



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

SER ENFERMEIRO ESPECIALISTA: O DESAFIO DO PERCURSO

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

Por
Ana Margarida Simões Mota de Faria

Porto – março de 2023



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

SER ENFERMEIRO ESPECIALISTA: O DESAFIO DO PERCURSO
BEING A SPECIALIST NURSE: THE CHALLENGE OF THE COURSE

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

Por
Ana Margarida Simões Mota de Faria

Sob a orientação de Professora Doutora Maria Helena de Oliveira
Penaforte

Porto – março de 2023

RESUMO

A elaboração do presente documento decorre no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, no decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde (Porto), da Universidade Católica Portuguesa.

O relatório é intitulado “Ser Enfermeiro Especialista: O Desafio do Percuro” e tem como objetivo evidenciar a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, durante o estágio em contexto de cuidados intensivos, realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e o ensino clínico no Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos, ambos decorridos num hospital, no norte do país.

Na construção deste documento foi privilegiada a metodologia descritiva e reflexiva para abordar as experiências vividas nos dois contextos de prática clínica que levaram à aquisição de competências de enfermagem especializada, pela diferenciação de cada contexto. No decurso do período de estágio, foram identificadas necessidades formativas e desenvolvidas estratégias para as colmatar, nomeadamente, na área da prevenção e controlo de infeção foi elaborada uma formação sobre “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária associada a Cateter Vesical”, que pretendeu divulgar as boas práticas, nas equipas de enfermagem do hospital, baseadas na mais recente evidência científica.

Para além do contributo de melhoria para o serviço, foram realizadas pesquisas bibliográficas e adotada uma postura proativa, que permitiram o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; na melhoria contínua da qualidade, através da garantia de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; na gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde e de adaptação da liderança e da gestão de recursos às situações e ao contexto, objetivando a garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados; e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, desenvolvendo o autoconhecimento e assertividade, baseando a tomada de decisão especializada em evidência científica.

De realçar, a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no que concerne: ao cuidado da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; à dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe e à maximização da prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Palavras-chave: competências, cuidados de enfermagem; enfermeiro especialista; pessoa em situação crítica.

ABSTRACT

The elaboration of this document comes within the scope of the curricular unit “Final Internship and Report”, during the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing at the Institute of Health Sciences (Porto) of the Universidade Católica Portuguesa.

This report is entitled “Being a Specialist Nurse: The Challenge of the Path” and aims to highlight the acquisition of common and specific skills of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing, during the internship in the context of intensive care, carried out in a Polyvalent Intensive Care Unit and clinical teaching in the Local Coordination Group – Infection Prevention and Control Program and Antimicrobial Resistance, both held in a hospital in the north of the country.

In the construction of this document, a descriptive and reflective methodology was privileged to address the experiences lived in the two contexts of clinical practice that led to the acquisition of specialized nursing skills, by differentiating each context. During the internship period, training needs were identified and strategies developed to address them, namely in the area of infection prevention and control, training was prepared on the “Bundle for the Prevention of Urinary Infection associated with Bladder Catheter”, which intended to disseminate good practices in the hospital's nursing teams, based on the most recent scientific evidence.

In addition to contributing to the improvement of the service, bibliographic research was carried out and a proactive attitude was adopted, which allowed me to develop common skills of specialist nurses in the fields of professional, ethical and legal responsibility; in the continuous improvement of quality, by guaranteeing a dynamic role in the development and support of institutional strategic initiatives in the area of clinical governance; in care management, optimizing the team's response and articulation in the health team and adaptation of leadership and resource management to situations and context, with the purpose to assuring the quality and safety of the care provided; and in the field of professional learning development, developing self-knowledge and assertiveness, basing specialized decision-making on scientific evidence.

It should be highlighted the acquisition of specific skills of nurses specializing in Medical-Surgical Nursing, with regard to: caring for the person, family/caregiver experiencing complex processes of critical illness and/or organ failure; to streamline the response in emergency, exception and catastrophe situations and to maximizing prevention, intervention and control of infection and antimicrobial resistance for people in critical situations and/or organ failure, given the complexity of the situation and the need for responses in a timely and appropriate way.

Keywords: skills, nursing care; specialist nurse; person in critical situation.

“A verdadeira motivação vem da realização, desenvolvimento pessoal, satisfação
no trabalho e reconhecimento”.

Frederick Herzberg

AGRADECIMENTOS

À Professora Helena pela orientação, disponibilidade e amabilidade que caracterizaram o seu acompanhamento, nesta fase final do mestrado.

Aos meus orientadores em contexto prático, pela dedicação, partilha de conhecimentos e afago.

À minha equipa “D” do Serviço de Urgência, com quem tenho o privilégio de partilhar a vida profissional e pessoal e que foi, indubitavelmente, quem me incentivou a não desistir nos momentos mais difíceis.

À minha família, minha âncora, que constituiu a retaguarda essencial à conclusão desta etapa académica e que me faz querer ser sempre uma pessoa melhor.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ARS – Administração Regional de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CNCEC – Comissão de Normalização de Consumíveis e Equipamentos Clínicos

CRE – Enterobacteriales Resistentes aos Carbapenemes

DGS – Direção Geral da Saúde

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IHI – Institute Healthcare Improvement

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAPA – Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PIC – Pressão Intracraniana

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

SABA – Solução Assética de Base Alcoólica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

TOT – Tubo Orotraqueal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCISU – Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência

UDC – Unidade de Decisão Clínica

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
SER ENFERMEIRO ESPECIALISTA: DA CONDIÇÃO AO PROPÓSITO PROFISSIONAL	19
CARACTERÍSTICAS E ESPECIFICIDADES DOS CAMPOS DE ESTÁGIO	23
CONTEXTO DE ESTÁGIO I: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE	29
CONTEXTO DE ESTÁGIO II: GRUPO DE COORDENAÇÃO LOCAL – PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS	53
CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
APÊNDICES	76
Apêndice I – Apresentação da formação “Feixe de intervenções para a prevenção da infecção urinária associada a cateter vesical”	77
ANEXOS	101
Anexo I: : Organograma - Serviço de qualidade, segurança e epidemiologia.	102
Anexo II: Impresso para realização de auditorias no âmbito do Projeto HAI-NET Cirurgia (HELICS) – Monitorização da Infecção do Local Cirúrgico	104
Anexo IV: Instrumento de auditoria clínica interna – “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária associada a Cateter Vesical”	108

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos tem-se assistido a uma evolução demográfica e tecnológica dos processos de diagnóstico e terapêutica, que se traduzem num enorme desafio aos atuais sistemas de saúde, impondo-lhes a necessidade de uma modernização organizacional, pelo aumento da complexidade dos cuidados que, conseqüentemente, implica profissionais cada vez mais competentes e especializados (Lopes, Gomes & Almada-Lobo, 2018, p.13).

A Enfermagem, enquanto ciência e profissão, tem acompanhado esta evolução requerendo do enfermeiro especialista uma prática baseada na mais recente evidência, orientada para a formação, discussão e reflexão de temáticas sensíveis aos seus cuidados, com vista à aquisição de novas competências (OE, 2018, p. 19360).

Este documento, sob a forma de relatório e intitulado “Ser Enfermeiro Especialista: O Desafio do Percurso”, surge como requisito de avaliação no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, inserido no primeiro semestre do segundo ano, do décimo quinto curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem (Porto), Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

A unidade curricular supracitada teve início no dia 5 de setembro de 2022, terminando dia 4 de fevereiro de 2023, sendo que o período de desenvolvimento da prática clínica decorreu entre 5 de setembro de 2022 e 17 de dezembro do ano presente.

Como contemplado no Guia – Estágio Final e Relatório, nesta etapa do percurso de aprendizagem, estão preconizadas 840 horas, respetivamente, 440 horas de trabalho individual, 400 horas de contacto, sendo 360 horas de contacto direto com os contextos de ensino prático, 20 horas de orientação tutorial e 20 horas de seminário. No que concerne às 360 horas de contacto com os campos de estágio, estas, dividiram-se equitativamente pelo estágio na Unidade de Cuidados Intensivos (UCIP), num hospital no norte do país, no período compreendido entre o dia 5 de setembro e o dia 26 de outubro de 2022 e o estágio

no Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), no mesmo hospital, com início a 27 de outubro e término a 16 de dezembro de 2022.

Constituindo um desafio aos cuidados de saúde, a pessoa em situação crítica caracteriza-se pela ameaça de vida, subsequente à falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais (OE, 2018). Com vista a alcançar a qualidade e excelência do exercício profissional e tendo por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, segundo a Ordem dos Enfermeiros, estes caracterizam-se por serem cuidados diferenciados e altamente qualificados, prestados à pessoa em situação crítica, de forma a manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações, com vista à sua recuperação total (OE, 2015, p. 17241).

Desta forma, subentende-se que o contacto com o doente crítico em diferentes contextos é primordial no desenvolvimento de competências na área da intervenção de enfermagem especializada, para a implementação de cuidados de saúde de qualidade, surgindo assim, o primeiro contexto de estágio, na unidade de cuidados intensivos.

Importa evidenciar que a UCIP onde realizei o estágio, é uma unidade de nível III, segundo a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, com equipa médica e de enfermagem dedicadas, assistência médica qualificada e intensivista em presença física vinte e quatro horas por dia, com meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica avançados, promovendo medidas de controlo contínuo de qualidade (Valentim & Ferdinande, 2011, p.1579). Inserida num hospital central e tratando-se de uma unidade polivalente, alberga doentes de várias tipologias, cuja vida está dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica, o que proporcionou o contacto com um vasto leque de patologias e técnicas especializadas, fundamentais ao desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, nomeadamente na identificação, conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção de cuidados especializados.

No que concerne ao módulo opcional – GCL-PPCIRA, a escolha incidiu no âmbito da prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, tão própria do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, devido ao particular gosto pela área e pelo desafio inerente a esta temática, com projeção e importância crescentes, a nível global. Acresce a este facto, a proximidade com o meu local de trabalho e, conseqüente,

facilidade na gestão do estágio com a vida pessoal, profissional e familiar, que tiveram um peso significativo na minha decisão.

A exercer funções num serviço de urgência (SU), pautado pelo tecnicismo, medidas invasivas e um ambiente acrescido de risco de infeção, a preocupação com esta problemática foi sendo crescente ao longo dos anos, emergindo a necessidade de conhecer o papel do enfermeiro especialista na maximização da prevenção, intervenção e controlo de infeção. De salientar que, ao longo do meu percurso nos contextos clínicos, houve um investimento acrescido nesta área, que será explanado ao longo deste documento.

O presente relatório foi elaborado de forma a descrever as principais atividades desenvolvidas durante o percurso realizado nos estágios, com o objetivo de evidenciar os principais contributos que potenciaram o desenvolvimento pessoal e profissional, no sentido de validar a aquisição de competências como futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica e, como Mestre, abrindo o caminho para o desenvolvimento do “Ser Enfermeiro Especialista” na plenitude das suas competências, especializadas e próprias, com o rigor técnico, humano e científico que o caracteriza.

Com a concretização deste documento e tendo por base o plano de estudos da unidade curricular, pretendeu-se: descrever crítico reflexivamente as atividades desenvolvidas no decorrer do ensino clínico, de acordo com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista; consolidar a intervenção de enfermagem especializada à pessoa em situação crítica; atuar de acordo com o conhecimento ético, normas e procedimentos legais; perspetivar uma abordagem abrangente, integrada e fundamentada das práticas de enfermagem especializadas e identificar o modelo de conceção e prestação de cuidados adotado no local de estágio.

Na elaboração deste relatório foi utilizada uma metodologia narrativa crítico-reflexiva das situações, problemas, atividades desenvolvidas e vivências decorrentes dos ensinamentos clínicos, sustentada em bases teóricas pela pesquisa bibliográfica e ganhando forma através da mobilização dos conhecimentos adquiridos, advindos da experiência pessoal, profissional e académica.

O relatório, estruturalmente, encontra-se dividido em diversos capítulos, iniciando-se com a atual “Introdução”, onde se descrevem as principais linhas orientadoras deste documento. O segundo capítulo, “Ser Enfermeiro Especialista: da condição ao propósito

final” resume o meu percurso profissional, as competências adquiridas nas variadas áreas de atuação em que desenvolvi a minha atividade, enquanto enfermeira, e explana o propósito do reingresso no ensino superior. Além disso, relata e analisa, de forma crítica, as competências desenvolvidas que permitiram obter creditação ao estágio do primeiro ano. Segue-se o capítulo denominado “Características e especificidades dos campos de estágio”, onde são contextualizados os dois ambientes de prática clínica, a instituição onde se encontram inseridos, as equipas que os integram, bem como, o ambiente e a organização destes, enquanto instituições de prestação de cuidados de saúde. No quarto capítulo – “Contexto de estágio I – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente” – encontram-se narradas as atividades desenvolvidas no seu âmbito e as reflexões respetivas que permitiram o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista nos domínios da responsabilidade profissional ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimentos das aprendizagens profissionais, bem como as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na abordagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente no que concerne ao cuidado à pessoa e família, situações de emergência, exceção e catástrofe e prevenção, intervenção e controlo de infeção. Pautado pelo mesmo fio condutor, segue-se o “Contexto de estágio II – Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos” que constitui o quinto capítulo. Por fim, a “Conclusão” explana a análise transversal deste documento e a reflexão a cerca todo o percurso académico vivido, com os ganhos que acrescentou ao meu “eu pessoal” e profissional. A opção por esta estrutura, prende-se com o facto do segundo contexto clínico não contemplar uma prestação de cuidados de enfermagem direta ao doente, considerando-se mais produtiva a descrição das experiências vividas em cada contexto, de forma particular. Com esta organização foi possível esquematizar de forma lógica e sequencial, todas as atividades e reflexões que se pretende enunciar, cumprindo assim todos os requisitos impostos pela Universidade Católica Portuguesa na elaboração do documento.

As referências bibliográficas referentes a todos os documentos enunciados no trabalho seguem a norma APA, 7ª Edição

2. SER ENFERMEIRO ESPECIALISTA: DA CONDIÇÃO AO PROPÓSITO PROFISSIONAL

Com base no referencial da profissão, e tendo por base a regulamentação do exercício profissional, iniciei as minhas funções como enfermeira em 2009, numa unidade da Santa Casa da Misericórdia. Construí a minha experiência com base na variedade de valências que assisti, nomeadamente no serviço de atendimento permanente, bloco operatório, serviço de gastroenterologia, medicina, cirurgia, saúde ocupacional, departamento de qualidade e assistência aos utentes do lar da mesma instituição, tendo assumido funções de coordenação do serviço de saúde ocupacional e gastroenterologia, durante o ano de 2014.

Concomitantemente, prestei serviços de enfermagem num hospital particular, no serviço de cirurgia e obstetrícia, num *call-center*, no atendimento, apoio e encaminhamento de utentes e no SU de um hospital central, do norte do país, como tarefaira.

O meu percurso no SU desse hospital teve início em 2015 e, foi no primeiro contacto com o serviço, que percebi que aquela era a minha paixão. Cuidar do doente crítico era um desafio diário, que implicava da minha parte muito esforço e dedicação, na medida em que, tratando-se de um hospital que recebe doentes de tipologias diversas e diferentes níveis de gravidade clínica, requereu a mobilização de um corpo de conhecimentos, em amplas áreas do saber, que concretizei com pesquisa bibliográfica, participação em formações e partilhas com uma equipa que me ajudou a construir a minha identidade profissional e pessoal. Facilmente constatei que era a esse hospital e a esse serviço que me queria dedicar exclusivamente. O desafio de sair “da minha zona de conforto” era o foco principal.

Não obstante, à medida que experiência e olhar crítico se foram desenvolvendo, considerei que os conhecimentos teórico-práticos não seriam suficientes para prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico e sua família, uma vez que estes exigem do enfermeiro, não só conhecimentos teóricos, técnicos e científicos especializados, como também capacidade de gestão de cuidados, gestão emocional e relacional avançadas. Tendo decidido dar continuidade à formação académica, ingressei no Mestrado em

Enfermagem Médico-Cirúrgica, no ano de 2017, numa escola de enfermagem do norte do país. Contudo, por motivos de saúde, não foi possível a sua conclusão, tendo terminado apenas o primeiro semestre do plano de estudos.

Em 2021, decidi privilegiar novamente o que tinha ficado para trás e, após uma fase pessoal e profissional difíceis, além dos efeitos da pandemia, ingressei novamente no ensino superior, na Universidade Católica Portuguesa, no Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica.

O hospital onde exerço funções dispõe de um serviço de urgência polivalente, dotado de uma ampla abrangência de necessidade de cuidados de enfermagem especializados, incluindo áreas de atuação emergente, pautadas pela abordagem ao doente crítico.

Da caracterização do SU destaca-se a diversidade de postos de trabalho, pelos quais somos distribuídos diariamente, de acordo com o plano de serviço, sendo eles: triagem, sala de emergência, área médica, área cirúrgica, unidade de decisão clínica (UDC) 1, UDC 2 e Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência (UCISU)/ Unidade Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Na triagem, realizo a avaliação dos sinais e sintomas do utente, atribuindo uma prioridade de atendimento, em função da sua gravidade clínica. Este é o primeiro momento em que existe um contacto direto entre o profissional de saúde e o utente, pelo que se reveste de especial importância, sobretudo no que respeita à deteção precoce de possíveis complicações de doença. É, por conseguinte, primordial estar apto para atuar em situações de *life-saving* uma vez que, por vezes, a primeira linha de contacto com o utente emergente é precisamente no posto de triagem. Alguns exemplos são a via verde coronária, a via verde AVC, a via verde *sépsis* e a abordagem ao doente politraumatizado. Neste sentido, o reconhecimento precoce de situações de paragem cardiorrespiratória (PCR), início de suporte básico de vida (SBV) e suporte avançado de vida (SAV), são requisitos necessários para que os cuidados de enfermagem sejam dotados da maior competência e rigor.

Para além do referido, o contacto direto e quase diário com doentes agudos e emergentes, no âmbito da sua abordagem, prestação de cuidados, vigilância, monitorização e posterior encaminhamento, permitiu-me não só desenvolver competências relacionadas com a priorização dos doentes, mas também com a capacidade de tomada de decisão, num ambiente pautado pela imprevisibilidade e a prestação de cuidados diferenciados ao doente

crítico que, pela sua instabilidade, requerem de meios avançados de monitorização e terapêutica.

Na UDC 2 são abordadas as vias verdes, o doente politraumatizado grave, ou doentes com prioridade muito urgente, que na maioria das vezes se tratam de emergências médicas – edema agudo do pulmão, emergências hipertensivas, alterações do estado de consciência, entre outras. Pelo tipo de utentes que permanecem nesta unidade dirigida ao doente crítico, também, os cuidados são pautados pelo rigor, antecipação/previsão de complicações, monitorização contínua e adequada, terapêutica dirigida e vigilância permanente.

A equipa de emergência interna deste hospital, para além de dar resposta ao doente emergente do SU, é ativada sempre que surja necessidade de abordar qualquer situação emergente dentro do recinto hospitalar. Sendo elemento integrante desta equipa, considero que foi neste âmbito que vivenciei um maior número de experiências, no que concerne à abordagem inicial, deteção precoce, estabilização e tratamento do doente crítico, nomeadamente na realização de transportes inter ou intra-hospitalares.

A experiência profissional nestes serviços, os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas permitiram-me obter creditação ao Estágio – A Pessoa em Situação Crítica e Família – vigilância e decisão clínica. No entanto, a vasta abrangência da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e a responsabilidade, conhecimentos e competências inerentes ao título de enfermeiro especialista requerem o contacto com contextos diferentes, onde o utente, não deixando de ser emergente e/ou crítico, necessita de um olhar diferenciado por parte do profissional de saúde, quer pelas suas particularidades e condição de saúde, quer pelas particularidades do serviço onde se encontra.

Assim, o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa (Porto), proporciona aos estudantes o contacto com duas realidades ou contextos de atuação profissional diferentes, onde o papel do enfermeiro especialista potencia ganhos em saúde, no caso em particular, o estágio em Unidade de Cuidados Intensivos e um módulo opcional – GCL – PPCIRA. As competências e atividades desenvolvidas nestes estágios serão explanadas ao longo deste documento, em capítulos diferenciados.

3. CARACTERÍSTICAS E ESPECIFICIDADES DOS CAMPOS DE ESTÁGIO

O primeiro contexto de estágio, de cariz obrigatório, realizou-se numa unidade de cuidados intensivos, num hospital do norte do país, que sendo central, serve, de uma forma direta 274.769 utentes e globalmente cerca de 1.2 milhões. Trata-se de um hospital de primeira linha de referência para algumas especialidades cirúrgicas e médicas, como cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, neurologia, cardiologia, hemodinâmica e diálise de urgência.

A UCIP em questão é considerada uma unidade de cuidados de nível III, segundo a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, tendo “... equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem) e assistência médica qualificada por intensivista e em presença física nas 24 horas ...” (Valentim & Ferdinande, 2011, p.1579)

Parafraseando o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2019, p. 184), sendo as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) nível III consideradas as UCI polivalentes, pressupõe-se que asseguram os cuidados integrais para com os utentes, devendo dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos, com meios de diagnóstico, terapêutica e monitorização hemodinâmica avançada.

