



**CATOLICA**

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

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

## **A Enfermagem como um Caminho Seguro e Especializado**

**Nursing as a Safe and Expert way**

Por  
Mariana de Sousa Vieira do Coito

Lisboa, 2022





**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

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

**A Enfermagem como um Caminho Seguro e  
Especializado**

**Nursing as a Safe and Expert way**

Por  
Mariana de Sousa Vieira do Coito

Sob orientação da Prof. Doutora Manuela Madureira

Lisboa, 2022

*“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É tempo de travessia: e se não ousarmos fazê-la teremos ficado, para sempre, a margem de nós mesmos”*

Fernando Pessoa, Tempo de Travessia

# AGRADECIMENTOS

Aos meus **Pais e aos meus irmãos**, a quem devo grande parte das minhas conquistas, por me apoiarem e incentivarem sempre a querer mais e melhor, pelo amor, carinho e força elementos muito importantes neste percurso

Ao meu **Namorado Hugo**, pela paciência, pela amizade e pelo incentivo, em todos os momentos deste caminho

Aos meus **colegas de mestrado**, que sempre me incentivaram a continuar nesta caminhada

À **Profª Orientadora Manuela Madureira**, pelo apoio, orientação e os conselhos que foi dando e que contribuíram para chegar a “bom porto”

À **Profª Filipa Veludo** pela disponibilidade em todos os momentos

Aos **Orientadores de Estágio**, Enfª Sandrina e Enfº Pedro Rodrigues pelos ensinamentos que me transmitiram

A todos aqueles que, de alguma forma, permitiram que esta minha caminhada formativa fosse possível, **muito obrigado**



## RESUMO

A realização do presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório,” integrada no 14º Curso de Mestrado com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa e tem como objetivo principal espelhar todo o percurso formativo, concorrente para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências requeridas para o grau de mestre em enfermagem e especialista na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este documento suportado numa metodologia descritiva e crítico-reflexiva, constitui-se ser demonstrativo do meu percurso pessoal e profissional, ao descrever e refletir sobre as experiências vivenciadas e de que forma é que estas foram importantes para aquisição de competências na área de especialização em Enfermagem, no cuidado à Pessoa em Situação Crítica. Este percurso formativo foi realizado em contexto de Bloco Operatório de Urgência e de Unidade de Cuidado Intensivos Polivalente.

No decorrer do relatório, irei fazer uma breve contextualização dos locais de estágio por onde passei; refletir sobre o meu processo de aprendizagem face às situações que vivenciei; identificar as competências que adquiri na área de especialização; enquadrar o tema de investigação que considere fundamental desenvolver e fazer uma apreciação global do percurso realizado, assim como as implicações que este teve para a minha prática profissional atual.

Durante este processo de aprendizagem, tive a oportunidade de desenvolver competências na abordagem à Pessoa instável ou em risco de falência orgânica; promover uma prática aliada ao conhecimento científico; promover estratégias de controlo de infeção e resistência a microorganismos, bem como uma prática profissional ética e deontológica, tendo em conta sempre uma boa comunicação, uma relação terapêutica forte desenvolvida com a Pessoa em Situação Crítica e sua família.

Este percurso formativo contempla também, a elaboração de um trabalho de investigação, foco deste relatório, subsidiário ao desenvolvimento de competências de mestre, intitulado – Estratégias de adesão dos profissionais de saúde às recomendações de prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares: *Scoping Review*.

**Palavra-Chave:** Pessoa em Situação Crítica, Competências, Enfermagem especializada, Dispositivos intravasculares.



## ABSTRACT

This report is part of the Curricular Unit "Final Internship and Report," integrated into the 14th Master's Degree Course with a specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing in Critical Care, of the Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University of Lisbon and its main objective is to reflect the entire training process, as a competitor for the development and improvement of the skills required for the degree of Master in Nursing and Specialist in the area of Specialization in Medical-Surgical Nursing.

This document, supported by a descriptive and critical-reflective methodology, is intended to demonstrate my personal and professional journey, by describing and reflecting on the experiences and how these were important for the acquisition of skills in the area of Nursing specialisation in the care of the Critically Ill. This journey was carried out in the context of the Emergency Operating Room and the Multipurpose Intensive Care Unit.

Throughout the report, I will briefly describe the internship settings; reflect on my learning process in relation to the situations I experienced; identify the skills I acquired in the area of specialization; frame the research topic that I considered essential to develop and make an overall assessment of the journey undertaken, as well as the implications it had for my current professional practice.

During this learning process, I had the opportunity to develop skills in the approach to the person who is unstable or at risk of organ failure; to promote a practice allied to scientific knowledge; to promote strategies for infection control and resistance to microorganisms, as well as an ethical and deontological professional practice, always taking into account good communication, a strong therapeutic relationship developed with the person in critical condition and his/her family.

This formative journey also includes the development of a research study, which is the focus of this report, and is subsidiary to the development of master's competencies, entitled - Strategies for health professionals' adherence to the recommendations for prevention of intravascular device-associated infection: Scoping Review.

