção de Enfermagem Comunitária."

Bruno Alves

"Capacitação dos cuidadores informais para a prevenção da infeção ferida cirúrgica: Intervenção de Enfermagem de Saúde Comunitária."

10:30 – SESSÃO DE ABERTURA

11:00 – INTERVALO

11:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderador: Vasco Soares da Veiga

Constança de Almeida Carvalho

"Estratégias Mobilizadas pelo Enfermeiro durante o Processo de Supervisão Clínica dos Pacientes."

Sónia Morgado

"A experiência de quem vive o processo de transplantação pulmonar"

Rafael Nunes

"A Doação de Órgãos e Tecidos na Perspetiva do Enfermeiro Especialista: Promoção de uma Cultura para a Fraternidade Social."

12:30 – CONFERÊNCIA INAUGURAL

Prof. Doutor Fernando Ferreira Pinto, vice-Reitor da Universidade Católica Portuguesa

13:15 – Almoço

14:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderador: Joana Cerejo

Ana Marta Pinto

"O Abandono das Crianças no Hospital."

Maria Abrantes

"Fraternidade Social e a Esperança: Abordagem do Enfermeiro Especialista à Criança em idade Escolar."

Rafaela Silva

"Alterações Climáticas e a sua Repercussão no Desenvolvimento Infantil."

15:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL "Nursology.net" – Profª Doutora Peggy L. Chinn

Moderador: David de Sousa Loure

16:15 – Entrega dos Prémios

17:00 – MOMENTO MUSICAL

ANEXO III

Certificado de participação no VI Seminário Internacional do Mestrado em
Enfermagem da UCP

VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) **Marta Isabel Ferreira Morgado de Almeida** - estudante n.º 192022061, esteve presente no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **24 de novembro de 2023**, Auditório 2, *Campus da Palma de Cima*, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



ANEXO IV

Certificado de apresentação de Poster com o tema: “Práticas de *Mindfulness* adotadas pelos profissionais de saúde que cuidam de pessoa em situação crítica: Protocolo de *Scoping Review*”

CERTIFICADO

Certifica-se que **Marta Morgado**, apresentou o Póster n.º 40 com o tema **"Práticas de mindfulness adotadas pelos profissionais de saúde que cuidam de pessoas em situação crítica: Protocolo de Scoping Review"**, em coautoría com **Patrícia Pontífice Sousa e Rita Marques** no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, realizado no dia **24 de novembro de 2023**, Auditório 2, **Campus da Palma de Cima**, organizado pela **Escola de Enfermagem (Lisboa)** da **Universidade Católica Portuguesa**.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP

Amélia Gomes Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada

APÊNDICES

APÊNDICE I

Poster científico submetido no VI Seminário Internacional de Enfermagem da UCP

Práticas de *Mindfulness* adotadas pelos profissionais de saúde que cuidam de pessoa em situação crítica
Protocolo de *Scoping Review*

Autoria(s): Morgado, Marta¹; Pontífice-Sousa, Patrícia²; Marques, Rita²

¹ Enfermeira, Mestranda em Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, UCP

² PhD, Professora Associada- UCP; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde; Lisboa, Portugal

³ PhD, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde; Lisboa, Portugal

INTRODUÇÃO

O *Mindfulness* define-se como a "qualidade de consciência que surge ao prestar atenção, com uma atitude de não julgamento, às experiências (pensamentos, sensações e emoções) que surgem no momento presente" (Serrão & Peixoto, 2020). O principal objetivo desta técnica é a promoção do bem-estar emocional e a saúde mental de cada indivíduo através do controlo da perceção sobre os eventos internos e externos (Filho & Duarte, 2018).

Definiu-se como questão de investigação: Quais os benefícios das práticas de *mindfulness* adotadas pelos profissionais de saúde que cuidam de pessoa em situação crítica? Esta revisão tem como objetivo mapear a evidência disponível sobre estratégias de *mindfulness* utilizadas pelos profissionais que prestam cuidados a pessoa em situação crítica.

METODOLOGIA

Este protocolo de *Scoping Review* foi delineado sob a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI). Na definição da questão de investigação e dos critérios de inclusão, recorreu-se à mnemónica "PCC" em que o P "população" refere-se aos profissionais de saúde, o C "conceito" a artigos que abordem o *mindfulness*, e o C "contexto" a prestação de cuidados em unidades de cuidados à pessoa em situação crítica.

RESULTADOS

A amostra inicial foi composta por **388** artigos. A seleção dos artigos decorrerá em duas fases: exclusão por leitura de título e de resumo e, por fim, por texto integral, efetuada por um revisor, tendo em conta os critérios de inclusão. No processo de decisão da inclusão dos artigos divergentes estarão envolvidos os elementos da equipa de investigação. O processo de seleção será apresentado de forma esquemática através de um diagrama de fluxo realizado com base no PRISMA 2020. Por fim, os resultados serão extraídos para uma tabela com os seguintes itens de análise: título, autor, ano, objetivos, tipo de estudo, participantes, metodologia, resultados e principais conclusões.

CONCLUSÃO

Este protocolo sistematiza o percurso metodológico a utilizar na revisão de *Scoping*. O mapeamento da evidência será um contributo para o desenvolvimento de projetos de intervenção junto dos profissionais de saúde, reforçando a necessidade de *cuidar de quem cuida*.

Referências Bibliográficas

- Filho, J., & Duarte, P. (2018). *Mindfulness* aplicada a estudantes com ansiedade: Uma revisão integrativa (Anais do III Congresso Internacional de Educação e Inclusão de Campina Grande). <https://www.ojs.ufrn.br/artigo/view/44790>
- Serrão, C., & Peixoto, C. (2020). Impacto da prática breve de *mindfulness* no estresse, vergonha interna e ansiedade percebida de estudantes do ensino superior. *Sensação*, 2 (1), 55-75. <https://doi.org/10.34510/sensacao.v7i2.3575>

APÊNDICE II

Plano de sessão de formação: “Feixes de intervenções”



Prevenção de IACS – Feixes de intervenção

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Especialização em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

Por: Marta Isabel Ferreira Morgado de Almeida, nº 192022061

Lisboa, outubro de 2023



Prevenção de IACS – Feixes de intervenção

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Especialização em
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por: Marta Isabel Ferreira Morgado de Almeida

Sob a orientação de:

Professora Doutora Rita Marques

Lisboa, outubro de 2023

Lista de siglas, acrónimos e abreviaturas

CDC - Centers for disease control

DGS - Direção Geral da Saúde

IACS's - infeções associadas aos cuidados de Saúde

JCI - Joint Comission International

INCS -infeção relacionada com o cateter vascular central

ITUaC- infeção urinária associada a cateter vesical

OE – Ordem dos Enfermeiros

POEFDS - Programa Operacional Emprego, Formação e Desenvolvimento Social

PAI - pneumonia associada à intubação

PPCIRA – Programa de prevenção e controlo de infeções e resistência a antimicrobianos

UCP - Universidade Católica Portuguesa

1. Introdução

Durante o processo de prestação dos cuidados de saúde pode ocorrer a transmissão de infeções denominadas por infeções associadas aos cuidados de Saúde (IACS's). Estas são “infeções que os doentes adquirem enquanto recebem cuidados de saúde. O termo IACS referia-se inicialmente às infeções ligadas à admissão em um hospital (anteriormente chamadas de infeções nosocomiais), mas atualmente inclui as que são desenvolvidas nos locais onde se prestam cuidados de saúde (por exemplo, cuidados continuados, cuidados domiciliários e ambulatoriais). Surgem pela primeira vez 48 horas ou mais após a hospitalização ou até 30 dias após terem recebido cuidados de saúde” (Haque et al, 2018, p. 2321).

Foram emanadas pela DGS, normas clínicas referentes aos feixes de intervenção para a prevenção das quatro principais IACS's – infeção urinária associada a cateter vesical (ITUaCv); infeção do local cirúrgico; pneumonia associada à intubação (PAI) e infeção relacionada com o cateter vascular central com vista à redução da incidência das mesmas. As normas inserem-se no objetivo estratégico “5.3 – reduzir as IACS e as resistências aos antimicrobianos do Pilar 5 - práticas seguras em ambientes seguros” do Plano Nacional para a segurança dos doentes 2021-2026. Definem os elementos da “*Bundle* ou “Feixe de Intervenções” aplicados de forma sistemática e integrados no plano de cuidados multidisciplinar, visando a redução da incidência das IACS's (DGS, 2022).

A tradução do termo *bundle* para feixes refere-se a um conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, no mesmo tempo e espaço, têm um maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções aplicadas individualmente (DGS, 2022). Não se resume a uma lista, mas a um conjunto de medidas que devem ser implementadas em conjunto.

No final do ano de 2022, e de acordo com dados de revisões sistemáticas de múltiplos ensaios controlados aleatorizados, com a categorização de evidência

científica respetiva, foram publicadas atualizações das normas com algumas alterações.

O programa de cumprimento dos “feixes de intervenção” do Contexto 2 está inserido na meta da Joint commission International - JCI (Padrão 5.1 - o hospital utiliza uma abordagem baseada em dados de riscos para estabelecer o foco do programa de prevenção e controle de IACS's e identifica áreas de alto risco para infecções por meio de uma avaliação de risco, desenvolvendo intervenções para enfrentar esses riscos) (JCI, 2020).

Neste hospital, foram então definidos em 2021 cenários-tipo, ou seja serviços onde existiam o mesmo tipo de IACS's, tendo em conta as especificidades de cada local – Atendimento urgente (Adultos e Pediátrico, Urgência Obstétrica), Bloco Operatório, Internamento (especialidades médico-cirúrgicas) e Medicina Intensiva. Posteriormente foi criado um pacote de medidas com semelhanças entre elas e criados instrumentos de avaliação (auditorias ao cumprimento das medidas em cada serviço). As auditorias numa perspetiva de “tudo ou nada”, em que “Sim” significava que todas as medidas foram cumpridas e “Não” que nem todas o foram, envolvia entrevista aos elementos (o que eles sabiam), observação (cumprimento das medidas) e registo no processo clínico (evidência no processo clínico de que faziam o que diziam quando entrevistados).

Em julho do mesmo ano, foi realizada formação *online* num curso em 4 módulos, disponível a todos os elementos do serviço e onde foram realizadas sessões informativas com elementos de referência de cada cenário-tipo (ex. elementos do PPCIRA). Por último, realizaram-se novas auditorias e divulgaram-se os resultados aos elementos das equipas dos cenários-tipo. Concomitantemente, foi criada uma folha-calendário onde eram registados os dispositivos e fatores de risco de cada doente (exposição a fator de risco para cálculo de taxas de adesão/ cumprimento/ infeção) No final, foram afixados nos serviços cartazes acessíveis a todos onde figuravam a meta a atingir, a taxa de adesão global e o número de profissionais que conheciam o programa de feixes de intervenção; que identificavam as infeções alvo

dos feixes, que conheciam os resultados e como os consultar e os que identificavam a meta estabelecida. Para além disto ainda incluíam as medidas escolhidas do conjunto de medidas totais dos feixes, sendo aquelas a que faziam mais sentido para aquele momento de operacionalização do programa. A análise do impacto deste programa seria depois feita a nível dos dados de vigilância epidemiológica- infeções nosocomiais da corrente sanguínea; infeção do local cirúrgico, PAI, ITUaCV.