Esta unidade dispõe de suporte ventilatório invasivo, técnica de substituição renal contínua e, conforme o preconizado, trata-se de um ambiente *open space* que permite a vigilância contínua de todos os doentes, através do contacto visual direto e da observação de um monitor geral, onde estão registados os dados de monitorização avançada do doente crítico, em tempo real. Com capacidade para internar 12 utentes, o serviço dispõe de 4 unidades físicas completamente equipadas e preparadas para a necessidade de isolamento de contacto, físico ou contenção de infeção. Por se tratar de uma unidade polivalente, proporciona o contacto com doentes das mais variadas especialidades, com quadros clínicos diversos, o que permitiu uma aprendizagem e aquisição de conhecimentos profissionais mais vasta.

No que diz respeito aos recursos humanos da equipa de enfermagem, que integram uma UCI nível III, o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2019, p. 145), refere que o rácio deve ser de um enfermeiro para um utente, acrescentando que é recomendado "... que 50% sejam enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno.”.

Corroborando esta afirmação, o Parecer N.º 15/2018, da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica acrescenta que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é o mais capacitado para responder de forma adequada às necessidades da Pessoa em Situação Crítica, no contexto de medicina intensiva (OE, 2018, p.3).

Depreende-se, portanto, que, além de uma UCIP estar equipada com material avançado essencial ao diagnóstico e tratamento do doente crítico, é essencial que detenha profissionais de saúde treinados e experientes na abordagem a este tipo de doentes, não só pela necessidade de conhecimento do equipamento tecnológico a manipular, como também pela antecipação precoce de focos de instabilidade hemodinâmica.

Na UCIP do hospital onde realizei o estágio, o rácio enfermeiro/doente era de um enfermeiro para dois doentes frequentemente, ocorrendo também o rácio de um para um, quando a lotação do serviço não estava totalmente preenchida.

De salientar que, está implementada a avaliação do tempo necessário para a prestação de cuidados de enfermagem, ao doente internado nesta UCIP, através do preenchimento da *Nurse Activities Scale*, permitindo a avaliação adequada da carga de trabalho da equipa de enfermagem e, assim, adequar o rácio enfermeiro/utente.

No que diz respeito ao segundo contexto clínico, a escolha incidiu na área da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, tendo por isso realizado o estágio no GCL-PPCIRA, também num hospital no norte do país.

A exercer funções num serviço em que a técnica impera e onde o doente está sujeito a inúmeros procedimentos invasivos, quer de diagnóstico, manutenção ou tratamento, bem como está exposto a um ambiente com um elevado risco de infeção, como o SU, a minha preocupação com a prevenção, intervenção e controlo de infeção foi sendo crescente ao longo dos anos. Transpondo esta realidade para o contexto de sala de emergência, onde importa atuar eficazmente e em tempo útil, face à falência ou iminência de falência orgânica do doente, as inúmeras técnicas invasivas devem ser realizadas de forma adequada ao contexto, mas nunca descurando o risco infeccioso, uma vez que a este estão associados o aumento da mortalidade e morbidade do doente, bem como o aumento dos custos económicos, sociais e familiares.

A problemática das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) não só é reconhecida internacionalmente por entidades como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), como também foi definida como uma prioridade global, constando na *World Alliance for Patient Safety*, lançada em 2004 pela OMS, que “(...) surgiu no seguimento da crescente preocupação internacional em torno do dado evitável decorrente ou associado aos cuidados de saúde” (DGS, 2022, p. 93).

O GCL-PPCIRA, do hospital onde realizei este ensino clínico, integra o serviço da qualidade, segurança e epidemiologia, na unidade de epidemiologia (ver Anexo I). Este serviço trabalha, em parceria com a gestão de risco, departamento da qualidade, departamento do ambiente e medicina do trabalho.

Os objetivos do GCL-PPCIRA estão definidos por regulamento interno, e passam, sobretudo, por prevenir, detetar e controlar infeções; implementar uma cultura de segurança, sob forma de incrementar a qualidade dos cuidados prestados, bem como, promover o uso correto de antimicrobianos, diminuindo assim, as resistências. No mesmo documento a estratégia de atuação do GCL-PPCIRA está definida em oito vertentes: elaboração de orientações e recomendações de boas práticas de prevenção e controlo de infeção e de resistências aos antimicrobianos; consultoria e apoio técnico para o uso adequado de antibióticos e monitorização da sua utilização; consultoria e apoio técnico na área da

prevenção e controlo de infeção; elaboração e concretização de programas de auditorias; formação e informação a profissionais de saúde, doentes e visitantes; promoção da investigação e elaboração e participação em projetos de melhoria.

Este serviço tem por função a gestão do Programa de Prevenção de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos, através da implementação do plano de atividades anual, das orientações periódicas emanadas pela Direção Geral da Saúde (DGS) e/ou Administração Regional de Saúde (ARS) Norte e do desenvolvimento das competências gerais e funções específicas, inerentes à área de atuação de cada elemento do grupo.

O GCL-PPCIRA deste hospital é constituído por um enfermeiro gestor, dois enfermeiros especialistas, um engenheiro biomédico, um médico de patologia clínica, dois médicos de infeciologia, sendo um deles responsável pelo Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA), um farmacêutico, um médico de medicina interna e um gestor hoteleiro.

No que respeita às funções do coordenador do GCL-PPCIRA, estas traduzem-se no desenvolvimento de atividades em diversas áreas, nomeadamente na área da gestão, vigilância epidemiológica, da qual destaco a elaboração do programa de vigilância epidemiológica anual, normas de boas práticas, área de formação/investigação, consultoria e área de antimicrobianos. De referir que as funções do enfermeiro especialista do GCL-PPCIRA incidem também nas mesmas áreas de atuação, sendo que neste contexto de ensino clínico, a orientação em contexto prático foi realizada por um profissional de saúde que desempenhava simultaneamente funções de enfermeiro especialista e de coordenador do grupo.

Da reflexão sobre o “Projeto de Estágio” com os enfermeiros orientadores sobre o meu percurso, enquanto futura enfermeira especialista, bem como após o primeiro contacto direto com os campos de estágio, surgiu a necessidade de reformular alguns dos objetivos, e respetivas estratégias iniciais, essencialmente, devido às necessidades formativas pessoais identificadas, ao interesse específico pela área da prevenção, intervenção e controlo da infeção e, finalmente, pela constatação de que o trabalho desenvolvido pelo GCL-PPCIRA, apesar de se fazer crescer de forma intrínseca e conjunta com os vários serviços do hospital,

não está diretamente relacionado com a prática de cuidados de enfermagem ao utente/família.

Neste sentido, na redefinição dos objetivos procurou-se espelhar a prática de enfermagem especializada, na maximização da intervenção, prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos, à luz das atividades que são desenvolvidas e que são também as funções do enfermeiro especialista, a desenvolver a sua atividade num GCL-PPCIRA, tirando o máximo proveito desta área de atuação tão específica e tão importante, através da atualização de informação baseada na mais recente evidência científica, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, sobretudo em contexto profissional. O desconhecimento, até então, do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro especialista no GCL-PPCIRA remeteu-me, aquando da definição dos objetivos de estágio iniciais, para o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no âmbito da prevenção, intervenção e controlo de infeção, os quais, após reflexão e autocrítica, se revelaram insuficientes e desadequados à realidade do contexto clínico. Passo, portanto, a enunciar os objetivos acrescentados: conhecer a estrutura física, os recursos humanos e o organograma do serviço do GCL-PPCIRA; consultar os manuais que integram a área da prevenção e controlo de infeção; identificar o papel do enfermeiro especialista na gestão do controlo de infeção; colaborar na implementação de auditorias internas, às práticas e estruturas mais significativas para a prevenção e controlo das infeções; sensibilizar os meus pares para a prevenção e controlo de infeção e para o problema das resistências aos antimicrobianos; participar na elaboração e divulgação de boas práticas para a prevenção e controlo das IACS e promoção da segurança clínica; participar nas ações de formação promovidas na área de prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos, bem como participar na identificação de necessidades de formação nos serviços; colaborar na implementação e monitorização do programa de vigilância epidemiológica; contribuir para a organização de iniciativas/eventos do GCL-PPCIRA; participar na realização de inquéritos de prevalência de infeção, bem como trabalhar e divulgar indicadores – precauções básicas de controlo de infeção, medidas de isolamento e feixes de intervenção; participar na definição de estruturas e circuitos, de modo a assegurar o nível de higienização adequada do

ambiente, dos dispositivos médicos, artigos e equipamentos; promover a implementação de feixes de intervenção (*bundle*) nos diferentes serviços e colaborar na recolha de dados para os estudos de vigilância epidemiológica.

4. CONTEXTO DE ESTÁGIO I: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

Como definido pela OE (2019, p.4744), um enfermeiro especialista é aquele a quem são reconhecidas determinadas competências técnicas, científicas e humanas que visem a prestação de cuidados de enfermagem especializados. Desta forma, distintas das competências inerentes a cada área de especialização, são legitimadas a todos os enfermeiros especialistas um conjunto de competências comuns, aplicáveis a todos os contextos, efetivadas pela capacidade de conceção, supervisão e gestão de cuidados, através de um suporte ao exercício da profissão em várias extensões como formação, investigação e assessoria (OE, 2019, p. 4745). Estas competências estão organizadas em quatro domínios, que estarão explanados ao longo deste documento, por forma a dar a conhecer as atividades desenvolvidas em contexto prático e, conseqüentemente as competências alcançadas. Neste capítulo descrevem-se também as atividades desenvolvidas, no âmbito da aquisição de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no cuidado à pessoa/família, situações de emergência, exceção e catástrofe e prevenção, intervenção e controlo de infeção.

Para Vieira (2017, p. 86), “Um profissional é aquele que professa, que faz uma promessa à comunidade em que se insere. E os cidadãos precisam de ter confiança na promessa dos profissionais a quem recorrem quando precisam de cuidados”.

Assim, cada enfermeiro especialista deve demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, assente na tomada de decisão ética e deontológica (OE, 2019, p. 4745). E todas estas intervenções devem ser pautadas pelo respeito pelos direitos humanos, crenças e valores, de acordo com o referencial individual de cada um.

No âmbito do **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** foram definidos como objetivos a atingir tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas e demonstrar conhecimentos aprofundados

sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o utente e família, de modo a obter a relação de forma terapêutica, no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

No decorrer da prática clínica desenvolvida neste estágio atuei sempre, com base no exposto no REPE e na Deontologia Profissional com vista a, progressivamente, atingir a excelência do exercício da Enfermagem.

Sendo a UCIP um serviço com uma forte componente tecnológica, torna-se fulcral que, enquanto futura enfermeira especialista, não seja descuidada a componente humana no âmbito da prestação de cuidados, afinal este é o pilar da relação com o doente e a sua família, sobretudo quando se trata de uma situação crítica de saúde, que é pautada pela instabilidade emocional, insegurança e incerteza. Estas pessoas, em situação crítica de doença, são doentes com vários dispositivos médicos associados, expostos num ambiente aberto, com vários profissionais de saúde e outros doentes presentes, sendo dever do enfermeiro, tal como descrito no artigo 86.º da Deontologia Profissional (OE, 2015, p.83), salvaguardar o respeito pela intimidade, dignidade e privacidade de cada um deles. Desta forma, a minha atuação perante cada doente teve em consideração esta premissa, garantindo os direitos supracitados, através de uma prestação de cuidados num ambiente privado, com recurso a medidas físicas que continham a exposição da pessoa, por forma a garantir a segurança do ambiente. Corroborando esta afirmação, considero que privilegiei o bem-estar do doente, adequando o seu plano de cuidados de forma a dar a melhor resposta às suas necessidades fisiológicas, humanas, culturais e espirituais.

Depreende-se também que, subjacente à condição crítica de saúde destes doentes, a sua capacidade e o poder de autodeterminação estão comprometidos. Objetivamente sabemos que, cuidar do outro não se trata de tomar decisões por ele, mas sim promover o consentimento livre e esclarecido, de forma a que cada um, enquadrando o contexto às suas crenças, valores e pretensões, possa decidir sobre si mesmo, de forma conscienciosa. Neste contexto, o enfermeiro desempenha um papel fundamental, mas que exige imparcialidade, no sentido de deixar a cargo a decisão do doente, ou do seu responsável legal, mesmo sabendo que, nem sempre, as decisões tomadas serão as mais potenciadoras do desenvolvimento da sua saúde. Contudo, quando estas situações não se aplicam, agi tendo por base o princípio da beneficência e da não maleficência, procurando o melhor para cada doente, de acordo com aquilo que seria previamente reconhecido como sendo os seus interesses. Recordo-me particularmente de uma utente, jovem, que esteve internada na

UCIP, no contexto de rutura de um aneurisma cerebral (previamente conhecido) e que tinha expressado junto dos familiares que não queria, caso um dia estivesse nessas circunstâncias, beneficiar de medidas de neurointensivismo de suporte. Em discussão na equipa multidisciplinar e com a família, optou-se por proporcionar essas medidas durante um espaço limitado de tempo, a fim de perceber se a situação seria reversível e, após esse período, respeitar a vontade da doente, ainda que não existisse qualquer registo efetivo de diretiva antecipada de vontade.

Para Vieira (2017, p. 102), “Cuidar exige aceitar o risco do desconhecido que só a confiança supera. Exige confiar nas minhas capacidades para cuidar do outro, no meu juízo para avaliar as suas necessidades e nos meus erros, na possibilidade de crescimento”.

Waldow (2015, p. 23) entende que o cuidar é um fenómeno existencial, por ser dotado de racionalidade, cognição, intuição e espiritualidade; relacional porque se desenvolve em estreita relação como o outro e contextual porque diverge consoante o meio e o momento.

Neste sentido, depreende-se que, sendo o cuidar relacional, a importância da comunicação que lhe está inerente é fundamental. Considero que a comunicação com o doente e com a sua família foram uma dificuldade no início deste estágio, por duas razões. Primeiro porque comunicar com o doente entubado e ventilado implica a utilização de várias competências de comunicação não verbal que considerava serem insuficientes para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz; segundo pela proximidade que o enfermeiro tem com os familiares, em contexto de cuidados intensivos, que procuram constantemente informações sobre o estado de saúde do doente crítico e que dirigem o discurso no sentido daquilo que querem ouvir.

Considero que evoluí favoravelmente ao nível das competências inerentes à comunicação, nomeadamente, na relação com o doente, aprendi e apliquei estratégias de comunicação não verbal, como a utilização de gestos, a leitura do olhar e da expressão facial do doente, a interpretação dos movimentos corporais e a importância do toque, de forma a incluir o doente no processo de cuidar, na identificação das suas necessidades e sentimentos.

Segundo Loureiro, Rabiais & Macau (2017), uma comunicação eficaz permite a diminuição de sintomas de ansiedade, *stress* e depressão, promovendo o desenvolvimento de uma relação de ajuda e de parceria de cuidados.

Corroborando esta afirmação e no que diz respeito à comunicação com a família, constatei que esta foi sendo progressivamente mais eficaz, à medida que a fui incluindo no processo de cuidar, permitindo-lhe que vivesse também, embora na segunda pessoa, as particularidades e o estado de doença do seu familiar.

O internamento numa UCI é gerador de *stress*, colocando os familiares numa posição de fragilidade e de menor capacidade de compreensão de informação. A utilização de uma linguagem clara, sucinta, objetiva, empática e, ao mesmo tempo, coloquial, permitiu-me ajudar a diminuir esses sentimentos negativos, não fomentando, contudo, falsas expectativas.

No respeito à autodeterminação, segundo a Deontologia Profissional (OE, 2015, p.8), “... o enfermeiro assume o dever de: informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; (...) atender com responsabilidade e cuidado o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem”.

Com base nos pilares que regem a minha profissão, procurei agir como fator facilitador no processo de transição saúde/doença, perante o utente e a sua família/cuidadores. De todas as vezes que um familiar ia visitar um doente, este era recebido presencialmente, à entrada da unidade, pelo enfermeiro responsável do respetivo doente. Durante esse momento, eram transmitidas as informações mais pertinentes e era criado um espaço, considerado a oportunidade ideal, para a partilha de dúvidas e receios. Posteriormente acompanhávamos o familiar até ao doente, criando laços de segurança, escuta ativa e conforto, mostrando disponibilidade para ajudar em qualquer outra questão que surgisse.

Também os registos de enfermagem constituem uma forma de comunicação, sobretudo, na medida em que permitem assegurar a continuidade dos cuidados prestados entre toda a equipa multidisciplinar. Consequentemente, os registos devem ser uniformizados, claros e sucintos, por isso o sistema informático que está em utilização na UCIP, contempla a linguagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Neste domínio tive oportunidade de aprimorar a comunicação escrita, tendo em consideração que o que fica registado deve espelhar, ao máximo, a nossa intervenção prática e o trabalho realizado, o que assume particular importância no momento de transmissão de informação aos colegas do turno seguinte, com o objetivo máximo de assegurar a continuidade dos cuidados prestados, conforme preconizado na alínea d), do artigo 104.º da Deontologia Profissional (OE, 2015).

Advêm de todos os tipos de comunicação, seja ela verbal ou não verbal, vários tipos de informações, quer sejam relacionadas com os diagnósticos médicos e de enfermagem do doente, quer com as particularidades de cada família ou pessoa significativa.

Para Vieira (2010, p.49) “O direito ao acesso à informação de saúde está consagrado e é essencial (...), no entanto, no tratamento desta informação devem ser cumpridas normas que garantam o segredo profissional, sendo este o resultado da lealdade com os doentes”.

Corroborando o que foi dito anteriormente, no âmbito da prestação de cuidados, respeitei criteriosamente o sigilo profissional, acedendo apenas a informações dos doentes que estavam sob a minha responsabilidade e necessárias à prestação de cuidados de enfermagem, mantendo-as sigilosas dentro e fora da instituição, respeitando assim o previsto no artigo 106.º da Deontologia Profissional (OE, 2015).

Frequentemente, em contexto de internamento em unidades de cuidados intensivos, surgem situações complexas, que exigem ao profissional de saúde uma prática rigorosa, baseada nos valores deontológicos e éticos. As decisões em fim de vida, a suspensão de medidas de suporte (terapêutica ou ventilação) e a realização de provas de morte cerebral são alguns desses exemplos. Confesso que vivenciei situações, sobretudo de pessoas jovens, que me “acompanharam para casa”. Conforta-me saber que, apesar de toda a tragicidade inerente à própria vida, os enfermeiros desempenham um papel que se destaca, na medida em que aprimoram a qualidade e a dignidade de cada doente, independentemente do desfecho final. Tive a oportunidade de ver salvaguardadas diretrizes antecipadas de vontade e vontades expressas apenas verbalmente; igualmente deparei-me com famílias a entrarem por curtos períodos de tempo, para que todos os elementos que a constituem tivessem oportunidade de estar com o doente e, por outro lado, constatei que famílias completas entravam por situações de fim de vida. Tive o privilégio de tratar doentes que se revelaram verdadeiros casos de sucesso, mas assisti, sobretudo, à morte de outros. Transversalmente a todas as situações, senti-me elemento integrante de uma equipa em uníssono, capaz de tomar decisões sempre no melhor interesse do doente, ajustadas à realidade de cada situação e em nada padronizadas por outra máxima, que não a do respeito pela vida humana, conforme preconizado pelo artigo 82.º, da Deontologia Profissional (OE, 2015, p. 64).

Em suma considero que os dois objetivos definidos para a aquisição de competências comuns, ao nível do **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, foram alcançados.

O enfermeiro especialista, pelo quadro de conhecimentos científicos e técnicos que possui, é o profissional indicado para desenvolver projetos de melhoria contínua da qualidade, privilegiando implementar intervenções sustentadas pela evidência científica mais recente, como prevê a OE (2019, p. 4747).

A UCIP do hospital onde realizei o ensino clínico, tem um papel altamente dinâmico e importante na criação de momentos formativos em serviço. A equipa está organizada em grupos de trabalho, segundo diversas áreas/temas. Cada grupo elabora normas, protocolos e/ou procedimentos sobre determinados temas dentro da sua área de ação, ministrando, posteriormente, formação aos restantes elementos. É, indubitavelmente, uma forma de manter o serviço atualizado com a evidência científica mais recente, transformando as práticas num somatório de perícia técnica e informação teórica cientificamente validada e aceite. Em conversas informais com vários elementos da equipa, sobretudo com os mais novos, apercebi-me de que estas formações constituem uma ajuda no contexto prático da prestação de cuidados, nomeadamente no que concerne ao cuidado de doentes de elevada complexidade, potenciando a qualidade dos mesmos e a correção de práticas menos rigorosas.

No segundo dia de estágio tive, inclusivamente, oportunidade de assistir à formação que estava a decorrer no serviço, sobre Ventilação Não Invasiva (VNI). Entre vários aspetos, como a fisiopatologia das vias respiratórias, foram abordados os cuidados de enfermagem que potenciam o sucesso do doente com VNI, os vários tipos de equipamentos disponíveis em utilização no hospital e as suas particularidades, para os quais devemos estar atentos. Além de poder, posteriormente, aplicar os novos conhecimentos no decorrer do estágio, o conteúdo ao qual tive acesso também teve bastante impacto no âmbito do meu contexto profissional.