**Key-words:** Person in Critical Condition, Competencies, Expert Nursing, Intravascular Devices



## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SEGLAS

AESOP - Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

AORN – Association of PeriOperative Registered Nurses

APA - American Psychological Association

ARDS - Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda

BO – Bloco Operatório

CH – Centro Hospitalar

CHULC – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

CVP – Cateteres Venosos Periféricos

DGS – Direção Geral de Saúde

DIV's – Dispositivos intravasculares

DVE – Derivação Ventricular Externa

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IH – Infecção Hospitalar

INCS – Infecções Nasocomiais

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência Antimicrobiana

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

# Índice

Introdução.....	13
1. Estratégias de adesão dos profissionais de saúde às recomendações de prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares: Scoping Review .....	17
2. Descrição e análise Crítica das Atividades e Competências desenvolvidas.....	35
2.1. Bloco Operatório de Urgência.....	41
2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente .....	51
Conclusão .....	66
Referências Bibliográficas.....	71
ANEXOS.....	80
ANEXO I – Certificado da Comissão Organizadora do IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR EM SAÚDE.....	81
ANEXO II – Certificado de Participação e Apresentação de Poster no 16º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem.....	82
APÊNDICES .....	83
APÊNDICE I - EXPRESSÃO DE PESQUISA .....	84
APÊNDICE II – RESUMO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO .....	87
APÊNDICE III – GRELHA DE RESULTADOS ADQUIRIDOS.....	93
APÊNDICE IV – RESUMO DO POSTER APRESENTADO NO 16º SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM .....	95
APÊNDICE V – POSTER APRESENTADO NO 16º SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM .....	99

## Introdução

O presente relatório foi realizado no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, integrado no 14º Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização da Pessoa em Situação Crítica do Instituto Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, e pretende espelhar todo o processo formativo no que diz respeito não só às competências académicas desenvolvidas mas, também, ao meu crescimento pessoal e profissional enquanto enfermeira e futura Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem.

Para a construção do pensamento em enfermagem, a prática reflexiva é essencial, pois permite aos enfermeiros identificar as suas preocupações face às situações vivenciadas, as noções do que é correto e errado, as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração e permite, ainda, estabelecer novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico (Pereira Mendes, 2016).

Segundo Benner, a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o caráter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática (Benner, 2001).

O percurso de formação clínica que desenvolvi decorreu entre os meses de Abril a Dezembro de 2021, no qual tive a oportunidade de desenvolver competências na área de urgência, num bloco operatório de urgência e na área de cuidados intensivos.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros(OE), o enfermeiro é um ser autodirigido no seu processo de aprendizagem, pois identifica as suas necessidades de formação e as respostas a essas mesmas necessidades exercendo a profissão com os conhecimentos científicos e técnicos adequados, respeitando a vida, a dignidade humana e a saúde e bem-estar dos cidadãos adotando sempre medidas com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (Ordem dos enfermeiros, 2012).

Ingressar neste curso de mestrado, partiu um pouco daí, pois considero fundamental para a minha prática a procura constante de novos conhecimentos e a vivência de novas experiências que só serão possíveis se investirmos no nosso crescimento e aperfeiçoamento pessoal.

Os cuidados de Enfermagem assumem uma maior importância e exigência técnico-científica, sendo, por isso, fundamental exercer cada vez mais uma prática diferenciada e especializada (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Para isso, é essencial a

procura diária de novos conhecimentos nas diferentes áreas de atuação de enfermagem, razão pela qual decidi ingressar numa formação mais graduada.

A Enfermagem é uma ciência em constante interação, onde os cuidados de enfermagem são alvo de sucessivas alterações face a novas descobertas científicas que vão surgindo com a investigação, daí este percurso contemplar a elaboração de uma *Scoping Review*, realizada em colaboração com a mestranda Jordana Moniz Moreira, onde se pretendeu mapear na evidência científica as estratégias de adesão dos profissionais de saúde no que diz respeito às recomendações na prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares (DIV's) em contexto hospitalar.

O Enfermeiro Especialista desempenha um papel preponderante na prática de enfermagem pois deve olhar, pensar e agir de forma a melhorar a mesma, promovendo assim a excelência na prestação dos cuidados que são realizados.

A especialização do enfermeiro é vasta, pois existem várias áreas de especialização nas quais este pode desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Ao cuidar da pessoa, os enfermeiros encontram diversas situações de mudança de papéis que alteram positiva ou negativamente a vida dos doentes de quem cuidam, como transição do bem-estar para a doença, o nascimento ou a morte pelo que optei por apoiar o meu relatório na Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010).

Meleis (2010) define transição como uma passagem de um estado bastante estável para outro, igualmente, estável desencadeado por um processo de mudança. Esta transição é caracterizada por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de viragem, sendo definidas através de processos e/ou resultados. Meleis assenta, assim, a sua teoria num modelo de avaliação composto por 5 etapas, sendo elas, a descrição, a análise, a crítica, o teste e o suporte. Defende que o conhecimento capacita aqueles que o desenvolvem, aqueles que o usam na realidade e aqueles que beneficiam dele (Meleis, 2010).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, considera que a prática de enfermagem deve assentar em 4 domínios que devem reger os objetivos dos estágios da especialidade, sendo estes: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Apesar da diversidade de áreas de especialização em enfermagem, este trabalho foca-se na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

A Lei Portuguesa define Pessoa em Situação Crítica como aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ministério da Saúde, 2018).