Assim, durante o estágio neste contexto, enquanto indicador de resultado, elaborei uma sessão de formação que foi apresentada nos dias 9, 10, 11 e 12 de outubro, a cada um dos serviços do cenário-tipo. Nestas foram apresentados os resultados, pontos de melhoria e medidas presentes na norma dos feixes da DGS, que seriam de acrescentar ou de remover tendo por base a discussão com os elementos presentes. Em algumas reuniões, a adesão foi bastante baixa e denotou-se a falta dos elementos dinamizadores da equipa médica de vários serviços. Alertou-se para a necessidade de envolver mais elementos uma vez tratar-se de um projeto de todos.

Após as sessões foram elaboradas atas de reunião, em conjunto com o enfermeiro orientador, onde foram apresentados os pontos a discutir, as decisões tomadas e as tarefas atribuídas a cada elemento (do PPCIRA e dos cenários).

2. Ação de formação realizada no PPCIRA: Plano de sessão

Tema: Feixes de intervenção

Data: 9, 10, 11 e 12 de outubro de 2023

Hora: 11h

Local: Sala de reuniões

Destinatários: Elementos responsáveis e membros dinamizadores dos cenários-tipo

Duração: 60 min

Formadora: Enf^a Marta Morgado

Professora orientadora: Prof^a Dr^a Rita Marques

Objetivo Geral:

- Realizar formação sobre feixes de intervenção às equipas dos cenários-tipo

Objetivos específicos:

- Detalhar as etapas de implementação do projeto dos feixes de intervenção
- Apresentar os resultados obtidos em cada cenário-tipo
- Envolver os elementos na identificação das necessidades de melhoria
- Apresentar a metodologia de avaliação e acompanhamento do projeto

Para a elaboração desta formação, foram tidos em conta os princípios pedagógicos de Zabala e Anau (2010), que se apresentam no quadro abaixo:

Quadro 1 – Princípios psicopedagógicos

Princípio Psicopedagógico	Atividade	Racional/justificação (Zabala, Anau, 2010)
1. Esquemas de conhecimento e conhecimentos prévios	Feixes de intervenção – definição	Identificar o conhecimento prévio, permitindo acrescentar/validar informação e partir para novas aprendizagens – o profissional de saúde possuir <i>à priori</i> um conjunto de conhecimentos sobre os feixes de intervenção.
2. Vinculação profunda entre os novos conteúdos e os conhecimentos prévios	Revisão da implementação do projeto	Para aprender há que estabelecer relações substanciais e não arbitrárias, de forma a tornar a aprendizagem mais profunda. Assim neste caso, ensinar sobre feixes só trará aprendizagens, se os profissionais souberem contextualizar o projeto
3. Zona de desenvolvimento proximal	Trabalho em grupo, numa dinâmica de partilha de experiências relacionadas com a implementação dos feixes	O formador deste modo compreende, na relação pedagógica, a distância entre o que o formando já sabe e o que deseja aprender/precisa em termos de orientação.
4. Disposição para a aprendizagem	Ensino sobre novas medidas a implementar nos cenários (de acordo com as atualizações das normas)	A forma como os formandos percebem as situações de ensino influenciam a forma de se situar face a novos conteúdos. Há que sempre partir do contexto, motivação e disponibilidade de quem está a aprender.
5. Relevância e funcionalidade dos novos conteúdos	Envolvimento dos elementos num projeto que se quer “de todos”	O novo conteúdo deverá ser significativo, para que o formando lhe atribua um sentido.
6. Atividade mental e conflito cognitivo	Seleção de material a usar	Para que a aprendizagem seja produzida, mais do que memorizar um conteúdo há conhecê-lo no seu todo, colocando o formando em confronto com diferentes situações.

7. Atitude favorável, sentido e motivação	Autoformação, selecionada pelo próprio profissional na sua área de interesse/necessidade	Aprende-se mais e melhor quando os conhecimentos melhoram o domínio das habilidades que já se possuem. Ou seja, nesta atividade, quando os conteúdos são do interesse do formando, a motivação intrínseca será maior e, a aprendizagem consequentemente mais efetiva e produtiva.
8. Reflexão sobre a metacognição	Realização de reflexão crítica sobre dificuldades na implementação das <i>bundles</i> e no acréscimo de novas medidas	Regular a própria aprendizagem, de um ponto de vista metacognitivo, para assim compreender melhor a sua própria forma de pensar/ aprender.

A seleção da estratégia de formação mais apropriada para a maximização da aprendizagem requer uma visão global da situação de formação, tendo em conta os seguintes procedimentos:

- Considerar os objetivos de formação no contexto da organização;
- Analisar os planos gerais dos vários departamentos da organização para dar consistência e realismo aos objetivos de formação;
- Dar enfoque aos resultados da aprendizagem como consequência da estratégia mais apropriada e dos respetivos percursos ou métodos utilizados;
- Comparar as estratégias sistematicamente, designadamente quanto ao melhor uso e aos papéis dos participantes e do formador.

Relativamente a estratégias de formação, a sessão foi planeada tendo em conta o recurso a (Programa Operacional Emprego, Formação e Desenvolvimento Social - POEFDS, 2007): **comportamentalista** (fixação de objetivos do programa dos feixes; determinação do nível de *performance* presente: análise de tarefas e *feedback*) e a

dinâmica de grupo (exame de opiniões, atitudes e crenças; colaboração e trabalho de equipas; teoria de comunicação de grupo, processo de fala e de escuta ativa e comportamento na tarefa da equipa de trabalho; composição de grupos.

De seguida, expõe-se no quadro 2 abaixo o delineamento da sessão propriamente dita:

Quadro 2 – Etapas de planeamento da sessão

Etapas	Conteúdos programáticos	Metodologia	Tempo	Recursos
Introdução	Apresentação do formador, tema e objetivos da sessão	Expositiva	2min	Computador
Desenvolvimento	Enquadramento do processo de implementação Apresentação dos feixes de intervenção Apresentação dos resultados obtidos	Expositiva e Interativa	15min	Computador
Conclusão	Síntese dos aspetos significativos Esclarecimento de Dúvidas Incentivo aos participantes para opinarem sobre medidas dos feixes	Expositiva e Interativa (imagens)	10min	

3. Conclusão

A obtenção do título de enfermeiro especialista pressupõe o desenvolvimento de várias competências, sendo uma delas “diagnosticar as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção” (Ordem dos enfermeiros, 2018, p. 19362). Foi por isso detetada a necessidade de formação a elementos dos cenários-tipo sobre o programa de feixes de intervenção na prevenção das IACS's.

Os feixes de intervenção têm um papel fundamental na redução de IACS's, envolvendo a aplicação integrada de um conjunto de medidas por todos os elementos das equipas de forma integrada. Tendo em conta, as atualizações das normas foram apresentadas as que seriam para manter e sugeridas outras, á luz da nova evidência científica. Os profissionais dos cenários-tipo mostraram-se recetivos às alterações propostas e motivadas para a sua implementação.

Este projeto individual surgiu como um guia orientador e de planeamento da formação, onde foram expostos os objetivos, métodos e estratégias utilizadas.

4. Referências Bibliográficas

- DGS- Programa Nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde [Em linha]. Lisboa: Direção-Geral de Saúde, 2007 [Consult. Outubro 2023]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/>
- Haque, M., Sartelli, M. , McKimm, J. & Bakar, M. (2018). Health care-associated infections – an overview. *Infection and Drug Resistance*, 11, 2321–2333.
- Joint Comission International (2021). Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Brasil: JCI.
- Programa Operacional Emprego, Formação e Desenvolvimento Social (POEFDS) (2007). Recursos didáticos para a formação de tutores em contexto de trabalho. Lisboa: Delta Consultores e Perfil. <https://elearning.iefp.pt/>
- 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, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 135 — 16 de Julho de 2018.
- UCP (2022). Guia da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório: Mestrado em Enfermagem.
- UCP (Universidade Católica Portuguesa)– Biblioteca da Faculdade de Medicina. (2020). Publication manual of the *American Psychological Association* (7th ed.)
- WHO (2005) – World Alliance for Patient Safety. Who guidelines in hand hygiene in health care: a summary clean hands are safer hand. [Em linha]. WHO, 2005. [Consult. Jun. 2012]. Disponível na internet: <http://www.who.int/en/>
- Zabala, A. & Arnau, L. (2010). *Como aprender e ensinar competências*. Porto Alegre: Artmed.

APÊNDICE III

Diapositivos da sessão de formação: “Feixes de intervenções”

FEIXES DE INTERVENÇÕES

Atendimento Urgente

10 Outubro 2023

Supervisora pedagógica:
Profª Drª Rita Marques

Supervisor clínico:
Enf. Especialista MC B.

Estudante: Marta Morgado – N.º 192022061

Roteiro de ideias

- O que foi feito até aqui
- Os resultados alcançados
- Como podemos melhorar

Roteiro de ideias

- O que foi feito até aqui
- Os resultados alcançados
- Como podemos melhorar

O que foi feito



Kick off
06.2021



Definição de
cenários



Identificação de
medidas



Instrumentos de
avaliação



Formação online
07.2021



Auditoria
08.2021



Divulgação de resultados
09.2021

O que foi feito



04.07
04.0001



Definição de
serviços



Identificação de
medidas

Serviço de medicina intensiva
Banco Operatório
Serviço de internamento
Atendimento Urgente de Adulto

ACI relevantes
medidas aplicáveis

O que foi feito



04.07
04.0001



Instrumentos de
avaliação

Plano de trabalho
Grêde de auditoria
Upgrade da grêde de auditoria

O que foi feito

Debateção do guia
Disponibilização de e-módulo online
Colaboração dos atores dos serviços fpa



Formação online
07.0001

O que foi feito

Dados necessários para a ACI - 1ª sessão a 04.0001
Auditoria anual em 0002
Resposta de dados contínua em 0003
Auditoria realizada por GCI/PPCIRx e a JCI



Auditoria
08.0001

O que foi feito

1º relatório em 09.2021
2º relatório em 09.2022
3º relatório em 07.2023
2 versões de boletim
2 versões de relatório
Metas redetidas



Divulgação de resultados
09.2021

O que **(não)** foi feito



Kick off
06.2021



Definição de
cenários



Identificação de
medidas



Instrumentos de
avaliação



Formação online
07.2021



Auditoria
08.2021



Divulgação de resultados
09.2021



Análise do impacto
na Vigilância Epidemiológica

Roteiro de ideias

- O que foi feito até aqui
- **Os resultados alcançados**
- Como podemos melhorar

Os resultados alcançados



100% (n=42)
Conhecem o programa de
tela de intervenções



100% (n=42)
Identificam as infecções alvo
da tela de intervenções



100% (n=42)
Conhecem os resultados e
como os consultar



100% (n=42)
Identificam a meta
estabelecida

Os resultados alcançados



100% (144)
ICS relevantes
sem a prática
viciosa de
viciosa de



100% (144)
ICU associada à
unidade de
cuidado de

Roteiro de ideias

- O que foi feito até aqui
- Os resultados alcançados
- **Como podemos melhorar?**

Como podemos melhorar?