Relativamente ao levantamento de necessidades formativas na UCIP, realizei uma auscultação de vários profissionais de saúde – médicos, enfermeiros e auxiliares – no sentido de perceber se haveria algum tema, alguma necessidade identificada na prática, que pudesse ser investigada, explorada e depois partilhada com a equipa. Todas as respostas foram unânimes, inclusivamente a do meu orientador, no sentido em que afirmaram que as mesmas estavam identificadas e desenvolvidas em contextos formativos, de acordo com a atribuição dos temas por equipa, como referi anteriormente. Não obstante, considerando que, para traçar o meu caminho enquanto futura enfermeira especialista, devo dedicar tempo à

formação, à atualização de conteúdos e à procura de momentos de aprendizagem, reví o material de formações nas quais já tinha participado, como a monitorização do doente crítico, fundamental ao meu desempenho prático, neste contexto clínico. Para além disso, realizei pesquisas bibliográficas sobre temas com os quais não estava tão à vontade, como a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), o cuidado ao doente neurocrítico e questões relacionadas com a terapêutica farmacológica mais utilizada no serviço. De referir que, o facto de não ter realizado nenhuma ação formativa ao longo deste estágio, não constituiu impedimento para partilhar momentos de *debriefing* com a equipa e também de identificar situações que, a meu ver, careciam de reforço de formação, nomeadamente questões técnicas relacionadas com a realização de SBV e SAV.

A casuísta da ocorrência de situações de PCR neste serviço é diminuta para a implementação de um alto desempenho na hora da reanimação. Uma forma de aumentar a *performance* dos profissionais desta unidade, nessas situações, seria, por exemplo, a realização de um treino de equipas de alto desempenho que, para além de uma primeira abordagem teórica, permitiria, em situações de simulação avançada, que estes atuassem em conformidade com os algoritmos preconizados, posteriormente pudessem ver o seu próprio desempenho e realizar o *debriefing* com a equipa, de forma a perceber os aspetos positivos e os aspetos a melhorar, em contexto de reanimação.

Segundo o Neto *et. al.* (2019, p.7), “Para um efetivo SAV é essencial a constante atualização de conhecimentos e o treino regular com aplicação de protocolos e estratégias facilitadores da aprendizagem”. No papel de aluna de especialidade e depois de conhecer a equipa, do ponto de vista relacional, não me senti à vontade de propor esse desafio; confesso que também não senti recetividade por parte dos profissionais.

De uma forma global, considero ter desenvolvido competências na mobilização de conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; avaliando a qualidade das práticas clínicas com base na evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade e garantido práticas que promovam um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019, p. 4747). Também identifiquei oportunidades de melhoria, bem como sugeri estratégias de atuação, acrescentando informação pertinente à implementação dos programas de melhoria contínua da qualidade, em vigor na unidade.

É associado ao papel de enfermeiro especialista que se acrescem, igualmente, competências de gestão específicas no contexto de trabalho, de acordo com a sua área de

ação. Da mesma forma, este deve adaptar a liderança e gerir os recursos, quer humanos, físicos ou materiais, às situações e ao contexto, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados (OE, 2019, p. 4749).

No **domínio da gestão de cuidados** os objetivos que me propus atingir passam por demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar e gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização.

Ao longo do estágio na UCIP, pude acompanhar o enfermeiro orientador na realização das tarefas inerentes ao papel de responsável de turno. Em cada turno é destacado um enfermeiro especialista para a realização das atividades inerentes à gestão, sendo da sua competência a elaboração do plano de enfermagem para o próximo turno, de acordo com o grau de complexidade dos doentes e a diferenciação dos enfermeiros disponíveis, a previsão de admissões e altas da unidade e a necessidade, eventual, de realização de transportes inter ou intra-hospitalares. Desta forma, conforme contemplado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019, p. 4748), este assume o papel da gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

De forma a realizar esta gestão de uma maneira fundamentada e baseada em conhecimento de causa, o enfermeiro responsável assiste à passagem de turno de todos os doentes e regista, em documento próprio, o estado geral de cada um, as atividades/intervenções programadas para o turno, a necessidade de articulação com outras equipas de saúde ou agendamento de exames complementares de diagnóstico, a preparação de doentes para alta ou transferência e ainda a mobilização de recursos, se necessário. Ao longo do turno é realizada uma pequena reunião informal, que permite ao enfermeiro responsável perceber a evolução dos cuidados e se existe necessidade de proceder a alguma alteração. Da mesma forma, a discussão sobre os doentes e seus planos de cuidados, em equipa, possibilita a promoção de melhores e mais adequadas estratégias a cada situação clínica, favorecendo o desenvolvimento e as oportunidades de melhoria dos profissionais. Assim, compete ao enfermeiro especialista adequar os recursos às reais necessidades de cuidados, utilizando-os de forma eficiente para promover a qualidade (OE, 2019, p. 4748).

No que concerne à gestão de recursos materiais, esta é realizada, maioritariamente, também pelo enfermeiro responsável de turno. É da sua competência o controlo de hemoderivados e estupefacientes, pedidos a realizar à farmácia, requisições a realizar ao

armazém e aprovisionamento, verificação dos consumíveis de tratamento de substituição renal, pedidos e empréstimos de material e equipamentos a outros serviços e, ainda, o pedido de reparação de equipamentos ou a sua substituição.

Sendo a gestão de um serviço um dos pilares fundamentais para o seu bom funcionamento, destaco o papel da enfermeira chefe nesta área. No âmbito de algumas conversas informais tive a oportunidade de perceber, de forma abrangente, as funções que a enfermeira chefe desempenha, principalmente no que concerne à gestão de equipas, nomeadamente a sua constituição e distribuição, bem como a realização do horário mensal de trabalho. Compreendi assim, que a gestão de recursos humanos é uma tarefa complexa, pois é necessário conciliar as necessidades do serviço com as potencialidades de cada enfermeiro, procurando desta forma, uma relação harmoniosa, com o melhor usufruto de ambas as partes, conforme consta no Regulamento N.º 140/2019 (OE, 2019, p. 4748), que refere que o enfermeiro gestor “(...) adapta o estilo de liderança e do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos”.

A gestão dos cuidados de enfermagem é um dos princípios elementares de cada enfermeiro, essencialmente do enfermeiro especialista, que deve ser capaz de garantir a sua execução com a maior segurança e qualidade possíveis. No âmbito da prestação de cuidados de enfermagem, e de modo a permitir uma melhor e maior organização dos mesmos, emergem os sistemas de informação, que no caso da UCIP, ganha forma através do *B – Simple*. Esta aplicação permite a criação e agendamento de intervenções, bem como o registo do estado clínico de cada doente, importando informações relevantes de outros equipamentos médicos como monitores, ventiladores e bombas perfusoras, permitindo que os dados sejam registados constantemente e de forma precisa. Além disso, possibilita que se organizem os cuidados de acordo com o fluxo de trabalho e os protocolos clínicos, sendo uma ferramenta útil para a tomada de decisão, gestão e organização dos cuidados.

Em termos de metodologia de trabalho, a UCIP assume a prestação de cuidados com base no conceito de enfermeiro de referência; este assume a responsabilidade dos cuidados pelo doente, é a sua referência e torna-se o elo de ligação entre si e o seu meio, a sua família e a ponte com os restantes membros da equipa multidisciplinar. Desta forma, cada doente tem um enfermeiro a si atribuído, que o recebe na unidade e o acompanha em todo o processo, estando presente, através de uma relação de parceria, visando o seu bem-estar e a

recuperação das suas funções. De notar que a metodologia de trabalho utilizada é individual, mas todos os elementos da equipa de enfermagem se entreejudam, trabalhando em equipa.

Ao longo deste estágio, e refletindo sobre as experiências vividas neste âmbito, considero que consegui alcançar os objetivos propostos no **domínio da gestão dos cuidados**, através do acompanhamento do enfermeiro tutor, enquanto responsável de turno, e no incremento progressivo da minha autonomia na gestão e prestação de cuidados ao doente crítico. De salientar a perceção que passei a ter sobre a importância da gestão ao nível de um serviço de saúde, que considero imprescindível, não só à sua sobrevivência, mas também ao sucesso das instituições e da qualidade de cuidados por elas prestados.

Tal como defende Vieira (2017, p. 108), através da investigação, os enfermeiros são desafiados a obter melhores resultados para os doentes, promovendo a saúde e protegendo os grupos mais vulneráveis, o que lhes exige uma atualização constante e um investimento pessoal na profissão.

Nesta linha de pensamento, durante o estágio foram privilegiados momentos reflexivos, de crescimento e desenvolvimento da capacidade de introspeção e autocrítica, bem como realizados momentos de *debriefing*, após o aparecimento de situações de doentes mais complexas e partilhadas dúvidas em equipa. Sob o meu ponto de vista, este é um dos pilares em que se devem enquadrar e realizar os ensinamentos clínicos, de forma a tirar o máximo proveito de um período potenciador da análise crítico-reflexiva das práticas e estimulador do pensamento crítico a cerca da nossa *performance*, em prol da adequação dos cuidados de enfermagem à individualidade de cada doente e à especificidade da sua situação clínica.

O facto de ser enfermeira que lida, no seu contexto de trabalho diário, com o doente em situação crítica e, simultaneamente, em processo formativo académico, permitiu-me contribuir positivamente para o serviço, numa relação mútua de crescimento e partilha de conhecimentos com a equipa, tornando a minha presença um acréscimo para ambas as partes. Recordo-me particularmente de duas situações de PCR, em que tomei a liberdade de ser a primeira a atuar, nomeadamente na desfibrilhação precoce. Tive um ótimo *feedback* por parte da equipa e, em particular, pelo meu orientador, o que me proporcionou bastante satisfação académica e profissional.

Além da constante descoberta do saber, a minha postura alicerçou-se na proatividade e na procura e criação de oportunidades de melhoria, baseada no conhecimento teórico

prévio obtido. De salientar a atitude acolhedora da equipa multidisciplinar da UCIP, que consideraram a minha presença produtora no enriquecimento coletivo, visto que pautei a minha prestação pela utilização das experiências profissionais e pessoais vivenciadas, fomentando momentos de discussão frutíferos.

Todas as intervenções devem ser baseadas na evidência mais recente, seja ela científica ou não, remontando aos primórdios da Enfermagem como disciplina e ciência. Assim, este estágio foi motor do progresso de algumas competências como o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, tendo para o efeito reconhecido as minhas necessidades formativas, com vista a obter a informação adequada para responder de forma adaptada ao contexto e à equipa. Consequentemente, esta procura de informação foi baseada na evidência científica atualizada com o objetivo de desenvolver uma *praxis* clínica que me permitisse uma prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade. Com base no referido, considero ter desenvolvido competências no **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**.

Ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica é-lhe reconhecida a capacidade de conceber, implementar e, posteriormente, avaliar planos de intervenção que deem resposta às necessidades de cada pessoa e seu seio familiar, alvo dos seus cuidados. Com a finalidade máxima de melhorar a qualidade de vida de cada pessoa, estes cuidados assentam na deteção precoce, estabilização, recuperação e manutenção, através de meios de monitorização, vigilância e terapêutica, antecipando possíveis complicações (OE, 2018, p. 19360).

A UCIP do hospital onde realizei o meu ensino clínico é um serviço em que diariamente acontecem situações inesperadas e que carecem, portanto, de uma intervenção rápida, segura e eficaz, sobretudo por parte dos enfermeiros, que estão permanentemente à cabeceira do doente. Consequentemente, sendo a essência deste estágio o atendimento à pessoa em situação crítica e sua família, exigiu de mim um aprofundar do “olho clínico” sob o doente, no que diz respeito à antecipação e resolução de focos de instabilidade hemodinâmica.

Enquanto profissional de saúde e aluna de especialidade, tive oportunidade de melhorar a prestação de cuidados à pessoa gravemente doente, alargando a visão, discernimento e juízo crítico que advinham do contexto da minha prática profissional diária. Reforçando novamente que, tratando-se de uma unidade de cuidados intensivos polivalente,

as oportunidades de abordar doentes com inúmeras patologias e em várias condições, sob a responsabilidade de várias especialidades médicas e cirúrgicas, requereu da minha parte a mobilização de um maior número de conhecimentos e competências.

Tal como o próprio nome indica, uma UCI, oferece uma série de medidas físicas, estruturais e organizacionais que permitem, através de equipamentos específicos, uma permanente e atenta vigilância e monitorização de cada doente. Durante a permanência nesta unidade, aprofundei o nível de conhecimentos de monitorização do doente crítico, através do contacto com equipamentos como o sensor de índice *bispectral* (BIS), sensor de Pressão Intracraniana (PIC), medida de Pressão Intra-Abdominal, técnicas de remoção dialítica, monitorização da Pressão de Perfusão Cerebral (PPC) e a realização da técnica de hipotermia terapêutica. Confesso que o facto de trabalhar num SU e fazer parte da equipa de emergência interna, foi, por um lado, fator facilitador no que diz respeito à prestação de cuidados de enfermagem a este tipo de doentes e, por outro, um desafio constante, com necessidade de recurso a pesquisa bibliográfica a cerca de situações de doença, cuidados a prestar e atualização de conhecimento na mais recente evidência científica, que permitiu, de uma forma global, no âmbito do meu exercício profissional, desempenhar funções, no cuidado ao doente crítico, com decisões fundamentadas e conhecimento atualizado.

Neste sentido, várias foram as aprendizagens novas e as reflexões com enfermeiros peritos na abordagem ao doente internado neste contexto, o que me permitiu desenvolver competências no âmbito da identificação, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem especializados, conforme preconizado pela OE (2018, p. 19363).

A título de exemplo, gostaria de partilhar a experiência enriquecedora e promotora do meu desenvolvimento na área da prestação de cuidados a doentes com medidas de neurointensivismo instituídas.

O doente neurocrítico caracteriza-se por várias particularidades de vigilância e monitorização, que exigem do enfermeiro uma atenção redobrada, com o intuito da manutenção do equilíbrio entre os diversos sistemas orgânicos e respetivos mecanismos de autorregulação. Segundo Shah & Christensen, citados por Barradas (2018, p. 19), “No cuidado ao doente neurocrítico, os enfermeiros reconhecem a segurança do mesmo como ponto fulcral e implementam intervenções específicas para promover a segurança, reduzir a incidência de complicações adicionais e otimizar a recuperação do doente”.

A homeostasia entre os diversos sistemas é a chave para o equilíbrio e a estabilidade hemodinâmica, objetivando a redução das taxas de mortalidade e morbidade e, conseqüentemente, um melhor *outcome* neurológico. Por conseguinte, esta tipologia de doentes, pela sua condição de instabilidade, exige um estado de alerta permanente, a fim de detetar precocemente alterações de monitorização e intervir atempadamente sobre elas. Assim, se a condição clínica daquele doente estiver agudizada, são implementadas medidas não farmacológicas para o controlo da PIC, pressão arterial média e PPC, condições essenciais à manutenção de um bom prognóstico vital e funcional. No caso destas medidas não se mostrarem eficazes, é usado o recurso a medidas farmacológicas, como a administração de anti-edematosos – manitol e cloreto de sódio hipertónico (Cook et al., 2020, p. 6) – que na maior parte dos casos já estão prescritos em SOS e com indicação para serem administrados, caso determinados parâmetros de monitorização se alterem, ficando a gestão terapêutica a cargo do enfermeiro. Depreende-se, portanto, que esta gestão inerente, na maior parte dos casos em exclusividade, ao enfermeiro, requerem o diagnóstico precoce de complicações, a implementação de respostas apropriadas às mesmas, a monitorização e avaliação das respostas aos problemas identificados e a documentação das mesmas (OE, 2018, p. 19363). Considero ter alcançado esta autonomia, de forma gradual, com o decorrer deste ensino clínico, uma vez que à medida que desenvolvi a minha prática de cuidados de forma segura e consistente, o enfermeiro orientador permitiu-me agir de forma livre, validando, porém, previamente as minhas decisões com a equipa de enfermagem.

Como refere Carvalho (2016, p.4), “(...) o ambiente na unidade de cuidados intensivos, que contém, muito facilmente, estímulos sensoriais nocivos, existe uma real influência negativa no processo de doença, destes doentes críticos. O enfermeiro deve assim, intervir na gestão do ambiente, com um intuito de neuroprotecção”. Com base no referido, das intervenções não farmacológicas autónomas supracitadas e que têm uma relação causa-efeito no estado hemodinâmico do doente neurocrítico, salientaria a elevação da cabeceira e correto posicionamento/alinhamento da cabeça e tronco, o controlo da temperatura corporal através da promoção do arrefecimento natural e o controlo do ambiente envolvente do doente, como seja a redução dos estímulos sonoros e táteis.

No que concerne à intervenção de enfermagem, pelas atitudes interdependentes, enfoco a administração de antipiréticos no controlo da temperatura corporal, a gestão da sedação e analgesia, em perfusão ou em bólus de resgate, a gestão de parâmetros ventilatórios em função da avaliação gasimétrica prévia e a aspiração de secreções.

A prestação de cuidados ao doente crítico foi sem dúvida a área que, por estar tão dependente e sensível aos cuidados de enfermagem, me proporcionou mais estímulo. Considero, portanto, estas atitudes e atividades desenvolvidas, exemplos de extrema importância, no que diz respeito à aplicação da teoria no contexto prático, sempre com necessidade de adaptação a cada caso em particular e às experiências profissionais, valorizando cada sinal que o doente transmite, de forma a ajustar os cuidados de enfermagem às necessidades reais do momento.

Outro dos objetivos que delineei para este estágio foi o desenvolvimento de competências na área da terapêutica farmacológica aminérgica e a gestão da VMI. Considero ter alcançado este objetivo com sucesso, através da pesquisa bibliográfica e da aplicação desses conhecimentos, com o acréscimo dos conhecimentos teórico-práticos do meu orientador, no momento da prestação de cuidados ao doente.

Frequentemente, tive a oportunidade de explorar o material utilizado na abordagem avançada da via aérea, bem como presenciei a realização de várias traqueostomias percutâneas, extubação de doentes e desmame ventilatório. Usufruí de múltiplas oportunidades que me permitiram reforçar os conhecimentos sobre o doente entubado, com ventilação invasiva instituída, modos ventilatórios, cuidados de enfermagem inerentes e sinais de alerta, diferentes interfaces, e ainda, alargar o trajeto necessário para que, de forma autónoma, fosse capaz de prestar cuidados com segurança e de qualidade ao doente submetido a VMI. Contudo, considero que, a fim de ser alcançado um nível de perícia nesta área, o investimento deveria ser incrementado, sobretudo em tempo de contacto com doentes ventilados, visando o desenvolvimento de habilidades ainda mais diferenciadas. Apesar disso, considero-me satisfeita com a minha evolução, o que se traduziu em cuidados de enfermagem fundamentados e rigorosos no âmbito do cuidado ao doente ventilado e que, não só coloquei em prática no meu contexto de trabalho, como também partilhei com os meus pares.

Segundo Barroco (2016, p.12), “A VMI é, muitas vezes, um tratamento life-saving, na medida em que diminui o trabalho respiratório e melhora as trocas gasosas a nível pulmonar, mas também pode provocar danos pulmonares e conduzir ao desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação invasiva”. Este risco acrescido de infeção respiratória, impõe a adequação de intervenções de enfermagem especializadas, na prevenção de complicações e eventos adversos decorrentes de patologia aguda ou crónica e dos processos

médicos e/ou cirúrgicos complexos, como descrito pela OE (2018, p.19361). Toda a equipa da UCIP, com quem contactei, se revelou consciente da importância do cumprimento das normas e protocolos associados à manipulação dos dispositivos de VMI, designadamente a Norma Clínica: 021/2015, ““Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação”, preconizada pela DGS, que prevê, entre outros cuidados, a elevação da cabeceira a 30 graus, a manutenção de técnica asséptica, a verificação da possibilidade de desmame ventilatório precoce, a lavagem da cavidade oral com clorexidina a 2% e a verificação da pressão do *cuff* do tubo orotraqueal (TOT), o correto posicionamento do TOT e a prevenção de úlceras de pressão associadas a este tipo de dispositivo médico, de modo a zelar pela qualidade dos cuidados prestados.

No que diz respeito à VNI as oportunidades foram escassas, contudo, com o acesso à formação que estava a decorrer no serviço, conforme referi anteriormente, em associação à experiência profissional, fui capaz de alcançar um nível de competência maior, no cuidado ao doente submetido a VNI, nomeadamente através da aplicação de estratégias simples que podem potenciar o sucesso da técnica, como a realização de ensinamentos ao doente e à sua família, o incentivo ao relaxamento e o posicionamento adequado, alcançando assim, uma adaptação funcional à ventilação.

A falência multiorgânica em que se encontram a maior parte dos doentes internados em UCI, nomeadamente o compromisso cardiovascular, exigiram que o meu conhecimento de farmacologia fosse mais alargado e aprofundado. Neste sentido, tive oportunidade de aperfeiçoar e aprender habilidades no manuseamento e preparação de terapêutica direcionada ao suporte aminérgico e vasopressor, de forma a atuar rápida e eficazmente na estabilização do doente crítico.

Não obstante, situações de PCR na unidade foram raras, o que não correspondeu ao que tinha pré-concebido nesse sentido. Em conversa com vários elementos da equipa médica e de enfermagem encontrei algumas justificações para que a casuística em situações de PCR seja tão reduzida – no momento de admissão em cuidados intensivos, o doente fica definido como tendo indicação para ser reanimado ou não, atendendo ao possível *outcome* que irá ter, em função do diagnóstico prévio; além disso, tratando-se de doentes entubados, ventilados, com terapêutica de manutenção e com monitorização contínua, dificilmente as situações evoluem de forma imprevisível para uma PCR, pois, antes disso acontecer, vários são os indicadores de monitorização que, com a vigilância contínua e intervenção precoce e

eficiente, facilmente são controlados na unidade. Ainda assim, houve dois momentos de PCR durante o estágio na UCIP, nos quais participei ativamente; afinal é pela reanimação que nutro particular interesse e, apesar destas terem ocorrido em doentes que não eram nossos, segundo a distribuição no planeamento, atendendo à gravidade da situação, considerei importante a minha presença e ajuda.

As situações de PCR são sempre geradoras de *stress* entre os profissionais de saúde envolvidos na reanimação, sobretudo quando constituem uma ocorrência pouco frequente no serviço. O INEM, no Manual de Suporte Avançado de Vida (2019, p. 12), refere mesmo que “Os conhecimentos técnicos e competências adquiridos, tanto em SBV como em SAV, deterioram-se em cerca de 6 meses, caso não haja atualização”. Além disso, a comunicação entre toda a equipa durante o momento da reanimação constitui-se como elemento chave e facilitador, conforme explanado por Neto et. al. (2019, p.12), que refere serem “(...) igualmente importantes as competências “não-técnicas”, como a capacidade de liderança, gestão de tarefas, trabalho de equipa e comunicação estruturada”.

Ao enfermeiro, profissional de saúde permanentemente à cabeceira do doente e por conseguinte, elemento de primeira linha na deteção de complicações, compete, segundo a OE (2015, p. 100), “... a execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários”. Por sua vez, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, no cuidado à pessoa e à família, “... executa cuidados técnicos de alta complexidade, dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica e demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma (OE, 2018, p. 19363).

A teoria de Patrícia Benner introduziu o conceito de “perito”, como sendo “o enfermeiro que desenvolve capacidades e habilidades no tempo, a partir de uma base educacional assim como uma multitude de experiências profissionais” (Nunes, 2010, p. 3). Além deste conceito, Benner “descreve cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito” (Alligood, 2014, p. 184). Este reconhecimento dos níveis de desenvolvimento de competências do enfermeiro assume particular importância em situações de *life-saving*, onde impera a necessidade de atuação célere e eficaz na aplicação prática de protocolos, nomeadamente no algoritmo de SAV.

Sendo a equipa da UCIP constituída por elementos muito jovens, desde o início da pandemia por SARS-CoV2, pela necessidade constante de recrutar enfermeiros, as situações

de PCR que presenciei no meu ensino clínico, contaram com a participação minoritária de enfermeiros peritos, particularmente especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. Durante esses dois momentos, a qualidade e eficácia da reanimação poderiam ter sido incrementados, tendo considerado pertinente e necessário o levantamento desta necessidade, para a realização de uma ação formativa no serviço, uma vez que o SBV e o SAV foram realizados com alguns anseios e de forma não conforme com o que está recomendado nos algoritmos. Não avancei para a proposta e realização de qualquer tipo de ação interventiva porque, em conversa com o meu tutor e restantes elementos da equipa, percebi que é uma temática “sensível” ao serviço e que, nem eles próprios têm noção dessa dificuldade no momento da reanimação. Apraz-me salientar que todos os enfermeiros da unidade sabem fazer SBV e SAV, estão certificados para isso, contudo, a imprevisibilidade, tão característica deste tipo de situações, sobretudo nesta tipologia de serviços, pode constituir um fator dificultador, que impede os profissionais de agirem racionalmente e com o rigor científico requerido. Problemática que poderia ser melhorada com introdução de situações de prática avançada simulada, a constituição de equipas de alto desempenho, conforme já referido, no domínio das aprendizagens profissionais, inerentes às competências comuns do enfermeiro especialista.

Apesar de todo o equipamento tecnológico e de monitorização, tentei sempre, ver para além dos alarmes e das máquinas, ver no doente a essência da natureza humana e tentei que a minha ação fosse balizada no cuidado humano, afinal em que momento poderá o Homem estar no pleno da sua fragilidade e debilidade, senão quando está internado num serviço de cuidados intensivos?

No seio de uma equipa multidisciplinar, o enfermeiro deve tirar o máximo proveito e vantagem da posição privilegiada que ocupa, assente numa relação de proximidade junto do doente e sua família, estabelecendo uma aliança terapêutica com ambos. Em boa verdade, a prestação de cuidados humanista, que tanto é almejada pelos profissionais, só pode ser atingida com base na tríade enfermeiro – doente – família, nunca desvalorizando nenhuma das partes em detrimento de outra.

Ainda no contexto da humanização dos cuidados, julgo que o controlo da dor, além de ser o quinto sinal vital, deve ser encarado como uma prioridade no atendimento ao doente em situação crítica, por ser o sentimento que mais espalha o sofrimento humano neste contexto de ação. Na UCIP a abordagem que é realizada na avaliação, monitorização e

controlo da dor contempla o preconizado no Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2018), com o recurso a escalas numéricas ou comportamentais. No caso particular do tipo de doentes que alberga a unidade, incapazes de verbalizar a sua própria dor, são tidos em consideração aspetos como os sinais vitais, a expressão facial, movimentos oculares involuntários e a adaptação ventilatória. Estes são parâmetros presentes na Behavioral Pain Scale (BPS) utilizada em todos os doentes entubados e sedo-analgesiados, como medida protocolada do serviço, estritamente ligada à qualidade dos cuidados. Através da aplicação desta escala e da observação e monitorização dos parâmetros anteriormente referidos, é possível implementar estratégias analgésicas farmacológicas e não farmacológicas e, posteriormente avaliar a sua eficácia, garantindo também a continuidade dos cuidados prestados.

O controlo da dor torna-se mais eficaz quando se aplicam técnicas farmacológicas e não farmacológicas, como o relaxamento, a massagem, a distração, a aplicação de calor e do frio, que, sendo estas últimas de baixo custo e de fácil utilização, podem ser ensinadas aos doentes e cuidadores e aplicadas em meio hospitalar e no domicílio (Sousa, 2009, p. 6).

Em seguimento do referido e no que concerne às medidas não farmacológicas no alívio e tratamento da dor, realizei intervenções que contribuíram para o conforto e distração do doente, como o posicionamento, massagens terapêuticas e implementação de musicoterapia.

O doente internado em cuidados intensivos é detentor de diversos dispositivos médicos, quer sejam para diagnóstico, tratamento ou monitorização que, aquando da sua colocação, provocam dor. Antes do início de qualquer tipo de tratamento invasivo foi tida em consideração esta máxima, analgesiando e sedando o doente, quando se antevia a colocação de um dispositivo invasivo, de forma a garantir o máximo bem-estar e diminuir o desconforto associado a estas técnicas. Com o desenvolvimento destas atividades considero ter sido capaz de “fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”, conforme o previsto no Regulamento N.º 429/2018 (OE, 2018, p. 19363).

Durante a realização do meu projeto de estágio estabeleci vários objetivos a atingir e algumas atividades a desenvolver. Neste sentido, no que diz respeito à realização do transporte de doentes críticos, quer seja intra ou extra-hospitalares, não foi possível concretizar, pese embora, tenha procurado manter uma atualização constante e revisitado as

recomendações de transporte de doentes críticos, publicado em 2013, pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, em parceria com a Ordem dos Médicos.

Corroborando o que referi anteriormente, durante o estágio clínico também não tive oportunidade de presenciar a realização de provas de morte cerebral. Contudo, além de ter realizado pesquisa bibliográfica sobre a temática em questão, tive oportunidade de debater com o enfermeiro orientador sobre os protocolos que são aplicados nestas situações, ficando assim com uma noção da forma como são realizadas.

Como expõem a OE, no Parecer N. °10/2017 (2017, p.3), as competências que ditam a excelência na prática de cuidados emergem quando se adquire perícia profissional, conseguida através de uma aprendizagem experiencial. E, é nesta experiência, que o enfermeiro deve aprender a focalizar de forma imediata naquilo que é pertinente em cada situação e retirar o seu significado. Com base nestas palavras e após refletir a cerca do percurso traçado neste estágio, considero levar comigo uma bagagem construtiva e próspera, no que concerne à **prática de enfermagem especializada, no cuidado à pessoa em situação crítica e sua família**, tendo atingido a maior parte dos objetivos a que me propus.

Durante as primeiras semanas de integração, além de conhecer e dar-me a conhecer no serviço e aos seus profissionais, apropriei-me dos procedimentos e protocolos que visam padronizar a qualidade e segurança no atendimento ao doente em situação crítica. De entre eles, debrucei-me a cerca do plano de intervenção em situações de catástrofe, existente neste hospital como manual 006.02, o qual analisei de forma cautelosa e discuti, posteriormente, com o meu orientador de estágio.

Segundo a Lei de Bases da Proteção Civil (2006, p. 4696), a catástrofe é definida como “(...) um acidente grave, ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”.

Apesar de uma catástrofe ser um acontecimento de baixa probabilidade, e a ativação do respetivo plano estarem, em primeira instância direcionadas para o SU, pela própria realização do sistema de Triagem de Manchester – versão catástrofe, a qualquer serviço do hospital está inerente a possibilidade de uma catástrofe natural (com necessidade de evacuação de doentes), de um incêndio, de ameaça à vida humana, corte de gases medicinais,

entre outros. Consequentemente, todos os serviços devem estar sensibilizados e preparados para a ocorrência deste tipo de eventos, independentemente da sua frequência.

No manual acima referido consta, entre outras informações, os comportamentos a adotar perante situações com elevada probabilidade de ocorrência, nomeadamente no que concerne à segurança contra incêndios, pandemias ou outras situações geradoras de fluxos anormalmente altos de doentes.

Na sequência do referido anteriormente, incluído no plano de emergência e catástrofe do hospital, a UCIP desenvolveu um plano setorial, construído com base nas suas especificidades, que origina ligeiras adaptações aos procedimentos gerais. Tratando-se de um serviço pautado pela complexidade e diferenciação de doentes, nomeadamente a vasta diversidade de equipamentos médicos em utilização, os riscos inerentes à sua mobilização e a resposta a situações desta natureza, constitui um desafio, sendo, portanto, pertinente que todos os profissionais conheçam o plano de emergência setorial, presente no portal da qualidade, de forma a que a sua concretização seja eficazmente exequível. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica assume, um papel fundamental, uma vez que, além de demonstrar conhecimento do plano de emergência e catástrofe, colabora na sua elaboração, difunde-o pela equipa, garante que o treino/exercício de ativação do plano de emergência ou catástrofe é realizado periodicamente e colabora na revisão do mesmo (OE, 2018, p.19364).

Esta ação ganha forma, no hospital onde realizei o meu ensino clínico, através da realização efetiva de simulacros, a fim de testar a operacionalidade do plano de emergência e treinar os profissionais de saúde, de forma a que, conforme o previsto pela OE (2018, p.19364), o enfermeiro especialista integre a equipa pluridisciplinar e pluriprofissional na organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos de intervenção, planeie as respostas adequadas em situação de catástrofe, definindo prioridades de atuação, e avalie em contínuo a articulação e eficiência da equipa.

Em discussão com o enfermeiro orientador e colegas, a cerca da operacionalidade dos protocolos de atuação, alguns enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, partilharam a experiência de como foi transferir para o atual edifício, os utentes internados na UCIP das instalações do edifício antigo. Apesar de não ter sido uma evacuação de emergência, segundo eles foi uma experiência interessante e, simultaneamente, exigente, uma vez que o doente crítico implica cuidados de enfermagem altamente qualificados e

especializados, no que concerne a meios avançados de monitorização e terapêutica, que tiveram de ser assegurados de forma eficiente e em tempo útil.

Considero que objetivamente consegui ser detentora dos conhecimentos teóricos necessários para atuar perante uma situação desta magnitude, contudo, pela casuística, não existiu aplicabilidade prática, nem ocorreu nenhuma situação de simulacro durante o ensino clínico, o que certamente constituiria uma experiência produtiva, sobretudo no que diz respeito à aplicação do plano de emergência e catástrofe setorial da UCIP.

Importa acrescentar que, para que o sucesso e a operacionalidade do plano não sejam comprometidos, é essencial o conhecimento aprofundado da estrutura física da unidade, circuitos a realizar em caso de emergência, bem como os pontos de fixação de extintores e como manipulá-los. No que refere à manipulação dos extintores, o hospital realiza mensalmente ações de formação aos profissionais de saúde, na qual tive o privilégio de participar. Nesta demonstração fiquei a conhecer os vários tipos de extintores existentes, o seu correto manuseamento e os cuidados inerentes à sua manipulação.

Além de garantir as condições de segurança, adequar a resposta em situações de trauma e realizar a triagem primária e secundária, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica mune-se das mais recentes orientações científicas com o intuito de proporcionar os cuidados adequados à população (OE, 2018, p.19363). Fazendo o paralelismo com a minha prática profissional, a leitura do plano de emergência e catástrofe do hospital e a partilha de informações e experiências com os enfermeiros, em contexto de estágio, permitiu-me compreender o papel do enfermeiro especialista no **domínio das competências específicas em enfermagem médico-cirúrgica, no âmbito da dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção à ação**, que tinha sido definido como um dos meus objetivos de estágio.

Conforme descrito no Relatório Anual do Programa Prioritário da DGS (2018, p.4), as IACS são "... problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial. Nenhum país e nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade".

Corroborando esta afirmação, a OE acrescenta que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve responder eficazmente na prevenção, controlo de

infecção e resistência a antimicrobianos, reconhecendo o risco de infecção inerentes aos vários contextos de atuação e a exigência e diferenciação dos cuidados inerentes à manutenção da vida da pessoa em situação crítica (OE, 2018, p. 19362).

A UCIP, pertencente a um hospital moderno e construído de raiz, faz-se valer de ótimas condições estruturais e físicas para minimizar a problemática das IACS, designadamente, a existência de vários lavatórios com misturadora eletrónica, a existência de quatro unidades de isolamento físico, que dispõem de circuito de regeneração de ar e de tratamento diferenciado da água, a existência de vários pontos com sistema de desinfeção com solução asséptica de base alcoólica (SABA), a fácil acessibilidade aos equipamentos de proteção individual (EPI) e a existência de procedimentos rigorosos de desinfeção de unidades diariamente e após alta, conforme procedimento interno elaborado e recomendado pelo GCL-PPCIRA e publicado internamente na base de dados do hospital.

As ações de formação realizadas neste serviço, muitas delas com caráter de obrigatoriedade, são fundamentais para a promoção da implementação e revisão das *bundle* associadas aos procedimentos técnicos e manipulação de dispositivos médicos invasivos, cujo objetivo é assegurar que os doentes recebem tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de forma consistente (DGS, 2017).

Neste serviço estão implementados os vários feixes de intervenção preconizados pela DGS, sendo que se encontram mais desenvolvidos os relacionados com a prevenção da pneumonia associada à intubação e a prevenção da infeção relacionada com o Catéter Vascular Central (CVC). A avaliação da implementação dos feixes de intervenção, através dos processos de auditoria interna, realizados por uma equipa constituída por enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, e a parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação do seu impacto, são uma realidade no serviço.

Por conseguinte, considero que esta unidade desenvolve um trabalho notável no que respeita a medidas de prevenção e controlo de infeção. Não obstante existem sempre ações de melhoria que podem ser desenvolvidas e introduzidas, como por exemplo a revisão dos cuidados de enfermagem associados à prevenção da infeção do trato urinário. Sendo que uma das indicações para inserção do cateter vesical é a monitorização e vigilância da diurese no doente crítico (DGS, 2022, p. 7) e que, na UCIP, a tipologia de doentes corresponde em grande escala a esta designação, o número de doentes algaliados é elevado. Neste sentido, com a aplicação da *bundle* para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical

(DGS, 2022), considero que o utente e o serviço poderiam obter ganhos em saúde, através da realização de uma prática baseada na evidência, que explana os cuidados de enfermagem a ter em consideração no momento da inserção do cateter vesical, na sua manutenção e aquando da sua remoção. Esta proposta de formação sobre a temática não se concretizou, uma vez que, como referido anteriormente, um dos grupos de formação da UCIP, já estava a desenvolver uma ação de formação, precisamente, na prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical.

Em matéria de controlo de infeção é necessário bastante rigor e sensibilidade por parte de todos os profissionais de saúde, especialmente pelos enfermeiros, aos quais está inerente a estreita proximidade com o doente, pela natureza dos cuidados prestados. Ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica o rigor eleva-se ao mais alto nível, uma vez que existe a responsabilidade acrescida de orientação e correção das práticas desenvolvidas pelos restantes elementos da equipa, diretamente envolvidos na prestação de cuidados, conforme refere a OE (2018, p. 19362), “[o enfermeiro especialista] demonstra conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos, que lhe permitam ser referência na equipa de cuidados”. Um dos exemplos das atividades desenvolvidas a este nível, foi o cuidado com a visualização dos exames laboratoriais em curso dos doentes, nomeadamente quando os painéis de antibiogramas já se encontravam disponíveis. Por vezes, era o enfermeiro responsável de turno, o primeiro a obter esta informação e, se houvesse necessidade de ajustar a prescrição do antibiótico, a equipa médica era alertada, no melhor interesse para o doente. Outro exemplo prende-se com as colheitas de amostras para os rastreios de CRE e Covid no serviço. Uma vez que o *timing* das colheitas estava definido em documento próprio, elaborado pelo GCL-PPCIRA, os enfermeiros sabiam quando realizar a colheita e, por vezes, era necessário requisitar o respetivo pedido médico à equipa competente, sob pena dos resultados não estarem disponíveis atempadamente.

Fundamentalmente, as boas práticas em matéria de prevenção e controlo de infeção permitem reduzir a sua incidência, diminuindo as situações em que é necessário o consumo de antimicrobianos e, conseqüentemente, reduzindo a criação de resistências aos mesmos. No que diz respeito ao **domínio das competências específicas em enfermagem médico-cirúrgica, no âmbito da prevenção, intervenção e controlo de infeção** considero ter atingido os objetivos a que me propus, nomeadamente através de: consulta dos protocolos de boas práticas, das diretivas emanadas pelo GCL-PPCIRA e do Plano Nacional de

Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos; diagnóstico da necessidade de introdução da *bundle* para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical; cumprimento das normas preconizadas face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica; adoção do EPI adequado; correto cumprimento de procedimentos e circuitos durante a prestação de cuidados. Além disso tive o cuidado de instruir a família no que diz respeito aos comportamentos a adotar, aquando da visita ao doente colonizado, atendendo ao tipo isolamento, proporcionando informação consistente e instruindo atitudes.

5. CONTEXTO DE ESTÁGIO II: GRUPO DE COORDENAÇÃO LOCAL – PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS

Sendo a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados, um dos enunciados descritivos definido nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015, p.17243), importa refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo deste contexto clínico, que impulsionaram o desenvolvimento de competências de enfermagem especializada.

O GCL-PPCIRA é um serviço pautado pela especificidade de atuação e desenvolvido, sobretudo, em contexto de *backoffice*, uma vez que não existe contacto direto com o utente e família, pelo que considere relevante, tal como descrito no terceiro capítulo, reformular os objetivos de estágio. De ressaltar, contudo, que existe um trabalho de grande proximidade, desenvolvido com os profissionais de saúde que estão na prestação de cuidados diretos ao utente e família, sobretudo ao nível da consultoria e elaboração de recomendações de boas práticas. Não obstante o facto das atividades desenvolvidas para a concretização dos objetivos reestruturados, se inserirem sobretudo na “Maximização da 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”, das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (OE, 2018, p. 19362), muitas também se enquadram nas competências comuns do enfermeiro especialista, pelo que, ao longo do texto, surgirão enquadradas de acordo com o seu cariz.

Gostaria de referir que apenas serão descritas as atividades realizadas em que estive diretamente envolvida, ou que, de alguma forma, contribuíram para o enaltecer do meu percurso académico formativo, em contexto prático. Muitas outras atividades não serão enunciadas, por forma a não tornar o conteúdo demasiado extenso.

O início deste ensino clínico deu-se com a participação no “4º Congresso Internacional IACS 2022: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção”, que decorreu nos dias 27 e 28 de outubro, no auditório Europarque, em Santa Maria da Feira, num total de 14 horas de formação. Este desafio, lançado pela enfermeira orientadora, permitiu-me assistir a várias palestras e *workshops*, promovidos por pessoas intimamente ligadas à área da prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos, que desenvolvem o seu trabalho no sentido de partilhar com o público os últimos resultados que advêm da sua investigação científica, bem como o estado da arte, após dois longos anos de pandemia.

Entre vários assuntos em debate, destaco a gestão das IACS em contexto de cuidados intensivos em tempos pandémicos, as bactérias multirresistentes em 2022: de onde vêm e como evitá-las e a investigação em controlo de infeção. Considero que a participação neste congresso, além de ter sido oportuna, permitiu-me conhecer a realidade do país em matéria de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente os desafios impostos à Equipa Nacional do PPCIRA, bem como o trabalho realizado durante estes últimos três anos. Esta atualização de informação adquirida, através da partilha de conhecimento promovida, entre outros, pelo Dr. José Artur Paiva, a Dr.^a Ana Jorge e vários investigadores de renome internacional, proporcionou-me a aquisição de conhecimentos dos planos de prevenção, intervenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos e das diretrizes de âmbito local, regional e nacional, dando o *know how* essencial ao início do meu ensino clínico.