Reflexão
10.2023



Definição de
cenários



Identificação de
medidas



Instrumentos de
avaliação



Formação online



Auditoria



Divulgação de resultados

Como podemos melhorar?



Definição de
cenários



Identificação de
medidas

Serviço de Medicina Intensiva
Bloco Operatório
Serviços de Internamento
Atendimento Urgente de Adulto
IACS relevantes
Medidas aplicáveis

NORMA DGS

NORMA DGS 0283, 2022, aprovada em 19 de agosto de 2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central

NORMA DGS

NORMA DGS 0311, 2022, aprovada em 21 de agosto de 2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

DGS, 2022

Como podemos melhorar?



IVCS relacionadas
com o cateter
vascular central

Necessidade de colocação (IC)

Lista de verificação no momento da colocação (IE) - sim/não? (treino no tempo de colocação (IA)

Realização penso com data (IA) - **registo**

Como podemos melhorar?



IV associada à
utilização do
cateter vesical

Indicação apropriada para utilização do cateter vesical (I) - **registo**

Fixação do cateter (IE) - **consumível**

Como podemos melhorar?



Instrumentos de
avaliação

Folha calendário
Grelha de auditoria
Upgrade da grelha de auditoria

Como podemos melhorar?

Elaboração do guia
Disponibilização de 4 módulos online (revisão)
Colaboração dos atores dos cenários tipo
Recém-chegados e estagiários



Formação online
07.2021

Como podemos melhorar?

Dados necessários para o JCI - 1ª sessão a 08.2021
Auditoria anual em 2022
Recolha de dados continua em 2023
Auditorias realizadas por GCLPPCIRA e os MD
Projeto de Médicos e Enfermeiros



Auditoria
08.2021

Como podemos melhorar?

1º relatório em 09.2021
2º relatório em 09.2022
3º relatório em 07.2023
2 versões de boletim
2 versões de relatório
Metas redefinidas



Divulgação de resultados
09.2021

Take home messages



Precisamos de mais envolvimento

Podíamos ter mais dados

Bons resultados

Projeto equipa (médicos e enfermeiros)
Impacto positivo nos resultados
Cuidados mais seguros e
custo-efetivos

Referências bibliográficas

DGS (2022). "Feixe de intervenções" para a Prevenção da infeção Urinária associada a Cateter Vesical [Consult. Setembro 2023]. Disponível na internet: <https://www.dgs.pt>

DGS (2022). "Feixe de intervenções" para a Prevenção da infeção relacionada com o Cateter Vascular Central [Consult. Setembro 2023]. Disponível na internet: <https://www.dgs.pt>

FEIXES DE INTERVENÇÕES

Bloco Operatório

12 de Outubro 2023

Supervisora pedagógica:
Profª Drª Rita Marques

Supervisor clínico:
Enf. Especialista MC B.

Estudante: Marta Morgado – N.º 192022061

Roteiro de ideias

- O que foi feito até aqui
- Os resultados alcançados
- Como podemos melhorar

Roteiro de ideias

- O que foi feito até aqui
- Os resultados alcançados
- Como podemos melhorar

O que foi feito



Kick off
04.2021



Definição de
cenários



Identificação de
medidas



Instrumentos de
avaliação



Formação online
07.2021



Auditoria
08.2021



Divulgação de resultados
09.2021

O que foi feito



Kick off
06.2021



Definição de cenários



Identificação de medidas

Serviço de Medicina Intensiva
Bloco Operatório
Serviços de Internamento
Atendimento Urgente de Adulto

IACS relevantes
Medidas aplicáveis

O que foi feito



Kick off
06.2021



Instrumentos de avaliação

Folha calendar
Greixa de auditoria
Upgrade da greixa de auditoria

O que foi feito

Elaboração do guia
Disponibilização de 4 módulos online
Colaboração dos atores dos cenários tipo



Formação online
07.2021

O que foi feito

Dados necessários para a JCI - 1ª sessão a 08.2021
Auditoria anual em 2022
Recolha de dados contínua em 2023
Auditorias realizadas por GCUFFCIRA e os MD



Auditoria
08.2021

O que foi feito

1º relatório em 09.2021
2º relatório em 09.2022
3º relatório em 07.2023
2 versões de boletim
2 versões de relatório
Metas redetidas



Divulgação de resultados
09.2021

O que **(não)** foi feito



Kick off
06.2021



Definição de cenários



Identificação de medidas



Instrumentos de avaliação



Formação online
07.2021



Auditoria
08.2021



Divulgação de resultados
09.2021



Análise do impacto
na Vigilância Epidemiológica

Roteiro de ideias

- O que foi feito até aqui
- **Os resultados alcançados**
- Como podemos melhorar

Os resultados alcançados



100% _(n=16)
Conhecem o programa das
fases de intervenções



97% _(n=16)
Identificam as infeções vivo
das fases de intervenções



75% _(n=16)
Conhecem os resultados e
como os consumir



69% _(n=16)
Identificam o meta
estabelecido

Os resultados alcançados



Roteiro de ideias

- O que foi feito até aqui
- Os resultados alcançados
- Como podemos melhorar?

Como podemos melhorar?



Reflexão
10.2023



Definição de
cenários



Identificação de
medidas



Instrumentos de
avaliação



Formação online



Auditoria



Divulgação de resultados

Como podemos melhorar?



Definição de
cenários



Identificação de
medidas

Serviço de Medicina Intensiva
Bloco Operatório
Serviços de Internamento
Atendimento Urgente de Adulto
IACS relevantes
Medidas aplicáveis

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA 0000011 de 10/03/2010 atualizada a 01/03/2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA 0000011 de 10/03/2010 atualizada a 01/03/2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à intubação

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA 0000011 de 10/03/2010 atualizada a 01/03/2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA 0000011 de 10/03/2010 atualizada a 01/03/2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

DGS, 2022

Como podemos melhorar?



In-CU relacionadas
com o cateter
venoso central

Quantos dias Colocação: nome e competência na
avaliação e colocação do CVC

- ✓ Necessidade de colocação (IC)
- ✓ Seleção do número mínimo de lúmen adequado à situação do doente (IC)
- ✓ Lista de verificação no momento da colocação (IB) - sim/não?

medida
para o
bundle?

Como podemos melhorar?



In-CU relacionadas
com o cateter
venoso central

Quantos dias Colocação: Antecipar a colocação
com antecedência a 2% em idosos

- ✓ Treino no tempo de fixação e secagem (A)- Cirurgiões?

Como podemos melhorar?



In-CU relacionadas
com o cateter
venoso central

Quantos dias Colocação: Evitar acesso femoral

- ✓ Realização de penso com data (IA) - registo

Como podemos melhorar?



IVs relacionadas
com a cateter
remoção control

Remaneja.Faixa Manutenção: técnicas assépticas na
manipulação

- ✓ Substituição dos prolongamentos, tomadas, conectores e sistemas de infusão (IA) com regularidade de 72 horas - **registro?**
- ✓ Os sistemas de infusão de hemoderivados ou emulsões lipídicas não devem permanecer mais de 12h e 24h, respectivamente (18)

Como podemos melhorar?



IV associada à
utilização do
cateter vascular

Remaneja.Faixa, evitar o cateterismo vascular

- ✓ Documentar o motivo clínico da inserção (11) - **registro**

Como podemos melhorar?



IV associada à
utilização do
cateter vascular

Remaneja.Faixa: manter cateter vascular
seguro, com o local cateter abaixo do nível
do oxigênio e evitar sempre que tenha
atingido 2/3 da sua capacidade

- ✓ Fixar o cateter vascular de modo seguro e que não permita tração ou deslocação (18) - **consumível**

Como podemos melhorar?



Prevenção da pneumonia
associada à intubação

Não está na prática de medidas

- ✓ Manter a pressão no balão do tubo/cânula endotraqueal entre 20-30 cmH2O - **registro/uso de**
cufiômetros? (Cat 11)

Como podemos melhorar?



Prevenção de infeção de local cirúrgico

Estimativa Base: Banho pré-operatório com CHD 2-4%

✓ Realizar banho pré-operatório na noite anterior ao dia da cirurgia, e na véspera e no dia da cirurgia (18)

Como podemos melhorar?



Prevenção de infeção de local cirúrgico

Estimativa Base: Preparação do gelo de armazenamento

✓ O tempo de fricção e secagem total da solução antisséptica usada devem ser respeitados de acordo com as instruções do fabricante (cat 1)-**formação**

Como podemos melhorar?



Instrumentos de avaliação

Folha calendário
Grelha de auditoria
Upgrade da grelha de auditoria

Como podemos melhorar?



Formação online
07.2021

Elaboração do guião
Disponibilização de 4 módulos online (revisão)
Colaboração dos atores dos cenários tipo
Recém-chegados e estagiários

Como podemos melhorar?

Dados necessários para a JCI – 1ª sessão a 08.2021
Auditoria anual em 2022
Recolha de dados continua em 2023
Auditorias realizadas por GCUFPCIRA e os MD
Projeto de Médicos e Enfermeiros



Auditoria
08.2021

Como podemos melhorar?

1º relatório em 09.2021
2º relatório em 09.2022
3º relatório em 07.2023
2 versões de boletim
2 versões de relatório
Metas redefinidas



Divulgação de resultados
09.2021

Take home messages



Precisamos de mais envolvimento

Podíamos ter mais dados

Bons resultados

Projeto equipa (médicos e enfermeiros)
Impacto positivo nos resultados
Cuidados mais seguros e
custo-efetivos

Referências bibliográficas

DGS (2022). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária associada a Cateter Vesical [Consult. Setembro 2023]. Disponível na internet: <https://www.dgs.pt>

DGS (2022). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção relacionada com a Cateter Vascular Central [Consult. Setembro 2023]. Disponível na internet: <https://www.dgs.pt>

DGS (2022). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação [Consult. Setembro 2023]. Disponível na internet: <https://www.dgs.pt>

DGS (2022). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção do local cirúrgico [Consult. Setembro 2023]. Disponível na internet: <https://www.dgs.pt>

FEIXES DE INTERVENÇÕES

Internamento

11 de Outubro 2023

Supervisora pedagógica:
Profª Drª Rita Marques

Supervisor clínico:
Enf. Especialista MC B.