O GCL-PPCIRA integra, além da comissão de qualidade e segurança, a Comissão de Normalização de Consumíveis e Equipamentos Clínicos (CNCEC). Neste âmbito, destaco a participação em várias das suas reuniões, durante as quais são realizadas a análise financeira e de custo/benefício exaustivas, necessárias à aquisição de materiais ou componentes sugeridos e/ou necessários para a prática clínica, em que é dado o parecer dos membros desta comissão, para posteriormente ser enviada ao conselho de administração. Entre outros, são também debatidos os incidentes reportados pelos profissionais de saúde, conjuntamente com o departamento da gestão de risco, bem como partilhados pareceres entre os serviços de logística, gestão de compras, gestão de manutenção e aprovisionamento, relativamente aos assuntos em debate.

Para a OE (2019, p. 4748), no **domínio da gestão dos cuidados**,” O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”. Durante as

reuniões da CNCEC, que para além de participar, intervim ativamente, dando o meu parecer em função dos assuntos em destaque, foi-me permitido colaborar nas decisões da equipa de saúde, tendo mesmo acrescentado algumas considerações, por forma a melhorar a informação necessária para a tomada de decisão da equipa em alguns processos, nomeadamente opiniões fundamentadas ao nível de material de uso clínico a adquirir, tendo sempre por base a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente. Exemplifico com a proposta para aquisição de novos sacos coletores de algália. Por experiência, referi que, os sacos em utilização não eram viáveis para procedimentos de colheita de urina assética, uma vez que não tinham ponto de colheita e era necessário a desconexão da algália, o que não reflete uma boa prática, como espelha a *bundle* para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical (DGS, 2022, p. 3). Assim, com esta informação, foi possível negociar recursos adequados à prestação de cuidados com qualidade, conforme prevê a OE (2019, p.4748).

Procurando ir de encontro aos objetivos redefinidos, tive oportunidade de participar na formação intitulada “Higiene e Controlo Ambiental”, ministrada pelos enfermeiros do GCL-PPCIRA aos assistentes operacionais recém-contratados, com os objetivos de divulgar procedimentos e cuidados específicos a considerar, durante a prestação de cuidados, e criar um momento de reflexão, com espaço para esclarecimento de dúvidas. Na preparação para esta formação foi necessário conhecer as fichas técnicas dos produtos de limpeza e desinfeção, em utilização no hospital, e rever informação relevante a cerca da temática, de forma a estar devidamente preparada para esclarecer dúvidas e instruir procedimentos.

Com a realização desta atividade, foi possível participar na elaboração e divulgação de boas práticas, baseadas na mais recente evidência científica, para a prevenção e controlo das IACS e promover a segurança clínica. Neste sentido, considero ter desenvolvido, em conjunto com os enfermeiros do GCL-PPCIRA, estratégias pró-ativas com vista à prevenção e/ou controlo da infeção em diferentes contextos clínicos, uma vez que o grupo de formandos era proveniente de diversos serviços do hospital.

Segundo a OE (2019, p.4747), no **domínio da melhoria contínua da qualidade**, “O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional”. Com a realização desta formação foi possível mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade, através da divulgação do

conhecimento avançado na área da prevenção e controlo de infeção, promovendo a incorporação destes conhecimentos na área da prestação de cuidados.

O hospital onde decorreu o meu estágio realiza estudos de incidência de infeção do local cirúrgico, nomeadamente à cirurgia do cólon e reto, cirurgia da mama, histerectomia abdominal e próteses osteoarticulares, tendo por isso aderido a programas de vigilância epidemiológica, particularmente o Programa Europeu de Vigilância Epidemiológica HAI-Net-Cirurgia, programa em rede nacional, com base na rede europeia, integrado no Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e Resistência aos Antimicrobianos, da Direção-Geral da Saúde. Constituindo um estudo de incidência de infeção, é realizada a análise, interpretação de dados e informação de retorno, referente às IACS, com os objetivos de corrigir e melhorar práticas específicas e reduzir a incidência de infeção do local cirúrgico.

Ao GCL-PPCIRA compete extrair, periodicamente, informações das bases de dados, para análise conjunta com os respetivos serviços implicados na monitorização da infeção do local cirúrgico, a qual é divulgada em *dashboard* anual e/ou em Comité de Eficiência, segundo instrução de trabalho interna, publicada no sistema informático do hospital.

Por forma a atingir os objetivos que propus neste contexto clínico, colaborei na recolha de dados para os estudos de vigilância epidemiológica, realizando pesquisas no sistema informático *Glantt* e bases de dados do hospital para o preenchimento do modelo em vigor na realização deste tipo de auditorias (Anexo II). Constatei que havia informação que não estava registada informaticamente, pelo que foi necessário consultar os processos físicos, de forma a obter todos os dados necessário para a análise em questão.

Os dados que importa saber e que são sujeitos a análise, são a identificação do doente, o tipo de cirurgia, o código ASA (American Society of Anesthesiologists), se é uma cirurgia com colocação de implantes, se se trata de uma cirurgia laparoscópica, a hora de incisão e de encerramento cirúrgico, se foi administrada antibioterapia e se esta foi de cariz profilático ou terapêutico, qual o(s) antibiótico(s) administrados, bem como a hora de administração, dosagem e via. Posteriormente, inseri os dados na plataforma da DGS, própria para o efeito, uma vez que esta informação é sujeita a análise por parte das entidades reguladoras da saúde, que consta, no final, em dados estatísticos a nível nacional.

Ainda, no **domínio da melhoria contínua da qualidade** (OE, 2019, p. 4747), “O enfermeiro especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das

práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua”.

A recolha destes dados, bem como o seu tratamento informático e constituição de indicadores de resultado, permitiram-me desenvolver habilidades na utilização de evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade, utilizar indicadores e instrumentos adequados para a avaliação das práticas clínicas, nomeadamente no que diz respeito à prevalência de infeção do local cirúrgico, integrar auditorias clínicas e analisar os resultados obtidos.

Atendendo ao dever de assegurar a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, conforme preconizado pela OE (2019, p. 4746), no **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, todos os dados recolhidos foram processados com a omissão da totalidade dos elementos que pudessem identificar o doente cujo processo estava a ser auditado, bem como dos profissionais de saúde envolvidos nas cirurgias em questão.

Na semana de 13 a 19 de novembro de 2022, decorreu a semana europeia do antibiótico, uma iniciativa do ECDC, a agência da União Europeia para a área da saúde. O Dia Europeu dos Antibióticos e a Semana Mundial dos Antibióticos têm por objetivo sensibilizar para a utilização correta dos mesmos, o que é uma responsabilidade de todos, cidadãos e profissionais de saúde envolvidos na sua prescrição e distribuição (SESARAM, 2017, “Dia Europeu dos Antibióticos”).

A resistência aos antimicrobianos constitui um assunto central da agenda política dos principais países e da própria OMS, como recentemente demonstrado na última Assembleia Geral das Nações Unidas. Se nada for feito, estima-se que em 2050 morram 10 milhões de pessoas em todo o Mundo com infeções causadas por bactérias resistentes. (SESARAM, 2017, “Dia Europeu dos Antibióticos”).

Neste sentido, o GCL-PPCIRA promoveu uma formação, de livre acesso a todos os profissionais de saúde, por forma a sensibilizar e apelar à prescrição racional de antibióticos, começando por uma breve referência histórica à implementação destes fármacos no mercado, expondo do ponto de vista epidemiológico, a nível europeu, a situação atual no que respeita a resistências microbianas, seguindo-se de uma análise exaustiva à *bundle* do antibiótico, terminando com o papel do enfermeiro no PAPA.

Além desta iniciativa, e com o objetivo de fazer chegar a mensagem a todos os profissionais do hospital, o GCL-PPCIRA agendou uma reunião com o departamento de comunicação, a fim de publicitar, durante um período mais alargado, a semana do antibiótico, definindo como estratégia, a alteração do *desktop* de todos os computadores da instituição com a mesma mensagem utilizada pela DGS na campanha para divulgação e sensibilização da população, face ao consumo desmesurado de antibióticos.

A participação nestes dois momentos levou-me a refletir sobre a temática, projetando as informações adquiridas para o meu contexto de trabalho. Efetivamente, existe uma prescrição antibiótica que nem sempre é adequada, atendendo ao contexto clínico do utente. Do meu ponto de vista, é necessária maior abertura por parte dos profissionais de saúde, para o aconselhamento aquando da prescrição antibiótica, sendo que a equipa do PAPA presta serviço de consultoria e apoio à equipa médica e de enfermagem, sempre que solicitado. A prescrição e administração de antibióticos passou a ser uma temática de investimento e maior atenção, gerando discussões de extrema importância, no seio da equipa multidisciplinar, que constituíram momentos de partilha e de oportunidade de melhoria.

O grupo de dinamizadores que colabora com GCL-PPCIRA é composto por enfermeiros, médicos e assistentes operacionais. Periodicamente são realizadas formações e reuniões, de forma a que, após um levantamento de necessidades formativas, realizado pelos dinamizadores junto de cada serviço onde desempenham a sua atividade profissional, com o apoio e consultoria dos elementos que integram o GCL-PPCIRA, sejam encontradas estratégias a implementar que permitam assegurar as boas práticas, salvaguardar a segurança dos doentes, famílias e profissionais e zelar pela qualidade dos cuidados prestados.

Neste sentido, participei em alguns destes momentos, como a formação ministrada a assistentes operacionais intitulada “Prevenção e Controlo de Infeção”. Os temas discutidos foram a higiene das mãos e os seus cinco momentos, de acordo com o preconizado pela DGS (2019), a importância da escolha correta do EPI a utilizar e questões relacionadas com a higiene e controlo ambiental. Foram também divulgados os resultados obtidos nas últimas auditorias realizadas à higiene das mãos, por parte dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, o que constitui uma temática de extrema importância, por ser um dos indicadores que integra o índice de qualidade PPCIRA (DGS, 2022, p. 97), que preconiza uma “(...) taxa de adesão ao primeiro momento de higiene das mãos superior ou igual a 90%”. Com esta formação desenvolvi **competências de enfermagem especializada**

na prevenção e controlo de infeção, através da divulgação dos procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção, face às vias de transmissão dos procedimentos estabelecidos, para posteriormente avaliar as medidas de prevenção e controlo implementadas.

Durante o primeiro semestre do ano de 2022, o hospital onde realizei este ensino clínico deparou-se com um aumento exponencial de doentes colonizados com microrganismos multirresistentes, como as *Enterobacteriales* Resistentes aos Carbapenemes (CRE). Uma vez diagnosticado o surto por CRE, o GCL-PPCIRA agiu em conformidade com as estratégias definidas no regulamento interno do serviço, realizando uma vigilância epidemiológica diária e exaustiva através de: elaboração de orientações e recomendações de atitudes a adotar para controlar o surto, como as indicações para realização de rastreios faseados aos doentes e a criação de um circuito próprio para rastreio de admissão CRE; gestão de camas em função dos resultados obtidos; divulgação de medidas de descolonização a instituir; consultoria e apoio técnico prestados a todos os serviços do hospital.

Impôs-se, portanto, a necessidade de, por forma a minimizar erros e a facilitar a gestão de internamentos dos doentes em contexto hospitalar, criar um ficheiro em *Excel* com a tipologia e lotação de todos os serviços do hospital, onde ficariam sinalizados os doentes portadores de microrganismos multirresistentes, bem como as vagas de cada serviço. A este documento foi dado o nome de “Foto-CRE”, atualizado diariamente pela equipa de enfermagem do GCL-PPCIRA e posteriormente partilhado com a equipa de gestão de camas e a direção de enfermagem, o que permitiu a análise estatística em tempo real dos dados obtidos.

A partir desse momento também foi adotada a colocação de um registo de alerta no processo clínico dos doentes que estavam colonizados com microrganismos multirresistentes, de forma a que qualquer profissional de saúde seja prevenido nesse sentido. Os dados eram transferidos da plataforma *HEPIC*, utilizada pelos membros do GCL-PPCIR, para a *Glantt* (ferramenta informática utilizada pelos profissionais de saúde no hospital).

Em torno das atividades desenvolvidas no âmbito deste surto, realizei a atualização do ficheiro “Foto-CRE”, necessitando para o efeito de consultar os resultados dos exames laboratoriais realizados, bem como os dados retidos na plataforma *HEPIC*. Esta dupla validação dos dados é essencial para que não sejam cometidos erros e para que,

posteriormente, sejam providenciadas as medidas de isolamento necessárias perante os doentes que se mostraram positivos para microrganismos multirresistentes.

Na mesma linha de pensamento foi também elaborada uma *checklist* de boas práticas na prevenção e controlo de infeção por CRE, de modo a verificar o cumprimento de diferentes ações por parte dos prestadores de cuidados, com o objetivo de prevenir a infeção cruzada (Anexo III).

Conclui-se, que foi vivida uma época desafiante para o GCL-PPCIRA, uma vez que, após o diagnóstico deste surto, foi obrigado a repensar e reestruturar o plano de prevenção e controlo de infeção hospitalar, estabelecendo estratégias pró-ativas a implementar em todos os serviços, redefinindo procedimentos e circuitos, para, por fim, salvaguardar o cumprimento dos mesmos com vista à segurança dos doentes e profissionais de saúde.

Ainda que o meu ensino clínico não tenha coincidido com o início do surto por CRE, foi possível acompanhar a evolução epidemiológica diariamente, constatando que as medidas instituídas foram eficazes para travar o crescimento dos doentes colonizados com estes microrganismos. Fazendo o paralelismo para o meu contexto profissional, a informação adquirida em contexto de estágio permitiu-me ficar mais esclarecida, tendo mesmo conseguido ajudar os meus pares em relação a dúvidas que decorriam da prática, nomeadamente na realização de colheitas para análise laboratorial e nas orientações para a concretização dos isolamentos de contacto. Em consonância com o referido considero ter desenvolvido atividades que me levaram a adquirir competências de enfermagem especializada no **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e na área da prevenção e controlo de infeção.**

A formação intitulada de “Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência a Antimicrobianos” promoveu a divulgação dos mais recentes feixes de intervenção, publicados em norma própria, pela DGS, sendo eles a *Bundle* para a prevenção da infeção relacionada com o catéter vascular central; o feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico; *bundle* para a prevenção da infeção urinária associada a catéter vesical e o feixe de intervenções para a prevenção da pneumonia associada à intubação – (DGS, 2022).

Estas normas representam um conjunto de informação baseada na mais recente evidência científica, tratando-se portanto fulcral a sua apresentação aos dinamizadores do

GCL-PPCIRA, por forma a promover entre todos os profissionais do hospital, uma prática sustentada na evidência, fundamentada e reconhecida internacionalmente, como sendo as medidas a adotar, para que a qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos doentes esteja salvaguardada, como previsto no Plano Nacional de Segurança do Doente (2021-2026), no Pilar 5: Práticas Seguras em Ambientes Seguros, objetivo estratégico 5.1 – implementar e consolidar práticas seguras em ambientes de prestação de cuidados de saúde (DGS, 2021, p.103).

A formação supracitada contou ainda com a colaboração da equipa médica integrante do GCL-PPCIRA, que apresentou os últimos dados referentes à infeção da corrente sanguínea no hospital e a necessidade de reforçar a correta manipulação de amostras de sangue para análise de hemoculturas, conforme consta de procedimento interno, uma vez que muitos dos resultados apresentam contaminação da amostra, o que leva a um painel de microbiologia resultante enviesado. Consequentemente, este feito terá interferência na prescrição do antibiótico correto para o utente, o que, por sua vez, além de comprometer o tratamento da infeção adjacente, aumenta a resistência aos antimicrobianos.

No âmbito do plano de contingência elaborado pelo hospital em causa, para fazer face ao aumento da procura de serviços de saúde, por parte da população, associado à época sazonal de infeções respiratórias, foi criado um serviço provisório de internamento (em contentores), com a capacidade total de 22 camas.

Internamente, está definido que sempre que se verifique a reabertura de uma ala de internamento que esteve desativada por um período superior a 30 dias, devem ser tomadas medidas preventivas, de acordo com as responsabilidades definidas em documento próprio. Neste procedimento estão envolvidos, entre outros, a enfermeira diretora, o diretor clínico, a equipa de gestão de camas, o GCL-PPCIRA, o serviço de gestão hoteleira e o gabinete da qualidade.

Neste sentido, e de acordo com o documento supracitado, é da responsabilidade do GCL – PPCIRA, analisar se estão reunidas as condições necessárias para a prevenção e controlo de infeção no serviço, verificando se: foi efetuado o procedimento definido no Plano de Prevenção, Controlo e Contingência para a Legionella, drenando toda a água parada do serviço e desinfeção de chuveiros; o serviço se encontra devidamente higienizado e com cortinas limpas; os contentores de resíduos são adequados aos locais e tipo de resíduo produzido; os sistemas de aspiração estão devidamente apetrechados; a sinalética é adequada

e se encontra nos locais previstos; existem dispensadores de sabão líquido em todos os lavatórios e pias de trabalho; existem dispensadores de SABA em todas as camas e locais apropriados; a fita vermelha está nos locais definidos e a sala de sujos se encontra de acordo com as normas estabelecidas. Na sequência do referido, acompanhei a enfermeira coordenadora do GLC-PPCIRA na realização de uma visita ao serviço a abrir, em conjunto com os departamentos envolvidos no processo, para a fazer um diagnóstico de situação, de forma integrada e multidisciplinar, com o intuito de providenciar todas as medidas necessárias para o funcionamento seguro e funcional desta nova ala.

Após o levantamento das necessidades identificadas, procedemos ao seu aprovisionamento e agendamos nova visita ao serviço. Com a realização destas atividades considero ter desenvolvido **competências de enfermagem especializada na área da prevenção e controlo de infeção**, através da promoção de ações de liderança no desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, **competências no domínio da gestão de cuidados**, adequando os recursos às futuras necessidades de cuidados e competências no **domínio da melhoria contínua da qualidade**, colaborando na agilização e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados.

As IACS são um dos eventos adversos mais frequentes nos doentes internados em hospitais. Representam um risco sério porque se associam ao aumento da morbilidade e da mortalidade dos doentes, ao prolongamento da sua estadia no hospital e ao aparecimento potencial de incapacidades (Xavier, 2015, p. 3).

A capacidade de os microrganismos adquirirem resistências aos antimicrobianos é evidente em meio hospitalar, sobretudo devido às fortes e imponderadas prescrições de antibióticos (INFARMED, 2016, p.2).

Também a “OMS publicou em 2021, o WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance, que desenha uma matriz de intervenções para reduzir a emergência e transmissão de microrganismos multirresistentes (...)” (DGS, 2022, p. 93).

Neste sentido, surge o PAPA cuja atividade é baseada em seis objetivos: promover a utilização correta dos antibióticos; facilitar o acesso ao conhecimento sobre antibioterapia; melhorar o *outcome* dos doentes; aumentar a segurança dos doentes; diminuir as resistências e os custos. Este Programa tem suporte legal no Despacho n.º 15423/2013 que atribuiu ao GLC-PPCIRA a missão de promover e corrigir as práticas de uso de antibióticos no hospital.

Fazem parte do grupo de trabalho uma equipa multidisciplinar formada por médicos infeciologistas, microbiologistas, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos em tecnologia de informação e gestores de produção.

No âmbito do PAPA, foi realizada uma reunião entre as equipa responsáveis pelo laboratório, anatomia patológica e GCL-PPCIRA. O seu propósito foi rever procedimentos de colheitas de amostras, identificar as principais dificuldades inerentes ao diagnóstico clínico do doente e resultados analíticos subjacentes, bem como definir estratégias de melhoria. As principais dificuldades encontradas residem nos pedidos médicos indevidamente realizados, nas boas práticas inerentes à colheita dos produtos, transporte e acondicionamento necessários.

Resumidamente, foi acordado que o primeiro passo seria a revisão do manual de colheitas do hospital, redigindo-o de forma clara e objetiva. Também foi definida uma *timeline* para a elaboração de cartazes com as indicações de “quando colher”, “como colher” e “como enviar” amostras, sendo para o efeito elegíveis o “Top seis produtos” – urina, expetoração/lavados bronco alveolares/aspirados, exsudado cutâneo, pus, líquido e líquido amniótico. O objetivo central e que se impõe é, uma vez mais, o uso correto de antibióticos, tendo ficado assente a necessidade de uso de grafismos e estratégias de comunicação, através do *site*, pósteres e sinaléticas, de modo a sensibilizar os profissionais de saúde para a emergência de boas práticas nesta temática. Face ao exposto, considero a participação ativa nesta reunião de elevada importância, uma vez que me permitiu colaborar na definição de estratégias de prevenção e controlo de infeção, a implementar nos vários serviços do hospital, que constitui uma das atividades, definidas pela OE (2015, p. 17243) como essenciais, à qualidade dos cuidados.