Estudante: Marta Morgado – N.º 192022061

Roteiro de ideias

- O que foi feito até aqui
- Os resultados alcançados
- Como podemos melhorar

Roteiro de ideias

- O que foi feito até aqui
- Os resultados alcançados
- Como podemos melhorar

O que foi feito



O que foi feito



Kick off
04.2021



Definição de cenários



Identificação de medidas

Serviço de Medicina Intensiva
Bloco Operatório
Serviços de Internamento
Atendimento Urgente de Adulto

IACS relevantes
Medidas aplicáveis

O que foi feito



Kick off
04.2021



Instrumentos de avaliação

Folha calendário
Grelha de auditoria
Upgrade da grelha de auditoria

O que foi feito

Elaboração do guia
Disponibilização de 4 módulos online
Colaboração dos atores dos cenários tipo



Formação online
07.2021

O que foi feito

Dados necessários para a JCI - 1ª sessão a 08.2021
Auditoria anual em 2022
Recolha de dados continua em 2023
Auditorias realizadas por GCLPPCIRA e os MD



Auditoria
08.2021

O que foi feito

1º relatório em 09.2021
2º relatório em 09.2022
3º relatório em 07.2023
2 versões de boletim
2 versões de relatório
Metas redefinidas



Divulgação de resultados
09.2021

O que **(não)** foi feito



Kick off
06.2021



Definição de cenários



Identificação de medidas



Instrumentos de avaliação



Formação online
07.2021



Auditoria
08.2021



Divulgação de resultados
09.2021



Análise do impacto
na Vigilância Epidemiológica

Roteiro de ideias

- O que foi feito até aqui
- **Os resultados alcançados**
- Como podemos melhorar

Os resultados alcançados



100% (n=10)
Conhecem o programa das
ações de intervenção



97% (n=10)
Identificam as intervenções
das ações de intervenção



96% (n=10)
Conhecem os resultados e
como os consultar



94% (n=10)
Identificam o meta
estabelecido

Os resultados alcançados



95% (n=80)
Infecção do local
cirúrgico



99% (n=730)
ITU associada à
utilização de
cateter vesical



99% (n=396)
INCS relacionadas
com o cateter
venoso central

Roteiro de ideias

- O que foi feito até aqui
- Os resultados alcançados
- **Como podemos melhorar?**

Como podemos melhorar?



Reflexão
10.2023



Definição de
cenários



Formação online



Identificação de
medidas



Auditoria



Instrumentos de
avaliação



Divulgação de resultados

Como podemos melhorar?



Definição de
cenários



Identificação de
medidas

Serviço de Medicina Intensiva
Bloco Operatório
Serviços de Internamento
Atendimento Urgente de Adulto
IACS relevantes
Medidas aplicáveis

NORMA DGS

NORMA DGS Nº 100/2019 de 16/12/2019 atualizada a 07/11/2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico

NORMA DGS

NORMA DGS Nº 100/2019 atualizada a 07 de agosto de 2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central

NORMA DGS

NORMA DGS Nº 100/2019 atualizada a 07 de agosto de 2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

DGS, 2022

Como podemos melhorar?



ICI relacionadas com o cateter (verão 2021)

Elemento Feixe Colocação: nome e componentes na avaliação e colocação do CVC

- ✓ Necessidade de colocação (IC)
- ✓ Seleção do número mínimo de lúmen adequado à situação do doente (IC)
- ✓ Lista de verificação no momento da colocação (IB) – sim/não?

medida para o bundle?

Como podemos melhorar?



ICI relacionadas com o cateter (verão 2021)

Elemento Feixe Colocação: Antissepsia da pele sem álcool e 2% de dióxido

- ✓ Treino no tempo de fricção e secagem (IA)- NA
- ✓ Rastreio de MRSA em doentes que colocam CVC para hemodiálise (IA)- NA

Como podemos melhorar?



ICI relacionadas com o cateter (verão 2021)

Elemento Feixe Colocação: Evitar acesso femoral

- ✓ Realização de penso com data (IA) – registo

Como podemos melhorar?



ICC relacionadas
sem o cateter
venoso central

Elemento Risco Manutenção: Avaliar diariamente
a possibilidade de remoção do CVC

- ✓ Retirar de imediato o CVC em caso de este já não ser necessário (IA) - incluir a remoção do CVC no briefing diário de segurança - folha-calendário?

Como podemos melhorar?



ICC relacionadas
sem o cateter
venoso central

Elemento Risco Manutenção: técnicas assépticas na
manipulação

- ✓ Substituição dos prolongamentos, tomadas, conectores e sistemas de infusão (IA) com regularidade de 72 horas - **registo?**
- ✓ Os sistemas de infusão de hemoderivados ou emulsões lipídicas não devem permanecer mais de 12h a 24h, respetivamente (IB)

Como podemos melhorar?



ITU associada à
utilização do
cateter vesical

Elemento Risco: evitar o cateterismo vesical

- ✓ Documentar o motivo clínico da inserção (I) - **registo**

Como podemos melhorar?



ITU associada à
utilização do
cateter vesical

Elemento Risco: Realizar a higiene diária do
meio uretral (...) com ações de educação
para a saúde sobre cuidados de prevenção
da infeção urinária associada a cateter
vesical

- ✓ Estar a educar o doente e cuidados na preparação do sítio hospitalar, sobre os cuidados na manutenção do cateter vesical (IB)

Como podemos melhorar?



Os serviços de
utilização de
serviços de saúde

Elementos para manter o sistema de saúde
seguro, com o uso seguro e eficaz de nível
de serviço e garantir sempre que tenha
atingido 2/3 de sua capacidade

✓ Fixar o conteúdo visual de modo seguro e que não permita tração ou deslocação (ili)- consumível

Como podemos melhorar?



Instrumentos de
avaliação

Folha calendar
Gráfico de auditoria
Upgrade do gráfico de auditoria

Como podemos melhorar?



Formação online
07.2021

Elaboração do guia
Disponibilização de 4 módulos online (revisão?)
Colaboração das áreas dos cenários tipo
Recém-chegados e estagiários

Como podemos melhorar?



Auditoria
08.2021

Dados necessários para a JCI - 1ª sessão a 08.2021
Auditoria anual em 2022
Recolha de dados contínua em 2023
Auditorias realizadas por OCUPCIRA e os MD
Projeto de Médicos e Enfermeiros

Como podemos melhorar?

1º relatório em 09.2021
2º relatório em 09.2022
3º relatório em 07.2023
2 versões de boletim
2 versões de relatório
Metas redefinidas



Divulgação de resultados
09.2021

Take home messages



Precisamos de mais envolvimento

Podíamos ter mais dados

Bons resultados

Projeto equipa (médicos e enfermeiros)
Impacto positivo nos resultados
Cuidados mais seguros e
custo-efetivos

Referências bibliográficas

DGS (2022). "Feixe de intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária associada a Cateter Vesical [Consult. Setembro 2023]. Disponível na internet: <https://www.dgs.pt>

DGS (2022). "Feixe de intervenções" para a Prevenção da Infecção relacionada com o Cateter Vascular Central [Consult. Setembro 2023]. Disponível na internet: <https://www.dgs.pt>

DGS (2022). "Feixe de intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação [Consult. Setembro 2023]. Disponível na internet: <https://www.dgs.pt>

DGS (2022). "Feixe de intervenções" para a Prevenção da Infecção do local cirúrgico [Consult. Setembro 2023]. Disponível na internet: <https://www.dgs.pt>

16º Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-
cirúrgica

FEIXES DE INTERVENÇÕES

Serviço de Medicina Intensiva

9 de Outubro 2023

Supervisora pedagógica:
Profª Drª Rita Marques

Supervisor clínico:
Enf. Especialista MC B.

Estudante: Marta Morgado – N.º 192022061

Roteiro de ideias

- O que foi feito até aqui
- Os resultados alcançados
- Como podemos melhorar?

Roteiro de ideias

- O que foi feito até aqui
- Os resultados alcançados
- Como podemos melhorar?

O que foi feito



Kick off
06.2021



Definição de
centros



Identificação de
medidas



Instrumentos de
avaliação



Formação online
07.2021



Auditoria
08.2021



Divulgação de resultados
09.2021

O que foi feito



Kick off
04.2021



Definição de
cenários



Identificação de
medidas

Serviço de Medicina Intensiva
Bloco Operatório
Serviços de Internamento
Atendimento Urgente de Adulto

IACS relevantes
Medidas aplicáveis

O que foi feito



Kick off
04.2021



Instrumentos de
avaliação

Folha calendário
Grelha de auditoria
Upgrade da grelha de auditoria

O que foi feito

Elaboração do guia
Disponibilização de 4 módulos online
Colaboração dos atores dos cenários tipo



Formação online
07.2021

O que foi feito

Dados necessários para a JCI - 1ª sessão a 08.2021
Auditoria anual em 2022
Recolha de dados contínua em 2023
Auditorias realizadas por GCLPPCIRA e os MD



Auditoria
08.2021

O que foi feito

1º relatório em 09.2021
2º relatório em 09.2022
3º relatório em 07.2023
2 versões de boletim
2 versões de relatório
Metas redefinidas



Divulgação de resultados
09.2021

O que **(não)** foi feito



Kick off
06.2021



Definição de cenários



Identificação de medidas



Instrumentos de avaliação



Formação online
07.2021



Auditoria
08.2021



Divulgação de resultados
09.2021



Análise de impacto
na Vigilância Epidemiológica

Roteiro de ideias

- O que foi feito até aqui
- **Os resultados alcançados**
- Como podemos melhorar?

Os resultados alcançados



100% (n=44)
Conhecimento o programa das
feixes de intervenções



100% (n=44)
Identificação as intervenções alvo
das feixes de intervenções



98% (n=44)
Conhecimento os resultados e
como os consultar



97% (n=44)
Identificação a mais
responsabilidade

Os resultados alcançados



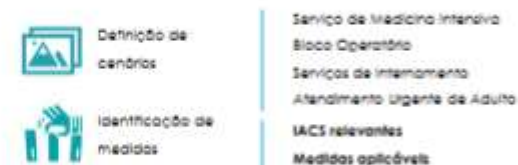
Roteiro de ideias

- O que foi feito até aqui
- Os resultados alcançados
- **Como podemos melhorar?**

Como podemos melhorar?



Como podemos melhorar?



Como podemos melhorar?



Pneumonia
associada à
ventilação

Higiene oral com solução adequada (mínimo 3x/dia) - MUDAR?

Manutenção da pressão do balão do TET entre 20-30 cmH₂O (registro no Scorecard®)

Como podemos melhorar?



HCS relacionada
com o cateter
venoso central

Lista de verificação no momento da colocação (IB) - sim/não?

Registro eletrônico e lembretes/ avaliar diariamente necessidade de CVC (IA) - folha-calendário

Realização penso com data (IA) - registro

Substituição dos sistemas de infusão (IA) - registro

Como podemos melhorar?



Infecção de ferida
cirúrgica

Inquérito epidemiológico pré-operatório e de admissão...

Como podemos melhorar?



ITU associada à
utilização do
cateter vesical

Folha calendário - Lembrete?

Remoção do cateter (IB)

Como podemos melhorar?



Instrumentos de
avaliação

Folha calendário
Grelha de auditoria
Upgrade da grelha de auditoria

Como podemos melhorar?

Elaboração do guia
Disponibilização de 4 módulos online (revisão)
Colaboração dos diretores dos centros tipo
Recém-chegados e estagiários



Formação online
07.2021

Como podemos melhorar?

Dados necessários para o JCI – 1ª sessão a 08.2021
Auditoria anual em 2022
Recolha de dados continua em 2023
Auditorias realizadas por GCLFPCIRA e os MD
Projeto de Médicos e Enfermeiros



Auditoria
08.2021

Como podemos melhorar?

1º relatório em 09.2021
2º relatório em 09.2022
3º relatório em 07.2023
2 versões de boletim
2 versões de relatório
Metas redefinidas



Divulgação de resultados
09.2021

Take home messages



Ficámos de mais envolvimento

Fodíamos ter mais dados

Bons resultados

Projeto equipa (médicos e enfermeiros)
Impacto positivo nos resultados
Cuidados mais seguros e
custo-efetivos

Referências bibliográficas

DGS (2022). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária associada a Cateter Vesical [Consult. Setembro 2023]. Disponível na internet: <https://www.dgs.pt>

DGS (2022). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção relacionada com o Cateter Vasculor Central [Consult. Setembro 2023]. Disponível na internet: <https://www.dgs.pt>

DGS (2022). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação [Consult. Setembro 2023]. Disponível na internet: <https://www.dgs.pt>

DGS (2022). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção do local cirúrgico [Consult. Setembro 2023]. Disponível na internet: <https://www.dgs.pt>

APÊNDICE IV

Plano de sessão de formação: “Limpeza e desinfeção (terminal) de superfícies não-críticas em quartos de internamento”



Prevenção de IACS – Higiene Ambiental

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Especialização em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

Por: Marta Isabel Ferreira Morgado de Almeida, nº 192022061

Lisboa, outubro de 2023



Prevenção de IACS – Higiene Ambiental

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Especialização em
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por: Marta Isabel Ferreira Morgado de Almeida

Sob a orientação de:

Professora Doutora Rita Marques

Lisboa, outubro de 2023

Lista de siglas, acrónimos e abreviaturas

CDC - Centers for disease control

DGS - Direção Geral da Saúde

IACS's - infeções associadas aos cuidados de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBCI - precauções básicas de controlo de infeção

POEFDS - Programa Operacional Emprego, Formação e Desenvolvimento Social

PPCIRA – Programa de prevenção e controlo de infeções e resistência a antimicrobianos

UCP - Universidade Católica Portuguesa

1. Introdução

Durante o processo de prestação dos cuidados de saúde pode ocorrer a transmissão de infeções denominadas por infeções associadas aos cuidados de Saúde (IACS's). Em 2007, a Direção Geral da Saúde (DGS) definiu-as como sendo uma infeção que ocorre num doente internado num hospital, ou outra instituição de saúde, e que não estava presente, nem em incubação, à data da admissão. Estão incluídas as infeções adquiridas no hospital que se detetam após a alta, assim como as infeções ditas ocupacionais (DGS, 2007).

As precauções básicas de controlo de infeção são um conjunto de medidas simples e que são aplicadas em todas as situações de contacto com o doente ou com o ambiente próximo deste, independentemente do estado infeccioso do mesmo (conhecido ou não).

Estas medidas têm como princípio que não há doentes de risco, mas sim procedimentos de risco. A sua implementação visa fundamentalmente a prevenção da transmissão cruzada proveniente de potenciais fontes de infeção (sangue e outros fluidos orgânicos, pele não intacta, mucosas do doente, material ou equipamento passíveis de serem contaminados). De acordo com a norma nacional (DGS, 2013), os gestores dos serviços devem assegurar que a área clínica é segura para a prática de cuidados (limpeza e manutenção ambiental). “O ambiente de prestação de cuidados deve: estar livre de objetos e equipamentos desnecessários a fim de facilitar a limpeza; encontrar-se limpo, seco e em bom estado de conservação e ser limpo regularmente de acordo com as especificações” (DGS, 2013, p.7).

A transmissão de agentes infecciosos num ambiente de saúde requer três elementos: fonte (ou reservatório) de agentes infecciosos, um hospedeiro suscetível com uma porta de entrada e um modo de transmissão para o agente. Os agentes infecciosos transmitidos durante a prestação de cuidados derivam, principalmente de fontes humanas, mas fontes ambientais inanimadas também são implicadas na transmissão (Centers for disease control -CDC, 2007). O contato indireto envolve a

transferência de um agente infeccioso através de um objeto ou pessoa intermediária contaminada. São exemplos de oportunidades para a transmissão por contato indireto, as mãos dos profissionais ou equipamentos médicos que podem transmitir patógenos e, dispositivos contaminados com sangue ou fluidos corporais (quando compartilhados entre pacientes sem limpeza e desinfecção entre pessoas doentes).

No seguimento do cumprimento da precaução básica “Controlo ambiental” foi diagnosticada, no contexto de estágio, uma necessidade de formação da Brigada da Limpeza - projeto de criação de equipa de altas. Esta equipa teria o intuito de melhorar os resultados da limpeza/ desinfecção terminal dos quartos pós-alta, considerado como uma área a intervir. No diagnóstico da situação, foram então elaboradas auditorias ao procedimento de limpeza, onde se puderam avaliar os tempos de limpeza, os produtos utilizados e as principais dificuldades durante o procedimento. Posteriormente, os elementos do núcleo executivo do PPCIRA (Programa de prevenção e controlo de infeções e resistência a antimicrobianos), em interligação com o elemento do departamento de gestão hoteleira, delinearam um projeto de formação destinado a essa equipa dedicada. Foi levada a cabo uma reunião na minha presença enquanto estudante, com os dois elementos onde foram revistos os dias da formação; duração das sessões; descrição do processo e o processo de acompanhamento e auditoria. Foi ainda sugerida a criação de momentos de *briefing* (antes da simulação do procedimento, alertar para a necessidade de realização do procedimento como se não estivessem a ser observados) e de *debriefing* (com sugestões de melhoria e colocação de dúvidas). Apontou-se como instrumento a utilizar um cronómetro para contabilização do tempo de limpeza e possível otimização do mesmo com ajustes em alguma fase do procedimento. Projetou-se a elaboração de 10 observações por trimestre como medida de auditoria, com acompanhamento durante 2 semanas. De seguida, previa-se o acompanhamento mensal e depois a cada 6 meses, com reunião em sala para uma perspetiva global (com perspetiva do operacional – de quem faz, para conhecer pontos de melhoria.

Numa fase posterior, enquanto indicador de resultado, elaborei uma sessão de formação que seria apresentada nos dias 12 e 13 de outubro, durante o decorrer do meu estágio no contexto do PPCIRA.

2. Ação de formação realizada no PPCIRA: Plano de sessão

Tema: “Equipa de Altas - Limpeza terminal de unidades”

Data: 12 e 13 de Outubro de 2023

Hora: 13h

Local: Centro de simulação do Contexto 2

Destinatários: Equipa de altas – Brigada da Limpeza

Duração: 60 min

Formadora: Marta Morgado

Professora orientadora: Prof^a Dr^a Rita Marques

Objetivo Geral:

- Realizar formação a uma equipa especializada na limpeza/desinfecção terminal de quartos de internamento

Objetivos específicos:

- Enquadrar a importância da limpeza terminal de quartos de internamento no contexto das precauções básicas de controlo de infeção
- Explicitar as razões para o desenvolvimento de um projeto de criação de equipas especializadas em limpeza/desinfecção terminal de quartos de internamento
- Detalhar as etapas do processo de limpeza/desinfecção terminal de quartos de internamento
- Apresentar o modelo simplificado do processo de trabalho proposto
- Apresentar a metodologia de avaliação e acompanhamento do projeto

Para a elaboração desta formação, foram tidos em conta os princípios pedagógicos de Zabala e Anau (2010), que se apresentam no quadro abaixo:

Quadro 1 – Princípios psicopedagógicos

Princípio Psicopedagógico	Atividade	Racional/justificação (Zabala, Anau, 2010)
1. Esquemas de conhecimento e conhecimentos prévios	Limpeza terminal de unidades	Identificar o conhecimento prévio, permitindo acrescentar/validar informação e partir para novas aprendizagens – o profissional de limpeza possuir <i>à priori</i> um conjunto de conhecimentos sobre métodos de limpeza.
2. Vinculação profunda entre os novos conteúdos e os conhecimentos prévios	Interpretação de procedimento de limpeza	Para aprender há que estabelecer relações substanciais e não arbitrárias, de forma a tornar a aprendizagem mais profunda. Assim neste caso, ensinar a realizar a limpeza, só levará à aprendizagem se existir um conjunto de conhecimentos prévios sobre métodos de limpeza, utensílios a usar, formas de evitar contaminação cruzada, locais onde deve começar e terminar (do mais limpo para o mais sujo)

Princípio Psicopedagógico	Atividade	Racional/justificação (Zabala, Anau, 2010)
3. Disposição para a aprendizagem	Ensino sobre novos métodos de limpeza/equipa especializada com tarefa única	A forma como os formandos percebem as situações de ensino influenciam a forma de se situar face a novos conteúdos. Há que sempre partir do contexto, motivação e disponibilidade de quem está a aprender.
4. Relevância e funcionalidade dos novos conteúdos	Demonstração sobre o método de limpeza	O novo conteúdo deverá ser significativo, para que o formando lhe atribua um sentido. O conhecimento demonstrativo faz com que o conteúdo seja apresentado a partir da sua funcionalidade.
5. Atividade mental e conflito cognitivo	Seleção de material a usar em cada situação da grelha de procedimento.	Para que a aprendizagem seja produzida, mais do que memorizar um conteúdo há conhecê-lo no seu todo, colocando o formando em confronto com diferentes situações.
6. Atitude favorável, sentido e motivação	Autoformação, selecionada pelo próprio profissional na sua área de interesse/necessidade	Aprende-se mais e melhor quando os conhecimentos melhoram o domínio das habilidades que já se possuem. Ou seja, nesta atividade, quando os conteúdos são do interesse do formando, a motivação intrínseca será maior e, a aprendizagem consequentemente mais efetiva e produtiva.
7. Reflexão sobre a metacognição	Realização de reflexão crítica sobre procedimento realizado a pares (centro de simulação)	Regular a própria aprendizagem, de um ponto de vista metacognitivo, para assim compreender melhor a sua própria forma de pensar/ aprender. Através da reflexão sobre momento de simulação, o formando poderá traçar novas formas de pensamento através da avaliação e planificação para situações futuras semelhantes.