Semanalmente realizam-se neste hospital reuniões do comité de eficiência, onde são divulgados dados financeiros e a sua gestão, a análises de vários indicadores, como os consumos globais da instituição, materiais e orçamentos. Participam nela todas as chefias, clínicas e não clínicas da instituição, que a queiram integrar, e é dirigida pelos membros do conselho de administração. No âmbito do ensino clínico no GCL-PPCIRA, assisti a dois destes encontros, onde se debateram assuntos de extrema importância no que concerne às atividades de gestão hospitalar, como a divulgação do balanço de contas do ano de 2022 e a apresentação do plano de orçamento e investimentos para o ano de 2023, que contou com a

intervenção das várias chefias presentes, por forma a realizar um diagnóstico de situação no que concerne às necessidades mais urgentes a incluir e, conseqüente plano de concretização.

Segundo a OE (2019, p. 4748), “O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados”. Tendo por base as competências inerentes ao enfermeiro especialista neste domínio, a participação nestas reuniões é fundamental porque constitui a ocasião ideal às chefias de poder negociar recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. Em jeito de reflexão após as reuniões, a enfermeira coordenadora do GCL-PPCIRA revelou que, por vezes, só em contexto de reunião com o comité de eficiência, se conseguia a aprovação para aquisição de material de consumo adequado e necessário.

A minha participação nestas reuniões, ainda que de forma indireta, uma vez que não intervimos, permitiu a compreensão do papel do enfermeiro especialista, no âmbito das competências inerentes à gestão hospitalar, a grande escala.

Sendo a consultoria e apoio técnico na área da prevenção e controlo de infeção, uma das oito vertentes estratégicas, definidas no regulamento da instituição, o GCL-PPCIRA foi solicitado pelo banco de sangue, para dar o parecer relativamente à higienização da máquina de selagem utilizada para o encerramento a vácuo, das dádivas de sangue.

Esta necessidade foi diagnosticada pela equipa de enfermagem que desempenha a sua atividade neste serviço e que propôs a elaboração de uma instrução de trabalho específica, para a manipulação deste tipo de equipamento, a ser elaborada conjuntamente com o GCL-PPCIRA. Aproveitando a deslocação até ao serviço, foi realizada a observação do circuito de doentes e amostras em vigor, da qual resultaram algumas recomendações para o seu melhor funcionamento, salvaguardando a segurança do doente e promovendo a qualidade dos cuidados prestados. Desta forma, consegui alcançar mais um dos objetivos definidos para este estágio: participar na definição de estruturas e circuitos, de modo a assegurar o nível de higienização adequada do ambiente, dos dispositivos médicos, artigos e equipamentos.

A fase de mitigação da pandemia por Covid-19 entrou em vigor em Portugal, a 26 de março de 2020, por determinação da DGS, envolvendo todo o sistema de saúde, público e privado. Contudo, na evolução para a atual situação epidemiológica, tornou-se necessário a

adequação das medidas de saúde pública, de forma a que seja minimizado o risco de doença para a população, ficando as instituições de saúde responsáveis pela operacionalização e atualização do Plano de Contingência (DGS, 2022, p.1).

Em consonância com o referido anteriormente, foi realizada uma reunião com o departamento de comunicação, com o intuito de reestruturar as sinaléticas colocadas e utilizadas no início da pandemia, em todo o hospital. Ficou acordada a remoção dos sinais de proibição dos assentos e as sinaléticas de orientação para o fluxo de entrada e saída dos utentes; a lotação dos elevadores voltou a ser a recomendada pelo fabricante do equipamento, bem como as zonas de refeição passaram a não ter restrições; também a extinção dos cartazes que fazem referência a normas emitidas pela DGS em tempo de pandemia, já em desuso seriam removidos. Já os cartazes de informação a cerca da lavagem das mãos, etiqueta respiratória e o uso correto da máscara continuam a fazer sentido, sobretudo em fase de infeções respiratórias, como o inverno.

Para além deste tema, constatou-se a necessidade de reforçar a importância, por parte dos profissionais de saúde, da utilização correta dos elevadores, no que respeita à não utilização dos elevadores de sujos para o transporte de doentes. Para o efeito, ficou definida a colocação de pósteres a sinalizar o fim para o qual cada elevador deve ser utilizado, uma vez que os elevadores de sujos se destinam apenas ao transporte de resíduos, material de limpeza, roupa, material de esterilização e dispositivos médicos. Com a participação nesta atividade desenvolvi competências de enfermagem especializadas no **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, implementando medidas de prevenção e identificação de práticas de risco e acompanhando incidentes de prática insegura para prevenir a recorrência.

Como refere a OMS, no *Draft global strategy on infection prevention and control* (2022, p. vi), “na última década, a comunidade global experimentou vários surtos importantes (...) [ficando] bem patente como os surtos se podem espalhar rapidamente pela comunidade e ser significativamente amplificados em ambientes de assistência à saúde”. A mesma entidade acrescenta que as IACS constituem eventos adversos frequentes que prejudicam doentes e profissionais de saúde e que acarretam um aumento de custos para as entidades prestadoras de cuidados (OMS, 2022, p. vi).

A Fundação Calouste Gulbenkian tem sido pioneira no desenvolvimento de várias ações notáveis nesta matéria, começando por reconhecer que, o nosso país tem uma das taxas

de infeção hospitalar mais elevadas da Europa (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014, p. 201). Nesse sentido, nasce o “Desafio STOP infeção hospitalar”, um “estudo concebido para apoiar o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Ministério da Saúde com o intuito de implementar uma metodologia que tem por objetivo reduzir em 50% as infeções adquiridas em 12 hospitais no período de 3 anos. A intervenção pretende avaliar com periodicidade os resultados de cada hospital, assim como monitorizar o processo e o ganho económico com a redução de custos associada à diminuição de taxas de infeção” (Fundação Calouste Gulbenkian, 2023, “STOP Infeção Hospitalar”).

O estudo supracitado realizou-se entre 2015 e 2018, em 12 centros hospitalares de Portugal, num total de 19 hospitais, dos quais o hospital onde decorreu este ensino clínico, incidindo a observação e promoção da melhoria contínua da qualidade, essencialmente, em quatro tipologias de infeção hospitalar: infeções do trato urinário associado a cateter vesical; infeções nosocomiais da corrente sanguínea relacionadas com cateter venoso central; pneumonias associadas a intubação; infeções do local cirúrgico, cirurgias de prótese da anca e do joelho, cirurgias colo-rectal e da vesícula biliar. Constituindo a participação da instituição no STOP-Infeção Hospitalar 2.0, um dos indicadores que integra o Índice de Qualidade PPCIRA (DGS, 2022, p. 97), o hospital onde realizei o meu ensino clínico voltou a fazer parte desta excelente oportunidade, sendo a enfermeira coordenadora do GLC-PPCIRA, em conjunto com outros profissionais do hospital, o elo de ligação entre a Fundação Calouste Gulbenkian, o Institute Healthcare Improvement (IHI), o PPCIRA nacional e o SNS e também uma das mentoras a nível nacional, que irá colaborar na integração de novas instituições envolvidas na segunda edição do projeto. No que concerne às infeções a ter em consideração, no âmbito do Desafio, torna-se fundamental referir que a sua avaliação teve e terá por base as Normas Clínicas publicadas pela DGS, já enumeradas anteriormente.

Neste sentido, integrei várias reuniões direcionadas a esta temática, durante as quais foi apresentado o modelo e estratégia de ação definidos pelo IHI, utilizado como base para este projeto, divulgados os resultados obtidos entre 2015 e 2018 e apresentados os objetivos a alcançar até 2025. De acrescentar que os resultados obtidos entre 2015 e 2018 atingiram a meta proposta inicialmente. Com a participação nestas atividades considero ter desenvolvido **competências de enfermagem especializadas na área da prevenção e controlo de infeção** associada aos cuidados de saúde, não só através do conhecimento das estratégias de prevenção e controlo de infeção a implementar nos vários serviços do hospital, como

também na atualização do conhecimento tendo por base a evidência científica. O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na mobilização do seu conhecimento, desenvolve uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2018, p. 19360).

Nas diversas visitas aos serviços do hospital, realizadas pelo GCL-PPCIRA, constatei, através da observação *in loco* e de conversas informais com os enfermeiros envolvidos na prestação direta de cuidados, que o cumprimento das boas práticas no procedimento de inserção de cateter urinário, carecia de atualização e formação. Diagnosticada esta necessidade formativa, foi proposto à enfermeira orientadora o desenvolvimento de um plano de ação para divulgação das boas práticas, tendo por base a Norma Clínica: 019/2015, designada “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical”.

No **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, a OE (2019, p.4746), explana que “O enfermeiro especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes”. Por conseguinte, pareceu-me fundamental gerir, nas equipas, as práticas de cuidados relacionadas com a técnica de algaliação, tanto no momento da sua inserção, manutenção, como na remoção, fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. Para o efeito, realizei uma análise exaustiva do documento supracitado e elaborei uma apresentação em *Power Point*. Esta formação não foi concretizada no momento, devido ao curto período do qual disponha para a sua realização, uma vez que decorria a reta final do ensino clínico e por motivos de saúde, que me remeteram para a incapacidade temporária do meu exercício profissional. Contudo, ficou acordada a sua realização *à posteriori*, bem como a avaliação do seu impacto nos cuidados de enfermagem prestados, através da implementação de auditorias, utilizando o instrumento de auditoria clínica constante da bundle (Anexo IV).

Foi-me proposto pela enfermeira orientadora, a apresentação da formação que desenvolvi em contexto de estágio, aos dinamizadores do grupo, no âmbito do Desafio STOP Infecção Hospitalar 2.0, para que este constituísse o instrumento de divulgação junto dos enfermeiros envolvidos na prestação direta de cuidados, dos serviços a serem auditados, entre 2023 e 2025. Acedi com enorme satisfação a este compromisso, ao qual pretendo

responder prontamente, assim que retomar a minha atividade profissional, assumindo o papel de elemento dinamizador e gestor na prevenção e controlo de infeção.

Com esta atividade considero ter desenvolvido competências no domínio do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, conforme consta do Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019, p. 4749), que refere que “O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação”. Desta forma consegui alcançar também alguns dos meus objetivos de estágio: contribuir para a organização de iniciativas/ eventos do GCL-PPCIRA; sensibilizar os meus pares para a área de prevenção e controlo de infeção e para o problema das resistências aos antimicrobianos e promover a implementação de *bundle's* nos vários serviços.

6. CONCLUSÃO

O quotidiano da prática clínica em enfermagem constitui um ambiente propício a novas aprendizagens e desafios pessoais e profissionais, exigindo dos enfermeiros um crescimento atualizado e sustentado na melhor evidência científica. Por conseguinte, o estudante perante novas realidades de prestação de cuidados, é impulsionado a desenvolver estratégias de adaptação, aquisição de conhecimentos e a aplicar competências adquiridas previamente, que permitam a sua adequação na equipa multidisciplinar e no novo ambiente com que se deparam.

Neste desiderato, o estágio configurou-se num elemento primordial do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na medida em que criou o cenário ideal para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área da Pessoa em Situação Crítica, incrementando a capacidade de pensar crítico-reflexivamente nas práticas observadas e realizadas em contexto prático.

Concluído o período de ensino clínico, tornou-se essencial a reflexão das experiências que pautaram esta etapa do percurso formativo, que se traduziram em ganhos pessoais decorrentes das dificuldades sentidas e sua consequente superação, consubstanciada através da redação do presente relatório, que narra o “desafio do percurso” e a mobilização dos conhecimentos adquiridos para a transformação de uma nova identidade pessoal e profissional inerente ao “Ser Enfermeiro Especialista”.

O estágio na UCIP constituiu um desafio que, marcado por uma realidade com múltiplas experiências profissionais e conceções, permitiu o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista relacionadas com a prestação de cuidados ao doente em situação crítica e sua família, desde a sua identificação, planeamento, execução e avaliação. Enfoco particularmente as atividades desenvolvidas, no âmbito da monitorização contínua e vigilância permanente, que permitiram a aquisição de competências na identificação, tão rápida quanto possível, de focos de instabilidade hemodinâmica e dos problemas potenciais subjacentes, nos quais pude atuar, prescrevendo,

implementando e avaliando intervenções que contribuíram para evitar esses mesmos problemas e minimizar-lhe os efeitos indesejáveis. Não obstante, existiram limitações no cuidado ao doente e sua família, caracterizadas pela limitação da casuística de doentes atribuídos ao enfermeiro orientador que, por uma questão de gestão de *skill's*, por parte da chefia, eram maioritariamente doentes neurocríticos e do foro médico, não tendo sido tão abrangente o contacto com o doente politraumatizado.

O contacto com a equipa multiprofissional e com o ambiente altamente tecnológico da unidade foram determinantes no desenvolvimento de novos conhecimentos, discussões e debates em equipa e na evolução do “olho clínico” e espírito crítico, o que permitiu a mobilização de conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade e avaliar a qualidade das práticas clínicas, identificando oportunidade de melhoria, como a sugestão deixada ao serviço da criação de equipas de alto desempenho em reanimação intra-hospitalar.

No que concerne ao estágio realizado no GCL-PPCIRA, destaco as atividades desenvolvidas através das visitas aos serviços do hospital, da participação nas formações da área de prevenção e controlo de infeção e das reuniões que integrei neste âmbito, que me permitiram diagnosticar necessidades formativas e atuar como dinamizadora e gestora da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. De forma a suportar a prática clínica em evidência científica, surgiu a formação desenvolvida e apresentada ao serviço, tendo por base a *bundle* da prevenção de infeção associada a cateter urinário.

As limitações decorrentes da minha *performance* neste contexto clínico incidiram sobretudo no facto de, no GCL-PPCIRA não estar adjacente a prestação de cuidados diretos ao doente, pelo que houve necessidade de adaptar os objetivos inicialmente propostos, à realidade do contexto de atuação do serviço e pela minha condição de saúde, que implicou um esforço acrescido na gestão da vida pessoal, académica e profissional.

Com a conclusão do estágio e sob proposta da enfermeira coordenadora do GCL-PPCIRA, colaborarei como elo de ligação entre este e o SU, na área da higiene hospitalar, esperando assim, demonstrar conhecimentos específicos na área de intervenção da enfermagem especializada, que me permitam ser referência na equipa, salvaguardando o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos. A sugestão de melhoria deixada ao serviço prende-se com a

necessidade de revisão do Manual “Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos”, que espelha as informações relevantes nesta matéria e visa a instrução de boas práticas associadas aos cuidados de saúde.

Gostaria de salvaguardar que, a ordem pela qual foram realizados os estágios, teria sido, a meu ver, mais producente, se tivesse ocorrido de forma inversa. Pelos conhecimentos adquiridos e aprendizagens desenvolvidas no GCL-PPCIRA, o posterior ensino clínico na UCIP seria mais proveitoso no sentido de poder aplicar, de forma prática e concisa os protocolos e procedimentos estabelecidos na área da prevenção e controlo de infeção perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.

Além de todo o crescimento académico e profissional desenvolvidos ao longo deste Mestrado, não posso deixar de referir o crescimento e evolução pessoal vividos, nomeadamente na gestão de *stress* e estratégias de *coping* utilizadas para uma adaptação funcional a novos contextos de prática de cuidados.

Termino o presente documento com a citação que julgo espelhar a realidade e emergência da atuação da Enfermagem em Portugal, no desafio permanente da busca pelo saber, com tradução em ganhos na saúde dos cidadãos.

“Importa também garantir que (...) o sistema de saúde está dotado do número adequado de profissionais, em particular de Enfermagem, que garanta a prestação atempada, segura e eficaz dos cuidados de saúde (...). Estes profissionais, em número suficiente, com os conhecimentos e capacidades adequadas e a operar no ambiente de trabalho correto, são decisivos para alcançar os objetivos primordiais em saúde de uma nação, contribuindo positivamente para uma melhoria em diversos indicadores, tais como mortalidade, resultados clínicos, qualidade de atendimento, satisfação do cliente e custos associados” (Lopes, Gomes & Almada-Lobo, 2018, p.13).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists And Their Work* (3.^a ed.). Elsevier Mosby. ISBN: 978-0-323-09194-7

Barradas, C. R. (2018). *Gestão da Pressão Intracraniana no Doente Crítico – Intervenção de Enfermagem Especializada*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Barroco, J. M. L. (2016). *Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica Invasiva*. Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Carvalho, L. A. P. (2016). *O Cuidado Especializado de Enfermagem na Gestão do Ambiente da Pessoa com Hipertensão Intracraniana em UCI*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Cook, A. M., Morgan, J. G., Hawryluk, J. W. G., Mailloux, P., McLaughlin, D., Papangelou, A., Samuel, S., Tokumaru, S., Venkatasubramanian, C., Zacko, C., Zimmermann, L. L., Hirsch, K. & Shutter, L. (2020). Guidelines for the Acute Treatment of Cerebral Edema in Neurocritical Care Patients. *Neurocrit Care*. <https://doi.org/10.1007/s12028-020-00959-7>.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Diário da República, 1.^a série – N.º 205

Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro. Diário da República, 2.^a série – N.º 174

Despacho n.º 15423/2015, de 26 de novembro. Diário da República, 2.^a série – N.º 229.

Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. Diário da República, 2.^a série – N.º 187

Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos*. Direção Geral da Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Direção Geral da Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Direção Geral de Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Direção Geral da Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Direção Geral da Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Direção Geral da Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. Direção Geral da Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2022). Covid-19: Adequação das Medidas de Saúde Pública. Direção Geral de Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). STOP Infecção Hospitalar. <https://gulbenkian.pt/publications/stop-infecao-hospitalar-booklet/>. Consultado a 29/12/2022.

Hospital de Braga. (2021). O Hospital – Sobre Nós. hospitaldebraga.pt. Consultado a 08/12/2022. <https://www.hospitaldebraga.pt/hospital/sobre-nos>

INFARMED. (2016). Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos do INFARMED (9ª ed.). INFARMED.

Lei n.º 27/2006, de 3 de julho. Diário da República, 1.ª série – N.º 126

Lobão, C. (2018). Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros.

Lopes, M. A., Gomes, S. C. & Almada-Lobo, B. (2018). Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde. INESC-TEC.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf

Loureiro, S., Rabiais, I. & Macau, L. (2017). Estratégias de Comunicação com a Família do Doente Crítico em Contexto de Cuidados Intensivos [Communication Strategies with the Family of the Critically Ill in the Context of Intensive Care] [Apresentação de póster]. IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto XIV Congresso do Arco Iberoatlântico, Porto, Portugal.

Ministério da Saúde (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. Governo de Portugal.

Neto, P., Marques, N., Vaz, F., Porto, J., Alves, M. Gala, C., Aguiar, D., Marcelino, R., Pedro, N., Rosado, S., Táboas, A., Oliveira, A., Órfão, G. (2019). Manual de Suporte Avançado de Vida (1ª ed.). INEM.

Nunes, L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem: uma exploração da natureza e atributo dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. Revista Percursos, nº 17, p.3. <http://hdl.handle.net/10400.26/9215>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional. Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-30-1.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros – outubro de 2015.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência. Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Organização Mundial de Saúde. (2022). Draft global strategy on infection prevention and control. OMS. Consultado a 03/01/2022. <https://www.who.int/publications/m/item/draft-global-strategy-on-infection-prevention-and-control>.

Paiva, J. A., Lebre, A., Silva, M. G., Valente, M., Pacheco, P. (2022). Infeções e Resistência a Antimicrobianos: Relatório do Programa Prioritário PPCIRA 2021. Direção Geral da Saúde.

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, 2.ª série – N.º 26

Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho. Diário da República, 2.ª série – N.º 123

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Diário da República, 2.ª série – N.º 135

Regulamento n.º 674/2021 de 20 de julho. Diário da República, 2.ª série – N.º 139

Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. Diário da República, 2.ª série – N.º 184

Rodrigues, M. R. *et al.* (2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos – Relatório Anual do Programa Prioritário. Direção Geral da Saúde. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>

Serviço Nacional de Saúde (2020). *Covid19| Fase de Mitigação*. sns.gov.pt. Consultado a 09/01/2023. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/03/26/covid-19-fase-de-mitigacao/>

SESARAM. (2017). Semana Mundial dos Antibióticos e Dia Europeu dos Antibióticos. <https://www.sesaram.pt/portal/o-sesaram/comunicacao/noticias/1295-semana-mundial-dos-antibioticos-e-dia-europeu-dos-antibioticos>. Consultado a 27/11/2022.

APÊNDICES

Apêndice I – Apresentação da formação “Feixe de intervenções para a prevenção da infecção urinária associada a cateter vesical”



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

Bundle

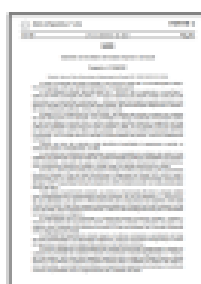
Colocar a data

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

- A infecção urinária associada a cateter vesical é uma das mais frequentes infecções hospitalares e é o mais importante evento adverso associado ao uso do cateter vesical ^(28, 29).
- As infecções urinárias relacionadas com cateter vesical são em larga medida evitáveis quando são usadas estratégias que incluem a redução do número de algiações desnecessárias e orientações na sua colocação e manutenção, baseadas na melhor evidência científica ^(4, 10-16, 27, 30).
- Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Janeiro, 2020), cerca de 12-16% dos adultos hospitalizados, são algaliados durante o internamento e em cada dia que o cateter vesical permanece, aumenta o risco de adquirir uma infecção urinária associada a este dispositivo, em 3-7% ⁽³⁰⁾.

FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA

- A presente Norma adapta à realidade portuguesa as mais sólidas e atualizadas recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário (ITU) associada ao cateter vesical (CV);
- A mesma insere-se no Objetivo Estratégico “5.3 Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM)” do Pilar 5. “Práticas Seguras em Ambientes Seguros” do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026 ⁽³²⁾;



QCL-PPCIRA

OBJETIVOS



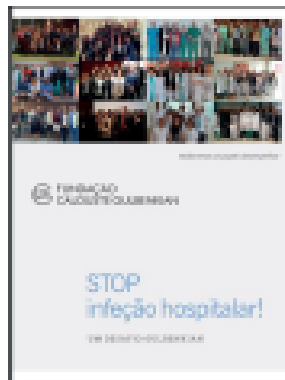
- Garantir a prestação uniforme e integrada de cuidados de saúde baseados na melhor evidência científica disponível sobre a “Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical”;

- Uniformizar a implementação de “feixe de intervenções” para a Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical, de acordo com a evidência disponível;

- Estima-se um impacto de redução da taxa de infeções urinárias associadas ao cateter vesical, em cerca de 30%, até 2026, em linha com os objetivos do Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026 ⁽³²⁾.

QCL-PPCIRA

Resultados Desafio STOP-INFEÇÃO HOSPITALAR



<https://gulbenkian.pt/noticias/apresentacao-do-estudo-stop-infecao-hospitalar/>

- Implementado em Portugal entre 2015-2018;
- Participação de 12 Centros Hospitalares, num total de 19 instituições de saúde envolvidas;

GCL-PPORA

Resultados Desafio STOP-INFEÇÃO HOSPITALAR



<https://gulbenkian.pt/noticias/apresentacao-do-estudo-stop-infecao-hospitalar/>

- Redução na densidade incidência por 1.000 dias de cateter na prevenção da infeção urinária associadas ao cateter vesical de 51% (33, 34) ;
 - A incidência de infeção urinária diminuiu de 8,28/1000 para 4,06/1000 dias de CV (34) ;

GCL-PPORA

Resultados Desafio STOP-INFEÇÃO HOSPITALAR



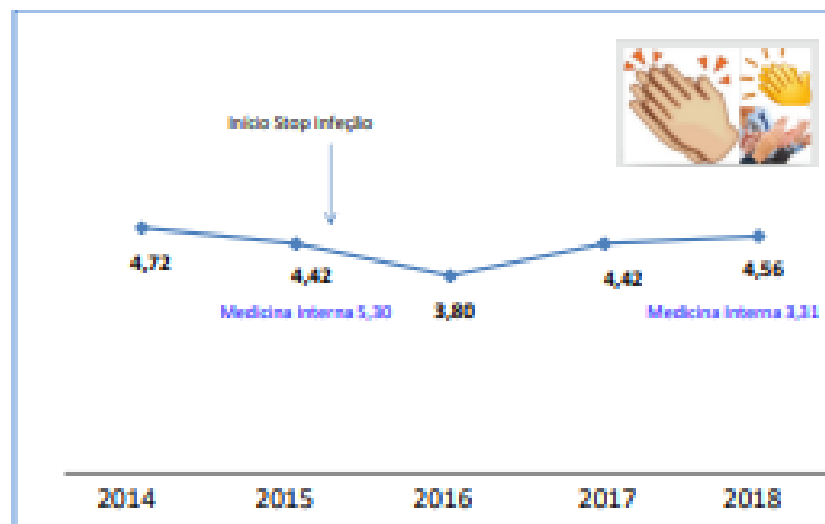
<https://gulbenkian.pt/noticias/apresentacao-do-estudo-stop-infecao-hospitalar/>

- A adesão ao Feixe de Intervenções da inserção do CV, aumentou de 82,7% para 96% ⁽³⁴⁾;
- A adesão ao Feixe de Intervenções da manutenção do CV, aumentou de 81,7% para 88,4% ⁽³⁴⁾.

GCL-PPCIRA

Resultados Desafio STOP-INFEÇÃO HOSPITALAR

INFEÇÃO URINÁRIA EM DOENTE COM CATETER VESICAL/1000 dias DE CATETER VESICAL



GCL-PPCIRA

Desafio STOP INFEÇÃO 2.0

10 instituições de saúde antigas + 12 instituições de saúde novas

- a) As instituições antigas colaboram na orientação e acompanhamento das novas;
- b) Mas as antigas integram o projeto da mesma forma que as novas:
- Objetivo - diminuição em 50% das IACS até outubro de 2025;
 - As IACS a monitorizar são – IUACV, ICSRCVC, PAJ e ILC;
 - Os serviços incluídos são **Medicina Interna – IUACV; SMI – IUACV, ICSRCVC e PAJ; Cirurgia Geral – ILC cólon e reto; Ortopedia – ILC próteses da anca e joelho;**
 - Constituição das equipas – 3 elementos por serviço para equipa nuclear e mais elementos para equipa alargada por cada serviço;
 - O ponto de partida do valor das infeções, para cálculo da diminuição de 50%, será relativo aos resultados do ano de 2022 e/ou últimos 3 meses de 2022;
 - Orientação e acompanhamento pelo PPCIRA e mentores locais designados a nível nacional;
 - Reuniões periódicas nos serviços, com responsáveis dos serviços e com Direção Clínica e Direção de Enfermagem;
 - Relatórios mensais e visitas periódicas aos Serviços;
 - Ampliação em tempo oportuno a outros Serviços.

DEL-PPORA

Feixe de Intervenções

Feixe de Intervenções

Um feixe de intervenções, é um conjunto de intervenções, que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, no mesmo tempo e espaço, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente. Norma Clínica DGS 020/2015 atualizada a 17/11/2022

Literatura internacional
Bundles

BCL-PPCIRA

Feixe de Intervenções



Os feixes de intervenções têm como objetivo assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência e de uma forma consistente. Norma Clínica DGS 020/2015 atualizada a 17/11/2022

BCL-PPCIRA

Feixe de Intervenções

Vários grupos colaborativos demonstraram melhoria de qualidade de cuidados e melhores resultados clínicos através da implementação desta estratégia ^(14, 18, 19);

Um "Feixe" não é apenas uma lista, já que todas as intervenções são necessárias e se alguma delas não for aplicada, o resultado não será o mesmo;

Trata-se assim de um conjunto coeso de medidas que têm de ser implementadas em conjunto para que o sucesso seja atingido.

DCL-PPORA

Bundle para a Prevenção da ITU Associada a CV

Norma Clínica DG5 019/2015 atualizada a 29/08/2022

Indicações para a colocação de CV

- Doentes com retenção urinária aguda ou obstrução;
- Necessidade de monitorização do débito urinário em doentes críticos;
- Uso em procedimentos pré-operatórios específicos:
 - Cirurgias urológicas ou do trato geniturinário;
 - Cirurgias com previsão de longa duração;
 - Doentes com necessidade de receber grandes volumes de infusões ou diuréticos;
 - Necessidade de monitorização do débito urinário durante a cirurgia.
- Doentes incontinentes com lesões/úlceras por pressão na região sagrada ou perineal;
- Doentes que requerem uma imobilização prolongada;
- Para a promoção de conforto em cuidados em fim de vida.

GCL-PPCORA

Bundle ITU associada a CV

No doente submetido a cateterização vesical, para prevenir a infeção associada a cateter vesical têm de ser implementadas **de forma integrada** as seguintes intervenções:

1 – Evitar o cateterismo vesical ⁽¹⁻¹⁷⁾ e documentar no processo clínico, a indicação apropriada para a utilização de catéter vesical ^(1,2,10-14);

2 – Cumprir a técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem ^(1,2,4,10,11,14-18,19,20) .

GCL-PPCORA

Bundle ITU associada a CV

3 – Cumprir a técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado ^(1-4,10-17,21,22);

4 – Realizar a higiene diária do meato urinário, pelo doente (quando possível) ou pelos profissionais de saúde ^(1-4,10-14,16,17,21,24), com ação de educação para a saúde, dirigida ao doente e cuidador(es), sobre cuidados de prevenção de infecção urinária associada a cateter vesical ^(8,11,25,27);

GCL-PPCIRA

Bundle ITU associada a CV

5 – Manter cateter vesical seguro, com saco coletor abaixo do nível da bexiga (sem tocar no chão) e esvaziar sempre que tenha atingido 2/3 da sua capacidade ^(1,3,4,10,11,13-17);

6 – Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível e registrar no processo clínico as razões para a necessidade de manter o cateter ^(1,3,4,10,11,13-17,26,27).

GCL-PPCIRA

1. Evitar o cateterismo vesical e documentar no processo clínico, a indicação apropriada para a utilização de cateter vesical

1. EVITAR O CATETERISMO VESICAL E DOCUMENTAR NO PROCESSO CLÍNICO, A INDICAÇÃO APROPRIADA PARA A UTILIZAÇÃO DE CATETER VESICAL

1. Realizar cateterismo vesical, apenas se houver uma indicação apropriada ⁽¹³⁻¹⁷⁾;
2. Considerar alternativas à inserção do CV e documentar alternativa ^(1,11,17,27,38):
 1. cateterização intermitente;
 2. cateter urinário externo no homem;
 3. cateterização para colheita de urina assética;
 4. outros;



1. EVITAR O CATETERISMO VESICAL E DOCUMENTAR NO PROCESSO CLÍNICO, A INDICAÇÃO APROPRIADA PARA A UTILIZAÇÃO DE CATETER VESICAL

3. Utilizar ecógrafo automático portátil por enfermeiros e enfermeiros especialistas para medir o volume de urina na bexiga, em doentes internados com sintomas de dificuldade ou disfunção miccional, substituindo o cateterismo vesical como método de avaliação de retenção urinária (1, 3, 11-13, 17, 23, 24, 31, 37, 42-44).



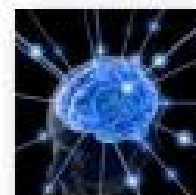
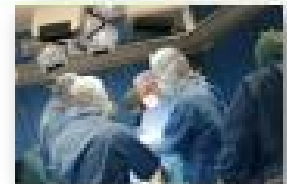
DCL-PPCIRA

1. EVITAR O CATETERISMO VESICAL E DOCUMENTAR NO PROCESSO CLÍNICO, A INDICAÇÃO APROPRIADA PARA A UTILIZAÇÃO DE CATETER VESICAL

4. Não realizar por rotina cateterização vesical no doente submetido a intervenção cirúrgica:

- quando necessária removendo preferencialmente até às 24 horas (3, 11, 17, 38) ;
- iniciar primeira reavaliação do grau de consciência do doente , no momento de transferência para a unidade de cuidados pós-anestésicos/unidade funcional.

5. Documentar o motivo clínico da inserção, se possível em áreas passíveis de produzir indicadores (3, 11, 17, 38) .



DCL-PPCIRA

2. Cumprir a técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem

2. CUMPRIR A TÉCNICA ASSÉPTICA NO PROCEDIMENTO DE CATETERISMO VESICAL E DE CONEXÃO AO SISTEMA DE DRENAGEM

1. Assegurar que a inserção do cateter vesical com técnica asséptica é realizada por médicos ou enfermeiros com formação e treino (1, 3, 11, 13, 17, 23, 26, 30, 31, 37, 42, 44-46);
2. Garantir que haja uma seleção adequada de cateteres vesicais, selecionando o cateter apropriado (1, 3, 10-13, 17, 18, 23, 24, 37, 47, 48):
 1. menor calibre possível;
 2. comprimento adequado;
 3. tipo de cateter;



2. CUMPRIR A TÉCNICA ASSÉPTICA NO PROCEDIMENTO DE CATETERISMO VESICAL E DE CONEXÃO AO SISTEMA DE DRENAGEM

3. Utilizar técnica asséptica e material esterilizado para a inserção de CV;

4. Aplicar solução estéril para higiene do meato urinário e lubrificante estéril de uso individualizado (1,3,9,11,21,17-19,19,22-24,21,27,28,43,47,47-50) ;



BCL-PPCIRA

2. CUMPRIR A TÉCNICA ASSÉPTICA NO PROCEDIMENTO DE CATETERISMO VESICAL E DE CONEXÃO AO SISTEMA DE DRENAGEM

5. A utilização de kits de cateterismo vesical pré-preparados promove a uniformização de procedimentos (Questão não resolvida) (23,24,42) ;



BCL-PPCIRA

2. CUMPRIR A TÉCNICA ASSÉPTICA NO PROCEDIMENTO DE CATETERISMO VESICAL E DE CONEXÃO AO SISTEMA DE DRENAGEM

6. Realizar higiene das mãos antes e após a inserção do CV (1,3,9,11,13,17-20,19,23-24,31,37,38,43,47-50) ;

7. Conectar o CV ao saco de drenagem imediatamente após a inserção, de forma a assegurar sistema de drenagem fechado (1,3,11,13,14,17,22-26,31,38,42,48,49) ;

8. O CV pode ser conectado ao saco de drenagem antes da inserção (10,17,21,38) ;

9. Documentar (1,3,11,13,17,23,24,31,42,46) ;

- Calibre;
- tipo de CV;
- data de inserção.



GCL-PPORA

2. CUMPRIR A TÉCNICA ASSÉPTICA NO PROCEDIMENTO DE CATETERISMO VESICAL E DE CONEXÃO AO SISTEMA DE DRENAGEM

10. Considerar em ambiente extra-hospital de agudos, com registo no processo clínico, a técnica limpa (ou seja, não estéril) para cateterização intermitente, sendo uma alternativa aceitável e mais prática à técnica estéril para doentes que requerem cateterismo intermitente crónico (1,3,11,13,14,17,21,24,31,37,42,44,48,50) ;



GCL-PPORA

3. Cumprir a técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado

3. CUMPRIR A TÉCNICA LIMPA NO MANUSEAMENTO DO CATETER VESICAL E DO SISTEMA DE DRENAGEM, MANTENDO A CONEXÃO DO CATETER VESICAL AO SISTEMA DE DRENAGEM EM CIRCUITO FECHADO

1. Realizar higiene das mãos antes e após o manuseamento do CV e sistema de drenagem (1,2,11,13,17,23,24,31,38) ;

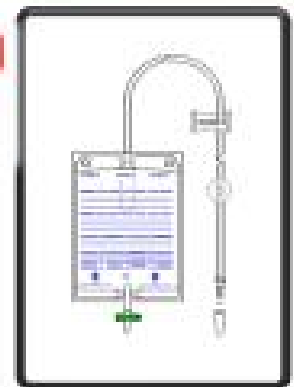


2. Adotar precauções básicas de controle de infecção (PBCI), como o uso de luvas e avental, durante o manuseamento do cateter e sistema de drenagem (2,11) ;

3. CUMPRIR A TÉCNICA LIMPA NO MANUSEAMENTO DO CATETER VESICAL E DO SISTEMA DE DRENAGEM, MANTENDO A CONDIÇÃO DO CATETER VESICAL AO SISTEMA DE DRENAGEM EM CIRCUITO FECHADO

3. Drenar a urina do saco coletor sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade, para recipiente individual, evitando tocar nas paredes do recipiente, mantendo o CV conectado ao sistema de drenagem (circuito fechado)

(1,3,11,13,14,17,21-24,31,38,48,49)



4. Efetuar colheita de urina para exame microbiológico pelo local próprio do sistema de drenagem, mantendo o circuito fechado

(1,11,13,21,24,38,41,49)

6CL-PPDINA

4. Realizar a higiene diária do meato urinário, pelo doente (quando possível) ou pelos profissionais de saúde, com ação de educação para a saúde dirigida ao doente e cuidador (es) sobre cuidados de prevenção de infecção urinária associada a cateter vesical

4. Realizar a higiene correta do meato urinário, pelo doente (quando possível) ou pelos profissionais de saúde, com ação de educação para a saúde dirigida ao doente e cuidador (14) sobre cuidados na prevenção de infecção urinária associada à cateterização.

1. Efetuar a higiene do meato urinário com água e sabão durante o banho diário e sempre que necessário (1, 3, 11, 13, 17, 24, 42) ;



2. Realizar higiene das mãos antes e após a higiene do meato urinário (1, 3, 11, 13, 17, 23, 24, 31, 38) ;



6CL-PPCIRA

4. Realizar a higiene correta do meato urinário, pelo doente (quando possível) ou pelos profissionais de saúde, com ação de educação para a saúde dirigida ao doente e cuidador (14) sobre cuidados na prevenção de infecção urinária associada à cateterização.

3. Efetuar educação ao doente e cuidadores na preparação da alta hospitalar, sobre os cuidados na manutenção do CV (8, 12, 20, 51) :

- Divulgar folhetos ou outros materiais informativos;
- Realizar reuniões de sensibilização entre cuidadores e profissionais de saúde;
- Realizar sessões de treino com o doente e cuidadores no local de prestação de cuidados;
- Treinar o doente e cuidadores para a técnica limpa de cateterização intermitente nos cuidados domiciliários, se necessidade de cateterização intermitente;
- Documentar no processo clínico as ações de educação.

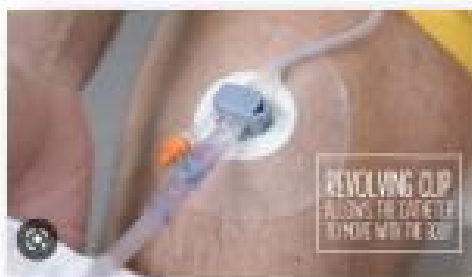


6CL-PPCIRA

5. Manter cateter vesical seguro, com saco coletor abaixo do nível da bexiga e esvaziar sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade

5. MANTER CATETER VESICAL SEGURO, COM SACO COLETOR ABAIXO DO NÍVEL DA BEXIGA E ESVAZIAR SEMPRE QUE TENHA SIDO ATINGIDO 2/3 DA SUA CAPACIDADE

1. Fixar o CV de modo seguro e que não permite tração ou deslocação (1,15,17):
 - No homem fixar o cateter no abdómen e na mulher na coxa;
 - Prevenir os movimentos do cateter e pontos de fricção na uretra;
 - Assegurar uma boa drenagem;



2. Manter o fluxo contínuo de urina e sistema de drenagem desobstruído (1,15,17,24)

5. MANTER CATETER VESICAL SEGURO, COM SACO COLETOR ABAIXO DO NÍVEL DA BEXIGA E ESVAZIAR SEMPRE QUE TENHA SIDO ATINGIDO 2/3 DA SUA CAPACIDADE

3. Manter saco coletor abaixo do nível da bexiga ^(1,11,13,17,21,24,38) ;

4. Não colocar o saco coletor no chão ^(1,11,13,17,21,24,38) ;



6CL-PPCIRA

5. MANTER CATETER VESICAL SEGURO, COM SACO COLETOR ABAIXO DO NÍVEL DA BEXIGA E ESVAZIAR SEMPRE QUE TENHA SIDO ATINGIDO 2/3 DA SUA CAPACIDADE

5. Esvaziar o saco coletor sempre que tenha atingido 2/3 da sua capacidade, para recipiente individual, evitando tocar com a válvula de despejo nas paredes do recipiente, mantendo o CV conectado ao sistema de drenagem (circuito fechado) ^(1,3,11,13,17,21,24,31,42) ;



6. Considerar as necessidades individuais do doente em ambulatório, preferências pessoais e mobilidade, na seleção da tipologia de saco coletor e na suspensão/posição do mesmo ^(1,42) .

6CL-PPCIRA

6. Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível e registar no processo clínico as razões para a necessidade de manter o cateter

6. AVALIAR DIARIAMENTE A POSSIBILIDADE DE REMOVER O CATETER VESICAL, RETIRANDO-O LOGO QUE POSSÍVEL E REGISTAR NO PROCESSO CLÍNICO AS RAZÕES PARA A NECESSIDADE DE MANTER O CATETER

1. Utilizar lembretes e outros alertas, para que os profissionais de saúde documentem diariamente no processo clínico, com caráter obrigatório, a razão para a permanência do CV ^(30,37,51,52) ;

2. Desenvolvimento de protocolos de remoção de CV liderados pela equipa de enfermagem ^(18,26,49) ;

3. Implementar a suspensão automática da prescrição:

- às 48-72 horas após a inserção;
- Continuação do uso do cateter somente quando a indicação for documentada numa nova prescrição ^(1,17,18,26,27,43,50) .