A seleção da estratégia de formação mais apropriada para a maximização da aprendizagem requer uma visão global da situação de formação, tendo em conta os seguintes procedimentos:

- Considerar os objetivos de formação no contexto da organização;
- Analisar os planos gerais dos vários departamentos da organização para dar consistência e realismo aos objetivos de formação;
- Dar enfoque aos resultados da aprendizagem como consequência da estratégia mais apropriada e dos respetivos percursos ou métodos utilizados;
- Comparar as estratégias sistematicamente, designadamente quanto ao melhor uso e aos papéis dos participantes e do formador.

Relativamente a estratégias de formação, a sessão foi planeada tendo em conta o recurso a (POEFDS, 2007): **realidade virtual** (com o desenvolvimento de competências e confiança no ambiente simulado; apresentação do cenário; desenho de guiões e cenário; *Debriefing* (revisão) e a **dinâmica de grupo** (exame de opiniões, atitudes e crenças; colaboração e trabalho de equipas; teoria de comunicação de grupo, processo de fala e de escuta ativa e comportamento na tarefa da equipa de trabalho; composição de grupos).

De seguida, expõe-se no quadro 2 abaixo o delineamento da sessão propriamente dita:

Quadro 2 – Etapas de planeamento da sessão

Etapas	Conteúdos programáticos	Metodologia	Tempo	Recursos
Introdução	Apresentação do formador, tema e objetivos da sessão	Expositiva	2min	Computador
Desenvolvimento	Apresentação da importância da limpeza terminal Apresentação das razões para o desenvolvimento de um projeto de criação de equipas especializadas Apresentação das etapas do processo	Expositiva e Interativa Uso de linguagem simples, sem termos científicos (tendo em conta os destinatários da formação)	15min	Computador
Conclusão	Síntese dos aspetos significativos Esclarecimento de dúvidas	Expositiva e Interativa (imagens)	10 min	Computador
Treino (formação-ação)	Treino	Prática (etapas do guião)	30 min	Unidade real de doente

3.Conclusão

A obtenção do título de enfermeiro especialista pressupõe o desenvolvimento de várias competências, sendo uma delas “diagnosticar as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção” (OE, 2018, p. 19362). Foi por isso detetada a necessidade de formação a elementos da equipa da brigada de limpeza sobre limpeza/desinfecção terminal das unidades.

As superfícies inanimadas foram descritas como fonte de surtos de IACS's, daí a importância de medidas eficazes de desinfecção ambiental. O risco depende da persistência de patógenos nosocomiais nas superfícies, assim quanto mais tempo um microrganismo persistir numa superfície mais tempo a superfície contaminada poderá ser uma fonte de transmissão e, assim, pôr em risco o doente ou profissional de saúde (CDC, 2007).

Este projeto individual surgiu como um guia orientador e de planeamento da formação, onde foram expostos os objetivos, métodos e estratégias utilizadas.

Durante o período de estágio o projeto de criação de equipas especializadas em limpeza/desinfecção terminal de quartos de internamento foi suspenso pela Administração da Unidade de Saúde, pelo que não foi possível concretizar a sessão de formação inicialmente planeada.

4. Referências Bibliográficas

- DGS- Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI) (circular normativa). [Em linha]. 2013. [Consult. Setembro. 2023]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/>
- DGS- Programa Nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde [Em linha]. Lisboa: Direção-Geral de Saúde, 2007 [Consult. Outubro 2023]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/>
- Programa Operacional Emprego, Formação e Desenvolvimento Social (POEFDS) (2007). Recursos didáticos para a formação de tutores em contexto de trabalho. Lisboa: Delta Consultores e Perfil. <https://elearning.iefp.pt/>
- 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, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de Julho de 2018.
- Siegel, J.; Rhinehart, E.; Jackson, M.; Chiarello, L. and the Healthcare infection control practices advisory committee (2007). Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. <http://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>
- UCP – Biblioteca da Faculdade de Medicina. (2020). Publication manual of the *American Psychological Association* (7th ed.)
- UCP (2022). Guia da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório: Mestrado em Enfermagem.
- WHO (2005) – World Alliance for Patient Safety. Who guidelines in hand hygiene in health care: a summary clean hands are safer hand. [Em linha]. WHO, 2005. [Consult. Jun. 2012]. Disponível na internet: <http://www.who.int/en/>

- Zabala, A. & Arnau, L. (2010). *Como aprender e ensinar competências*. Porto Alegre: Artmed.

APÊNDICE V

Diapositivos da sessão de formação: “Limpeza e desinfecção (terminal) de superfícies não-críticas em quartos de internamento”

16º Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-
cirúrgica

Equipa de Altas Limpeza Terminal de unidades

Supervisora pedagógica: Profª Rita Marques
Supervisor clínico: Enfª B.
Estudante: Marta Morgado – nº 192022061

Lisboa, 12 e 13 de Outubro de 2023

Apresentação



Porque estamos aqui?

- ▶ Papel dos elementos
- ▶ O que sabem deste projeto?
- ▶ Sabem o propósito deste grupo?
- ▶ Que consciência têm do vosso trabalho?

O que vão fazer?

- ▶ Criação de equipa (10 pessoas)
- ▶ Pessoas altamente competentes no seu trabalho
- ▶ Equipa especializada para limpeza terminal de altas

O vosso trabalho faz a diferença!



Porque vocês são tão importantes?



O que pode estar sujo?



Superfícies muito tocadas

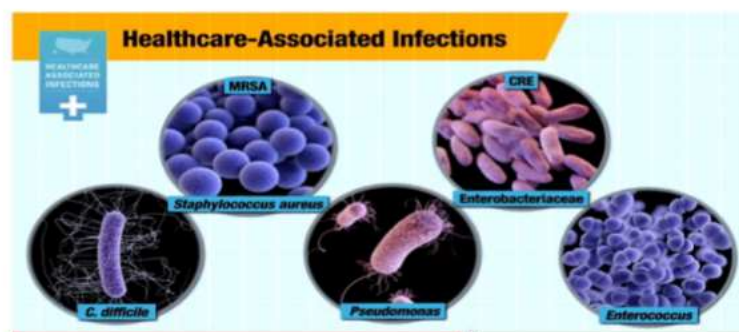
- Grades
- Bombas infusoras
- Campainhas
- Interruptores
- Mesas de apoio
- Mesas de tabuleiro

Superfícies tocadas

- Sanitários
- Lavatórios
- Equipamento eletrônico
- Telemóveis pessoais

Huslage et al (2010)

Porque é preciso limpar?



Kramer et al (2014)

Eles andam aí....

Microrganismo	Tempo de sobrevivência
<i>C. difficile</i>	5 meses
MRSA	7 dias- 1ano
Hepatite B	>1 semana
<i>Klebsiella</i>	2 horas> 30 meses

Kramer et al (2014)

Porque se devem higienizar as unidades?

Qual é o papel do ambiente na qualidade e segurança do doente?

Qual a sua relação com o controlo de infeção?

Os cuidados de saúde devem incluir uma limpeza e manutenção ambiental para podermos proteger os doentes que estarão no local

DGS, 2013

Porque é tão importante este tipo de limpeza?



ARS, 2013

Prevenção da infecção cruzada



Conceitos gerais

Limpeza

- ▶ Processo pela qual se remove fisicamente a sujidade – matéria orgânica ou inorgânica de um objeto ou superfície

Desinfecção

- ▶ Processo físico ou químico pelo qual se reduz os microrganismos, com exceção das formas esporuladas

CDC, 2007

Funções da limpeza

- ▶ Manter o ambiente limpo;
- ▶ Evitar a deterioração do ambiente;
- ▶ Melhorar o estado psicológico dos doentes e dos profissionais (quando existe um ambiente limpo);
- ▶ Reduzir o número de microrganismos presentes no ambiente;
- ▶ Remover as substâncias que favorecem a proliferação dos microrganismos ou que interferem com a desinfecção

CDC, 2007

Princípios gerais

- ▶ O processo de limpeza deve progredir do mais limpo para o mais sujo
- ▶ Temos de considerar os produtos, processo de limpeza e equipamento



Vermelho – sanitários
Azul – restante unidade

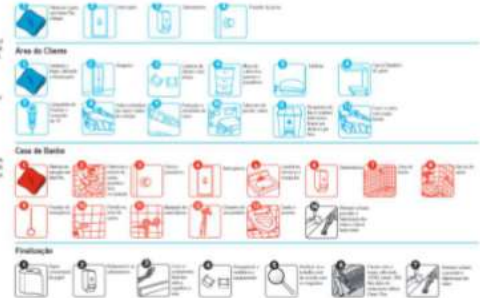
Procedimento da instituição



Início da Limpeza

1. Remover todos os objetos pessoais do quarto.
2. Colocar o produto de limpeza em recipientes adequados.
3. Limpar o banheiro com produto desinfetante.

4. Limpar o quarto com produto desinfetante.
5. Limpar o quarto com produto desinfetante.
6. Limpar o quarto com produto desinfetante.



Cuidados a ter durante o procedimento

- ▶ Higiene mãos
- ▶ Unhas
- ▶ Adornos
- ▶ Integridade da pele
- ▶ Papel das superfícies na transmissão cruzada

Queremos ouvir o que pensam

- ▶ Quais as dificuldades?
- ▶ Obstáculos / desafios?

Conclusões

- ▶ O objetivo deste projeto é quebrar o ciclo de transmissão
- ▶ Se seguirem o plano, os resultados serão bons!
- ▶ O processo será acompanhado e será dado *feedback*
- ▶ Vocês são fundamentais para a qualidade dos cuidados e segurança dos doentes

Referências Bibliográficas

- ▶ ARS (2013). Manual de Controlo da Infecção. Porto: ARS. Disponível http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Documentos/Manuais/Manual_Controlo_Infecao.pdf [15 Dezembro 2022].
- ▶ Hudage, K.; Rutala, W.; Bennett, E & Weber, D. (2010). A Quantitative Approach to Defining "High-Touch" Surfaces in Hospitals. *Infection control & Hospital Epidemiology*, 31, 850-853.
- ▶ Kramer, A.; Assadian, O (2014). Survival of Microorganisms on Inanimate Surfaces. In Borkow, D. (Ed.), *Use of Biocidal Surfaces for Reduction of Healthcare Acquired Infections*, Cap.2, 8-19. Suíça: Springer International Publishing.
- ▶ Siegel, J.; Rhinehart, E.; Jackson, M.; Chiarello, L. and the Healthcare infection control practices advisory committee (2007). Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agentes in healthcare settings. <http://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>
- ▶ <https://diversey.com.pt/pt-pt>

Vamos treinar?

APÊNDICE VI

Panfleto informativo: “Tipos de isolamentos dos doentes internados no SU” dirigido
às visitas

Contexto 3

VISITAS AOS DOENTES INTERNADOS EM ISOLAMENTO DE GOTÍCULAS URGÊNCIA GERAL



O internamento do seu familiar/ pessoa significativa no Serviço de Urgência pode ter sido motivado por algum tipo de episódio de doença/ infeção.

Alguns utentes necessitam de estar isolados com precauções adicionais por suspeita de infeção por microrganismos patogénicos altamente transmissíveis (...) de forma a evitar a transmissão hospitalar (GCL- PPCIRA, 2023).

No caso do seu familiar/pessoa significativa, o isolamento chama-se **“Isolamento de Gotículas”**, e poderá encontrar-se num quarto individual, ou mantendo o espaço superior a 1 metro entre ele e os outros utentes/ visitas de forma a reduzir as oportunidades de transmissão através de tosse, espirro e fala.

No momento da visita, poderá observar que haverá uma sinalética com o tipo de isolamento, junto a uma bancada onde estarão disponíveis equipamentos de protecção individual que devem ser utilizados quer pelos profissionais de saúde, quer pelas visitas.

Comece por higienizar as suas mãos com solução antisséptica de base alcoólica.

- 1.** Coloque a máscara (adaptando-a bem ao seu nariz) e a bata descartável (atando os atilhos atrás do pescoço e atrás da cintura).
- 2.** Coloque um par de luvas à entrada do quarto ou área de isolamento (escolher o tamanho mais adequado a si e colocar em cima do punho da bata).
- 3.** Após terminar a visita, retire em primeiro lugar as luvas, após sair do ambiente do utente/ quarto do doente. Coloque as luvas no saco do lixo branco mais próximo.
- 4.** Após retirar as luvas, higienize as mãos, assegurando-se que não toca em superfícies ou objetos potencialmente contaminados.
- 5.** Remova em seguida a bata, desapertando os atilhos atrás das costas em primeiro lugar, e tentando não encostar a zona que esteve em contacto com o doente, a si. Coloque-o no saco do lixo branco mais próximo.
- 6.** Após retirar a bata, evite o contacto com superfícies potencialmente contaminadas.
- 7.** Remova por último a máscara (através dos elásticos das orelhas e não tocando na zona de fora da mesma).
- 8.** Higienize as mãos.

À data de alta, caso se devam manter as precauções, será informado sobre as formas de prevenção da transmissão.

Se tiver alguma condição de saúde que o possa impossibilitar de realizar a visita, informe o profissional de saúde para mais informações.



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA

Elaborado por: Marta Morgado (Estudante do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem – UCP)

Sob supervisão pedagógica: Profª Drª Rita Marques

Agosto 2024

Contexto 3

VISITAS AOS DOENTES INTERNADOS EM ISOLAMENTO DE CONTATO URGÊNCIA GERAL



O internamento do seu familiar/pessoa significativa no Serviço de Urgência pode ter sido motivado por algum tipo de episódio de doença/ infecção.

Alguns utentes necessitam de estar isolados com precauções adicionais por suspeita de infeção por microrganismos patogénicos altamente transmissíveis (...) de forma a evitar a transmissão hospitalar (GCL- PPCIRA, 2023).

No caso do seu familiar/pessoa significativa, o isolamento chama-se **“Isolamento de Contacto”**, e poderá encontrar-se num quarto individual, ou mantendo o espaço superior a 1 metro entre ele e os outros utentes/ visitas de forma a reduzir as oportunidades de partilha de objectos (cortina de separação).

No momento da visita, poderá observar que haverá uma sinalética com o tipo de isolamento, junto a uma bancada onde estarão disponíveis equipamentos de protecção individual que devem ser utilizados quer pelos profissionais de saúde, quer pelas visitas.

Comece por higienizar as suas mãos com solução antisséptica de base alcoólica.

- 1.** Coloque o avental (ou bata)
- 2.** Coloque um par de luvas à entrada do quarto ou área de isolamento (escolher o tamanho mais adequado a si).
- 3.** Após terminar a visita, retire em primeiro lugar as luvas, após sair do ambiente do utente/ quarto do doente. Coloque as luvas no saco do lixo branco mais próximo.
- 4.** Após retirar as luvas, higienize as mãos, assegurando-se que não toca em superfícies ou objectos potencialmente contaminados.
- 5.** Remova em seguida o avental (ou bata), desapertando os atilhos atrás das costas em primeiro lugar, e tentando não encostar a zona que esteve em contacto com o doente, a si. Coloque-o no saco do lixo branco mais próximo.
- 6.** Após retirar a bata, evite o contacto com superfícies potencialmente contaminadas.
- 7.** Higienize as mãos.

À data de alta, caso se devam manter as precauções de contacto, será informado sobre as formas de prevenção da transmissão.

Se tiver alguma condição de saúde que o possa impossibilitar de realizar a visita, informe o profissional de saúde para mais informações.



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA

Elaborado por: Marta Morgado (Estudante do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem - UCP)

Sob supervisão pedagógica: Profª Drª Rita Marques

Agosto 2024

APÊNDICE VII

Plano de sessão de formação: “Benefícios das práticas de *Mindfulness* adotadas pelos profissionais de saúde que cuidam de PSC



Gestão emocional no SU

Trabalhar em SU - quem cuida dos que cuidam?

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Especialização em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

Por: Marta Isabel Ferreira Morgado de Almeida, nº 192022061

Lisboa, dezembro de 2023



Gestão emocional no SU

Trabalhar em SU - quem cuida dos que cuidam?

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Especialização em
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por: Marta Isabel Ferreira Morgado de Almeida

Sob a orientação de:

Professora Doutora Rita Marques

Lisboa, dezembro de 2023

Lista de siglas, acrónimos e abreviaturas

SU – Serviço de urgência

UC – Unidade curricular

UCP - Universidade Católica Portuguesa

1. Introdução

A Unidade Curricular (UC) de “Estágio Final e Relatório” inserida no plano de estudos do 16^a Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica implica, entre outros, a capacidade de participar e promover a investigação aplicada na área da especialização (Universidade Católica Portuguesa -UCP, 2022).

Tendo por base o meu percurso profissional (em contextos de risco para *burnout*), a observação dos meus pares e, acima de tudo por ser um tema do meu interesse e objeto de estudo, optei pelo tema da gestão emocional dos profissionais de saúde no desenvolvimento da minha revisão de literatura a constar no relatório final da UC. Esta terá o objetivo de mapear a evidência disponível sobre os benefícios das práticas de *Mindfulness* adotadas pelos profissionais de saúde que cuidam de pessoa em situação crítica.

O serviço de urgência (SU) é um serviço complexo que envolve uma elevada exigência física e psicológica, o que determina a necessidade de se adotarem estratégias de gestão emocional, no sentido da garantia do empenho, motivação

e qualidade de cuidados prestados pelos profissionais. Durante os turnos neste contexto tive a oportunidade de ter o contato com o real conceito de SU, com todas as suas adversidades e constrangimentos retratados atualmente (rácios deficitários, afluência elevada, condições estruturais mais desafiantes). Pude assim tomar consciência dos desafios diários dos profissionais de saúde, e sedimentar a minha opção pela implementação do meu estudo de investigação, sobre gestão emocional dos profissionais de saúde, neste serviço em particular.

A prática baseada em evidência tem como ponto de partida a prática clínica, com a formulação de questões centradas no quotidiano. A definição do problema constitui o início do projeto e, para tal utilizei como estratégia, teorias sobre o fenómeno em estudo e a observação direta do local e pessoas, no decorrer dos primeiros turnos no contexto (Ferrito et al., 2010). Não desenvolvi nenhum

instrumento de diagnóstico, uma vez que recorri à enfermeira orientadora como elemento perito na área como fonte de identificação (Ferrito et al., 2010). Assim, o meu projeto de estágio no SU do contexto 3, após diagnóstico de situação com o levantamento das necessidades, teve como um dos objetivos específicos, contribuir para a adoção de práticas de *Mindfulness* pelos profissionais de saúde.

Ao optar pela aplicação desta revisão de literatura neste contexto de estágio, estarei simultaneamente a operacionalizar uma das ações da política interna da unidade de saúde (contexto 3) que preconiza o “desenvolver de ações de prevenção e proteção do bem-estar e da saúde mental dos trabalhadores, intervindo no indivíduo e nas causas que possam constituir fatores de risco psicossociais com impacto na saúde e no desempenho profissional” (Instituição 3 [Confidencial], 2023).

Como indicador de resultado, defini a realização de sessões de partilha informal sobre o tema da *scoping review* com elementos das equipas de profissionais do SU.

Este plano de sessão visa a apresentação das metodologias pedagógicas que serão utilizadas. Numa primeira etapa, foi realizado pedido formal através de *e-mail* ao elemento responsável pela formação do serviço, do qual constava enquadramento do tema pós diagnóstico de situação, objetivos da sessão de partilha, destinatários, local e hora da formação, bem como modo de divulgação aos profissionais e recursos didáticos necessários à sua implementação. Após a devida autorização deste elemento, procedeu-se à divulgação da formação, através de grupos de profissionais na rede social *Whatsapp*, bem como afixação do cartaz em pontos estratégicos do serviço. Foram informados, de forma sucinta, do enquadramento da apresentação, com breve apresentação da estudante e objetivos da sessão, para assim se poder aumentar a adesão dos possíveis participantes. Optou-se por agendar para o fim de dois turnos da manhã (15h30m), para assim se conseguir abranger maior número de profissionais que possam eventualmente estar interessados em assistir.

2. Plano de ação de formação realizada no SU do Contexto 3: Plano de sessão

Tema: Trabalhar em SU – quem cuida dos que cuidam?

Datas: 12 e 13 de dezembro de 2023

Hora: 15h30 às 16h

Local: Sala de reuniões do SU

Destinatários: Profissionais de saúde que exercem funções no SU do Contexto 3 (enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica) e outros profissionais (agentes da PSP, elementos administrativos,...)