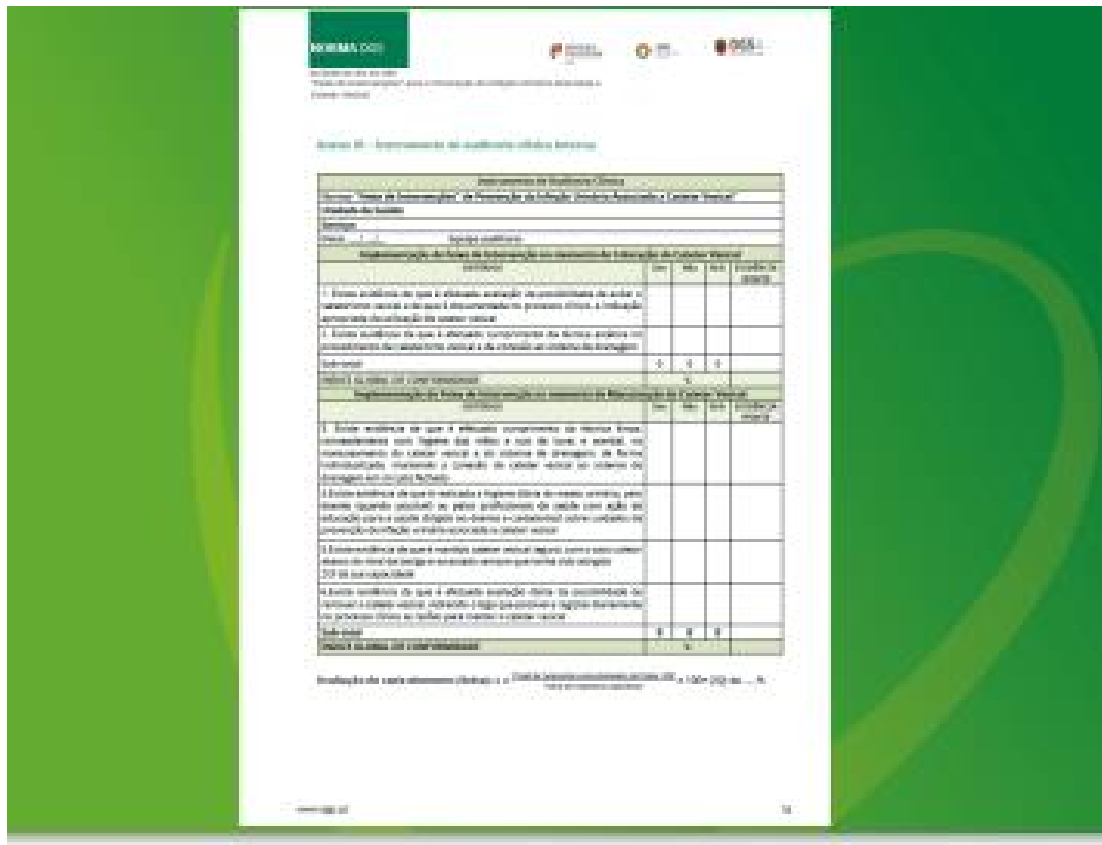


O doente e/ou representante legal devem ser informados e esclarecidos da situação clínica, necessidade do plano terapêutico, dos efeitos adversos/secundários, benefícios e riscos do tratamento;

Os mesmos devem ser envolvidos no estabelecimento de objetivos diários de cuidados e deve ser promovida a comunicação transparente entre doente, família, profissionais de saúde;

Deve constar do processo clínico a decisão fundamentada da eventual impossibilidade de aplicação da presente Norma.





Referências Bibliográficas

1. ISO 15222-1:2015, Normas NBR 15222-1:2015, Procedimento de avaliação clínica de cateter vesical, Parte 1: Requisitos, ABNT, 2015.
2. ISO 15222-2:2015, Normas NBR 15222-2:2015, Procedimento de avaliação clínica de cateter vesical, Parte 2: Requisitos, ABNT, 2015.
3. ISO 15222-3:2015, Normas NBR 15222-3:2015, Procedimento de avaliação clínica de cateter vesical, Parte 3: Requisitos, ABNT, 2015.
4. ISO 15222-4:2015, Normas NBR 15222-4:2015, Procedimento de avaliação clínica de cateter vesical, Parte 4: Requisitos, ABNT, 2015.
5. ISO 15222-5:2015, Normas NBR 15222-5:2015, Procedimento de avaliação clínica de cateter vesical, Parte 5: Requisitos, ABNT, 2015.
6. ISO 15222-6:2015, Normas NBR 15222-6:2015, Procedimento de avaliação clínica de cateter vesical, Parte 6: Requisitos, ABNT, 2015.
7. ISO 15222-7:2015, Normas NBR 15222-7:2015, Procedimento de avaliação clínica de cateter vesical, Parte 7: Requisitos, ABNT, 2015.
8. ISO 15222-8:2015, Normas NBR 15222-8:2015, Procedimento de avaliação clínica de cateter vesical, Parte 8: Requisitos, ABNT, 2015.
9. ISO 15222-9:2015, Normas NBR 15222-9:2015, Procedimento de avaliação clínica de cateter vesical, Parte 9: Requisitos, ABNT, 2015.
10. ISO 15222-10:2015, Normas NBR 15222-10:2015, Procedimento de avaliação clínica de cateter vesical, Parte 10: Requisitos, ABNT, 2015.

Esta Norma revoga a versão da Norma N.º 019/2015 de 15/12/2015, atualizada a 30/05/2017 "Feixe de Intervenções" de Prevenção Urinária Associada a Cateter Vesical



Referências Bibliográficas

19. Greene MT, Chung B, Rubin L, Rogers MAM, Chrousos DP, Shuman E, et al. Predictors of hospital-acquired urinary tract-related bloodstream infections. *Infect Control Hosp Epidemiol*. <https://doi.org/10.1017/S095026881000117>.
21. Maron AC, Pitt R, Thomas R, Kocier G, 2010. *Antibiotic migration and catheter-associated urinary tract infections*. *M (nig) Med*. <https://doi.org/10.1186/147122875-3>.
22. Alfaro-Pérez A, Rosillo-López J, Yaguez-Robal J, Hernández-Pérez E, Rodríguez-López L, Sánchez-Pérez J, et al. Incidence of closed urinary drainage systems use and associated factors in Spanish hospitals. *J Hosp Infect*. <https://doi.org/10.1053/j.jhi.2004.07.002>.
23. Decroix L, Al HL, Improvement H, Kabil H, Litalary PC, Sakhouri F, Hachem R. *Prevalence of Catheter-Associated Urinary Tract Infections*. <https://doi.org/10.1155/2016/1231231>.
24. Wei Ling L, Mendenhall W, Tai Yu C, Diao Kai Weng FUNG, Sun Chuan P, Puh Liang Ip, Ho Yu H, Liang Chih Chih, Liang M, et al. *Recommendations on Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infection*. *Disinfect Sterilization* 2016, 2017.
25. Ramonell J, Aron T, Lohrer S, Soehnle B. Patient education on infection control: A systematic review. *Am J Infect Control* [Internet]. 1 de Dezembro de 2010;36(12):1506-15. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2010.05.009>.
26. Swain G. Home-driven protocols and the prevention of catheter-associated urinary tract infections: A systematic review. *Am J Infect Control*. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2011.03.011>.
27. Mendonça J, Rogers MAM, Maly M, Swain G. Systematic review and meta-analysis comparing systems to reduce catheter-associated urinary tract infections and urinary catheter use in hospitalized patients. *Clin Infect Dis*. <https://doi.org/10.1093/cid/cir106>.
28. Doolick MA, Hesse TC, Peterson EG, Allen Brinkley C, Moore G, Peña A, et al. National Healthcare Safety Network report: data summary for 2011, catheter-associated infection. *Am J Infect Control* [Internet]. 2012;36(2):286-298. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2011.09.002>.
29. Buzon EG, Delacruz JR, Rodriguez A, Fróhlich M, Gaudel C V. Trends in catheter-associated urinary tract infections in adult intensive care units United States, 1992-2002. *Infect Control Hosp Epidemiol*. <https://doi.org/10.1017/S0950268803008866>.
30. Liu AC, Fract L, Stone L, Stone M, Fata D, McPhail C, et al. Urinary Tract Infection /Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) and Non-Catheter-Associated Urinary Tract Infection (NCUTI) event definitions. 2012;January:1-8.
31. ECCO. *Best practices survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals*. 2016.
32. Ministério da Saúde. *Boletim - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Despacho n.º 10960/2021, de 24 de Setembro, Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)*. Diário da República n.º 183/2021, Série II de 2021-09-24, página 96 - 121.
33. ECDC. *Healthcare-associated infections*. <https://ecdc.europa.eu/en/hai> [Internet]. 2012. Disponível em: <https://ecdc.europa.eu/en/hai>.
34. Comissão Europeia. *Decreto de Execução (UE) 2016/2154 do Conselho, de 14 de Setembro de 2016*. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/pt/TXT/?uri=CELEX:32016D2154-01>.
35. *Manual de Recomendações Clínicas* (2016-2021), vol. 06 | 2017. Junho | 1 de Maio de 2017, p. 1-6. Disponível em: <https://www.inf.gov.pt/boletim-da-saude/boletim-da-saude/boletim-da-saude>.



OCL-PPORA

Referências Bibliográficas

36. Institute of Healthcare Improvement. *Using Case Studies to Improve Health Care Quality*. 2013.
37. Wassenaar S, Medina A, Editor C, Gattler T. *GUIDE TO INFECTION CONTROL IN THE HOSPITAL*. Guidelines on Infection Prevention and Safety: the Guide to Infection Control in the Hospital. Chapter 16, 2018.
38. Dehghani F, Mostafaei Ghafar J, Karfi E, Ghobadipour S, Ghaffari M. Effect of education and implementation of a prevention urinary tract infection bundle on the incidence of catheter-associated urinary tract infection in intensive care-unit patients. 2019;2023.
39. Feng J, Cheng K, Ustunoz S, Ouyang S, Kim M, Doolick M. Factors influencing variability in compliance rates and clinical outcomes among direct bedside nurse rapid bundles. *Am J Pharmacother*. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2007.04.002>.
40. Smith S, Treadwell JML, Fowler RL, Connor J, Hall S, Linton-Jones E, et al. A Multicenter Study of Patient-Reported Infection and Medication Complications Associated With Indwelling Urinary Catheters. *JAMA Intern Med* [Internet]. 1 de Agosto de 2015;155(15):1578-85. <https://doi.org/10.1093/ajmp/ajp12015082417>.
41. Jan M, Miller L, Bell E, King D, Borwick SM. Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 1 de Agosto de 2007;16(3):120-5. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/qshc.2006.014613>.
42. Collier C, Sheikh U, Sheikh P. Multi-domain catheters in adults and PACES in biological health care: how safe are catheters in adults urinary catheter management. 2016.
43. Tran OB, Mezer V, Bilharanyaya V, Ismail Z, Antanasavage S, Wang L, et al. *It is not an* *J Emerg Med* [Internet]. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01841-1>.
44. *Prevalence of Healthcare-associated infections based analysis*. <https://doi.org/10.2807/1525-2975.2009.14.26111>.
45. *For S, Antonsson C, In P, Hospital A, ANATOMICAL PRESENTATION, POLICY AND PRACTICE IN SCOTTISH HOSPITALS: RECOMMENDATIONS FOR GOOD ANATOMICAL PRACTICE IN SCOTTISH HOSPITALS: SCOTTISH MEDICAL CONSCIENCE / HEALTHCARE ASSOCIATED INFECTIONS: THE FORCE FOR PREVENTION, PREVENTION POLICY AND PRACTICE IN SCOTLAND*.
46. *Ramón J, Carrón A, Carrón MA. Infection Prevention in Practice*. <https://doi.org/10.1007/978-84-9671-000-0> [Internet]. Clinical microbiology and infectious diseases. <https://doi.org/10.1093/cid/cir106>.
47. *Alfaro P, Gómez MT, Rubin L, Rubin MAB, Sato D, Fader KJ, et al. A Bundle to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Acute Care*. *J Hosp Infect*. <https://doi.org/10.1016/j.jhi.2009.02.011>.
48. *Sato D, Chrousos DP. Bundles and catheter-associated urinary tract infections*. *Infect Dis Clin Pract*. <https://doi.org/10.1093/infdis/jir112>.
49. *WORLDWIDE BUNDLE WITH REDUCTION OF MORTALITY ASSOCIATED WITH HOSPITAL-ACQUIRED URINARY TRACT INFECTIONS*. Lancet. 1993.
50. *Urinary tract infection: antimicrobial prescribing*. 2012;November:2018.
51. *Angus D, Cole M. Cost-implications for practice strategies to prevent infection in the ICU*. *Crit Care Nurs Clin Pract*. <https://doi.org/10.1016/j.ccn.2006.06.001>.
52. *Jan P, Fader KJ, David A, Smith LG. Use rate of the indwelling urinary tract catheter in hospitalized medical patients*. *Am J Intern Med*. [https://doi.org/10.1016/S0883-9299\(02\)00011-0](https://doi.org/10.1016/S0883-9299(02)00011-0).



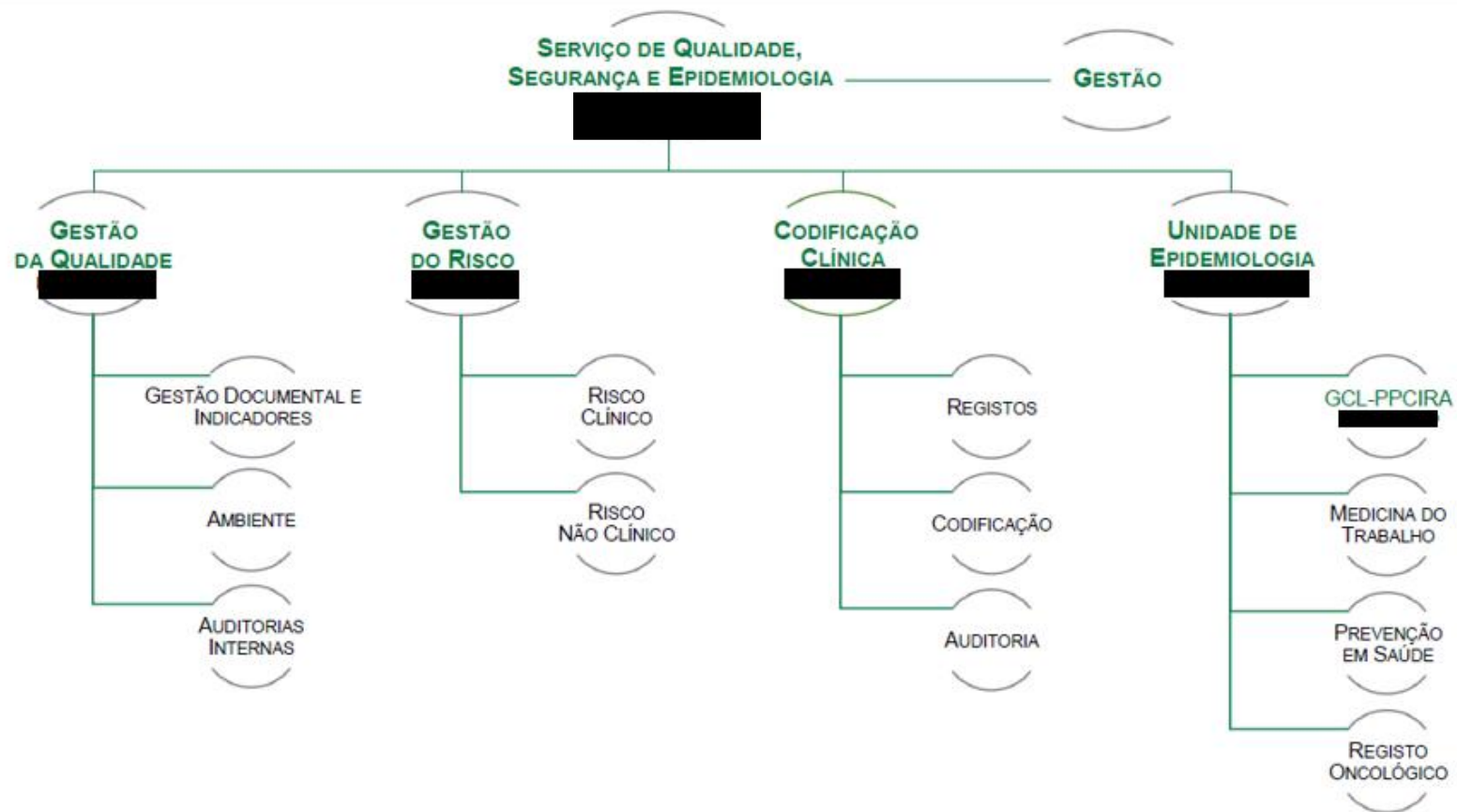
OCL-PPORA

ANEXOS

Anexo I: Organograma - Serviço de qualidade, segurança e epidemiologia.

ORGANOGRAMA

SERVIÇO DE QUALIDADE, SEGURANÇA E EPIDEMIOLOGIA



**Anexo II: Impresso para realização de auditorias no âmbito do Projeto HAI-
NET Cirurgia (HELICS) – Monitorização da Infecção do Local Cirúrgico**

PROJETO HAI-NET CIRURGIA (HELICS)
MONITORIZAÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL
CIRÚRGICO

Data Nascimento:
 Sexo:
 Data Admissão:

Intervenção Cirúrgica

Data da Intervenção (dd/mm/aa)

Equipa
 EQ1 EQ2
 EQ3 ANS

Designação do Ato

Código Acto

Tipo de Cirurgia (P=Programa, U=Urgente)
 Código ASA (1 - 5, 9 = Desconhecido)
 Implante (S/N)

Cirurgia Laparoscópica (S/N)

Hora de Incisão (hh:mm)
 Hora de Encerramento (hh:mm)

Categoria da Ferida
 Limpa
 Limpa-contaminada
 Contaminada
 Suja ou infetada
 Desconhece

Profilaxia/Terapêutica Antibiótica

Antibioterapia
 Profilática
 Terapêutica
 Não aplicado

Designação do Antibiótico	Data Início (dd/mm/aa)	Hora Início (hh:mm)	Duração em dias	Dose Diária em miligramas	Via
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data da Alta do Internamento (dd/mm/aa) <input type="text"/>	Status à Alta	Data da Consulta (dd/mm/aa) <input type="text"/>	Status após 1mês/ano
	Vivo <input type="checkbox"/>		Melhorado <input type="checkbox"/>
	Falecido <input type="checkbox"/>		Curado <input type="checkbox"/>
	Desconhecido <input type="checkbox"/>		Falecido <input type="checkbox"/>

Infeção da Ferida Cirúrgica

Infeção (S/N)

Data da Infeção (dd/mm/aa)

Diagnóstico do Cirurgião (S/N)

Tipo de Infeção
 Incisional Superficial
 Incisional Profunda
 Órgão/Espaço

Cirurgião reabre a ferida (S/N)
 Presença de Pus (S/N)

Abcesso (S/N)
 Exame Microbiológico (S/N)

Nota: em caso de exame microbiológico, anexar resultados analíticos

**Anexo III: *Checklist* de boas práticas na prevenção e controlo de infeção por
CRE**



**CHECKLIST DE BOAS PRÁTICAS NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO POR
ENTEROBACTERIAES RESISTENTES AOS CARBAPENEMES (CRE)**

Pretende-se com esta *checklist* verificar o cumprimento de diferentes ações por parte dos prestadores de cuidados, de forma a prevenir a transmissão cruzada de CRE.

Serviço _____ Data: ___ / ___ / ___ Auditor _____

Prestador de cuidados:

Enfermeiro

Assistente Operacional

Médico

Outro _____

1. Cumpre os 5 momentos de higienização das mãos.	Verificar em: Formulário de Observação da Higiene das Mãos da DGS	
2. Não apresenta adornos nem unhas com verniz.	Cumpre <input type="checkbox"/> Não Cumpre <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Observações:
3. Troca todos os EPIs necessários nos momentos adequados.	Cumpre <input type="checkbox"/> Não Cumpre <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Observações:
3.1. Troca de luvas nos momentos adequados.	Cumpre <input type="checkbox"/> Não Cumpre <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Observações:
4. Desinfeta a braçadeira e o oxímetro com toalhete <i>Clinell</i> ou similar, entre doentes.	Cumpre <input type="checkbox"/> Não Cumpre <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Observações:
5. Utiliza preferencialmente ampolas de cloreto de sódio 0,9% ou água bidestilada de uso único na preparação de medicação.	Cumpre <input type="checkbox"/> Não Cumpre <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Observações:

IMP.488.02/10/2022

Anexo IV: Instrumento de auditoria clínica interna – “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária associada a Cateter Vesical”

Anexo III - Instrumento de auditoria clínica interna

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma "Feixe de Intervenções" de Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical				
Unidade de Saúde:				
Serviço:				
Data: ___/___/___ Equipa auditora:				
Implementação do Feixe de Intervenção no momento de Colocação do Cateter Vesical				
CRITÉRIOS	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA / FONTE
1. Existe evidência de que é efetuada avaliação da possibilidade de evitar o cateterismo vesical e de que é documentada no processo clínico, a indicação apropriada da utilização de cateter vesical				
2. Existe evidência de que é efetuado cumprimento da técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE GLOBAL DE CONFORMIDADE	%			
Implementação do Feixe de intervenção no momento de Manutenção do Cateter Vesical				
CRITÉRIOS	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA / FONTE
3. Existe evidência de que é efetuado cumprimento da técnica limpa, nomeadamente com higiene das mãos e uso de luvas e avental, no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, de forma individualizada, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado				
4. Existe evidência de que é realizada a higiene diária do meato urinário, pelo doente (quando possível) ou pelos profissionais de saúde com ação de educação para a saúde dirigido ao doente e cuidador(es) sobre cuidados de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical				
5. Existe evidência de que é mantido cateter vesical seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga e esvaziado sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade				
6. Existe evidência de que é efetuada avaliação diária da possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível e registar diariamente no processo clínico as razões para manter o cateter vesical				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE GLOBAL DE CONFORMIDADE	%			

Avaliação de cada elemento (linha): $x = \frac{\text{Total de respostas a um elemento do Feixe (IQ)}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$