Duração prevista: 45 min

Formadora: Enf^a Marta Morgado

Professora orientadora: Prof^a Dr^a Rita Marques

Objetivo Geral:

- Realizar formação sobre benefícios das práticas de *mindfulness* adotadas pelos profissionais de saúde que cuidam de pessoa em situação crítica.

Objetivos específicos:

- Envolver os elementos na identificação das situações laborais que podem estar na origem de dificuldades em gerir emoções
- Apresentar estratégias de gestão emocional a implementar no seu quotidiano
- Demonstrar benefícios da meditação *mindfulness* na gestão emocional dos profissionais de saúde

Metodologia

A sessão prevê o recurso aos métodos expositivo e interativo.

Recursos Didáticos e Multimédia

Computador portátil

Projector multimédia

PowerPoint

Coluna de som/ *you tube* (música ambiente para meditação guiada).

A seleção da estratégia de formação mais apropriada para a maximização da aprendizagem requer uma visão global da situação de formação, tendo em conta os seguintes procedimentos (Zabala & Arnau, 2010):

- Considerar os objetivos de formação no contexto da organização;
- Analisar os planos gerais dos vários departamentos da organização para dar consistência e realismo aos objetivos de formação;
- Dar enfoque aos resultados da aprendizagem como consequência da estratégia mais apropriada e dos respetivos percursos ou métodos utilizados.

De seguida, expõe-se no quadro 1 abaixo, o delineamento da sessão propriamente dita:

Quadro 1 – Etapas de planeamento da sessão

Etapas	Conteúdos programáticos	Metodologia pedagógica	Duração	Avaliação da sessão
Introdução	Apresentação da formadora, tema e objetivos da sessão	Expositiva	5 min	Avaliação através de questões formuladas ao grupo de forma aleatória e informal Aplicação de um formulário de avaliação da sessão de formação
Desenvolvimento	Identificação dos motivos da escolha do serviço para aplicação da <i>scoping review</i> Apresentação do conceito de <i>mindfulness</i> Apresentação dos benefícios das práticas do <i>mindfulness</i>	Expositiva e interativa	15min	
Conclusão	Conclusão do tema	Expositiva e Interativa	5 min	

	Síntese das ideias principais Abertura à participação Apresentação de ferramentas a utilizar sobre o tema Avaliação informal da sessão de formação			
Exercício prático	Exercício de meditação guiada com recurso a foco na respiração e afirmações positivas Música ambiente	Meditação guiada (voz formadora/ música ambiente)	10min	

3. Conclusão

A obtenção do título de enfermeiro especialista pressupõe o desenvolvimento de várias competências. O trabalho emocional ainda não é inteiramente reconhecido como outra das competências “essenciais” da enfermagem, mas o *Mindfulness* pode ser uma das que se pode desenvolver (Macauley et al., 2018), nomeadamente no que respeita à enfermagem médico-cirúrgica.

É necessário e premente promover o auto-conhecimento dos profissionais de saúde, que cuidam em ambientes de elevada complexidade e que, contatam no seu quotidiano profissional, com situações de doença de carácter grave e impactante, psicologicamente.

Nas últimas décadas assistiu-se a uma crescente redescoberta das práticas meditativas e contemplativas pela civilização ocidental, com particular incidência nas áreas da saúde e do desenvolvimento pessoal.

Este plano de sessão surgiu como um guia orientador e de planeamento da sessão de partilha informal definida como indicador de resultado, onde estão expostos os objetivos, métodos e estratégias que serão utilizadas.

4. Referências Bibliográficas

- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. (2010). Metodologia de projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*. 15, 1-37.
- Macauley, K., Plummer, L., Bemis, C. Brock, G. Larson, C., Spangler, J. (2018). Prevalence and Predictors of Anxiety in Healthcare Professions Students. *Health Professions Education*. 4 (3), 176-185
- 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, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de Julho de 2018.
- UCP (2022). Guia da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório: Mestrado em Enfermagem.
- UCP (Universidade Católica Portuguesa)– Biblioteca da Faculdade de Medicina. (2020). Publication manual of the *American Psychological Association* (7th ed.)
- Zabala, A. & Arnau, L. (2010). *Como aprender e ensinar competências*. Porto Alegre: Artmed.

APÊNDICE VIII

Sessão de meditação guiada apresentada na sessão de formação: “Benefícios das práticas de *Mindfulness* adotadas pelos profissionais de saúde que cuidam de PSC”

Meditação guiada

- Comece por se colocar numa posição confortável para si.
- Agora, feche os olhos quando se sentir confortável e vá-se permitindo estar no aqui e no agora, no seu corpo. É importante lembrar-se que você também é prioridade e permitir- SE alguns minutos de reflexão intensa que podem ter um grande impacto no seu dia.
- Permita que o seu corpo vá encontrando a serenidade e a tranquilidade de que necessita e deixe que os pensamentos e problemas desapareçam, nem que seja por alguns momentos, nem que seja só durante esta prática...
- Vá tranquilizando o seu corpo, a sua mente, o seu espírito.
- Observe a sua respiração. Inspire bem fundo pelo nariz e solte o ar bem devagar pela boca, estando totalmente consciente da sua respiração.
- A cada respiração vá relaxando o teu corpo e libertando qualquer tensão que sinta. Continue a respirar assim, sentindo os seus pulmões a expandir quando inspira e a contrair quando expira.
- Sintonize com o seu corpo, notando como ele se sente, notando se há alguma coisa que o seu corpo lhe queira dizer.

- Agradeça ao seu corpo por cuidar tão bem de si..... está tudo bem em descansar e relaxar nos próximos minutos.

- Pode ser que a sua mente comece a divagar....está tudo certo...é natural.

- Apenas note e traga a sua atenção de volta ao seu corpo, usando a sua respiração como uma âncora.

- Tente visualizar alguma coisa durante o seu dia ou semana que o fez sorrir ou que o fez sentir-se agradecido e permita encher o seu coração com esse sentimento...

- Inspire esse sentimento do topo da cabeça à ponta dos pés e permita-se sorrir, se sentir vontade.

- Agora foque em alguma coisa que pode fazer hoje por si ou por outra pessoa, que o irá permitir continuar a sentir-se dessa forma....

- Pode ser algo pequeno como decidir dar uma caminhada....ou ir para a cama mais cedo para acabar de ler aquele livro de que tanto gosta....ou a alegria de ligar a alguém que ama...ou optar por apreciar a sua refeição preferida...

- Agora foque nesse sentimento de alegria e paz

Convido-o agora a fazer mais umas respirações profundas...
Respire fundo...Continue a respirar, sentindo os seus pulmões a expandir quando inspira e a contrair quando expira...

Por último, repita mentalmente com todo o seu coração cada afirmação, de forma presente e confiante...

Sou grato até pelas pequenas coisas

Sou responsável pela forma como me sinto, e escolho sentir-me feliz

Sou capaz de controlar como reajo às situações, e escolho agir com respeito e amor

Eu mereço investir em mim mesmo

Acolho os meus erros e aprendo a crescer com eles

A minha vida não é uma corrida ou uma competição

Sou melhor se ajuda alguém a sentir-se melhor nem que seja por uns segundos

Também sou melhor, se sentir que preciso de pedir ajuda

Eu mereço momentos de silêncio e tranquilidade no meu dia para o meu bem-estar

Eu acolho a minha sensibilidade e os meus sentimentos e emoções são válidos

Tenho habilidades ilimitadas para superar os desafios e viver o sucesso....qualquer que seja o significado de sucesso para mim

Por um segundo mantenha-se conectado com estas palavras...

As afirmações são palavras poderosas que repetidas diariamente fazem a sua mente concordar com cada palavra dita com o coração, aproximando-o dos seus objetivos.

Aos poucos, vá lentamente regressando ao aqui e ao agora, ao espaço onde se encontra e agradeça a si mesmo por ter dedicado estes minutos a cuidar de si....

Quando se sentir preparado e ao seu ritmo, pode mover o seu corpo e abrir os seus olhos....

Tenha um óptimo dia.

APÊNDICE IX

Divulgação da sessão de formação: “Benefícios das práticas de *Mindfulness* adotadas pelos profissionais de saúde que cuidam de PSC”

Formação

O serviço de urgência é um local onde se prestam cuidados de saúde num ambiente com elevada carga de trabalho, contato com pessoas em situação de doença grave, sob pressão dos familiares e possível exposição a comportamentos violentos, num ambiente por vezes sobrelotado e ruidoso.

Por estes motivos, os profissionais de saúde podem vir a desenvolver sentimentos de tristeza, ansiedade, frustração e até mesmo estados de *burnout*. Encontro-me em estágio do Mestrado de Enfermagem (especialização em Médico-cirúrgica/ pessoa em situação crítica), e também eu já tive alguns dos mesmos sentimentos, pensamentos e emoções.

Nesta sessão de partilha, convido-o a discutir os fatores que podem estar na origem destes sentimentos, e irei ajudar a desenvolver estratégias de gestão emocional, para que assim possa viver o seu dia-a-dia (fora e dentro do local de trabalho) de forma mais tranquila, aprendendo a descontrair e a viver de forma mais “presente e consciente”.

Agradeço desde já a vossa presença...até lá.

Estudante Marta Morgado

APÊNDICE X

Formulário de avaliação da sessão de formação “Benefícios das práticas de *mindfulness* adotadas pelos profissionais de saúde que cuidam de PSC”



**Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Médico-Cirúrgica
(Pessoa em Situação crítica)**

Avaliação da sessão

Dia: ____ Dezembro de 2023

Trabalhar no SU do Contexto 3 – Quem cuida dos que cuidam?

Esta ficha de avaliação é confidencial, e tem como objetivo recolher as opiniões dos participantes sobre a sessão de formação.

Preencha, por favor, o questionário e assinale com um O de acordo com a sua opinião de cada um dos aspetos da formação, utilizando a seguinte escala:

1 - Insuficiente 2 - Suficiente 3 - Bom 4 – Muito Bom

Objetivos/conteúdos	O tema abordado é importante?				
	A formação correspondeu às suas expectativas iniciais?	1	2	3	4
	Os conteúdos/objetivos propostos na formação foram alcançados?	1	2	3	4
	A duração e ritmo da formação foram adequados?	1	2	3	4
	A formação, em termos de aquisição de novos conhecimentos foi:	1	2	3	4
Formador	O formador demonstrou domínio dos conteúdos abordados?	1	2	3	4
	Procurou manter o interesse/motivação dos formandos?	1	2	3	4
	Foi claro na abordagem aos conteúdos?	1	2	3	4
	Em geral, o relacionamento do formador com os formandos foi:	1	2	3	4
Classifique globalmente a formação:		1	2	3	4

Comentários, sugestões ou observações:

Agradeço a sua colaboração,

Marta Morgado