Os cuidados de enfermagem prestados à Pessoa em Situação Crítica bem como aos seus familiares/cuidadores exigem uma grande capacidade de observação, colheita e procura contínua de maior conhecimento por parte do enfermeiro para atuar com competência face às situações que vivenciar.

Como tal, torna-se fundamental para o enfermeiro superar as barreiras com as quais se vai cruzando, tal como Benner (2001) define na sua teoria. Esta afirma que a aquisição dos conhecimentos faz-se seguindo uma lógica organizada por estádios: inicialmente somos considerados iniciados, não há nenhuma experiência das situações com que nos confrontamos na prática; seguidamente, somos iniciados avançados, onde possuímos um comportamento dito aceitável, uma vez que já fomos confrontados com situações reais suficientes, embora ainda seja feita uma leitura seletiva acabando por escaparem pormenores importantes; posteriormente, somos enfermeiros competentes, que trabalhamos já há dois/três anos no mesmo serviço e as nossas intervenções são movidas com base em objetivos que pretendemos atingir a médio/longo prazo; somos, ainda, proficientes e vemos as situações no seu todo e não de forma fragmentada e as nossas ações são realizadas tendo em conta as máximas e, por fim, somos peritos que demonstramos enorme experiência face às situações na sua globalidade.

Este relatório está estruturado da seguinte forma: comecei por apresentar o estudo que desenvolvi no âmbito do controlo de infeção associado aos DIV's; seguidamente identifiquei os estágios que efetuei esquematizando o percurso que fui desenvolvendo, fazendo uma breve contextualização do local de estágio e posteriormente uma reflexão sobre as competências que desenvolvi, ilustrando com as situações práticas vivenciadas e que muito contribuíram para a minha aprendizagem. Farei, ao longo do relatório, alusão e mobilização do conhecimento em enfermagem defendido por Afaf Meleis, com a qual me identifico e que muito espelha a prática de enfermagem que pretendo desenvolver. Por fim, na conclusão, exponho todas as conquistas, dificuldades e receios que foram surgindo ao longo deste tempo e contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

A procura de aprendizagem e desenvolvimento de atividades tiveram subjacentes as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências

específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, vertente à Pessoa em Situação Crítica, e os objetivos de estágio definidos a partir do objetivo geral, daí que, para a redação deste relatório, me tenha apoiado no projeto de aprendizagem individual e nas reflexões que fui desenvolvendo durante os estágios e que contribuíram para a minha aprendizagem.

A referenciação bibliográfica está de acordo com a norma American Psychological Association (APA, A. P., 2020). Por último, são apresentados os anexos e apêndices.

# 1. Estratégias de adesão dos profissionais de saúde às recomendações de prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares: Scoping Review

Jordana Moniz MOREIRA<sup>1</sup>; Mariana COITO<sup>2</sup>; Manuela MADUREIRA<sup>3</sup>; Filipa VELUDO<sup>4</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Mapear na evidência científica as estratégias de adesão dos profissionais de saúde no que diz respeito às recomendações na prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares em contexto hospitalar. **Método:** Atendendo à natureza da questão de investigação, desenvolveu-se uma *Scoping Review*, segundo a metodologia JBI (Joanna Briggs Institute, 2020). A pesquisa foi realizada por dois revisores independentes, recorrendo ao motor de busca EBSCOhost – Research Databases, no mês de Dezembro de 2021, recorrendo aos seguintes descritores: *Infection control; Adherence; Strategies; Intravascular\**. Foi utilizada como estratégia de pesquisa booleana, a utilização de termos cruzados com OR e AND, tais como: “Intravascular\*”, “Intravenous\*”, “Central Venous”, “Strategies”, “Practice\*”, “Guideline”, “Adherence”, “Catheter-Related Infections or Prevention”. **Resultados:** Dos 3451 artigos iniciais, ficaram 9 artigos em análise. Obtivemos um total de 6 estratégias de adesão. **Conclusão/considerações finais:** Através da análise realizada tornou-se evidente que mais do que estudar a correta abordagem a um acesso vascular, é imperativo a identificação de estratégias que permitam que essa correta abordagem se efetue.

Palavras-Chave: *Guideline Adherence; Health Personnel; Hospital Units*

---

<sup>1</sup> Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgico: Pessoa em situação crítica na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. (Lisboa, Portugal). ORCID:0000-0003-2586-8722, Portugal

<sup>2</sup> Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgico: Pessoa em situação crítica na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. (Lisboa, Portugal). ORCID: 0000-0002-2879-6034, Portugal

<sup>3</sup> Doutorada em Enfermagem e Professora Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Investigadora no CIIS – Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (Lisboa, Portugal). ORCID: 000-0002-6444-3770, Portugal

<sup>4</sup> Doutorada em Enfermagem e Professora Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Investigadora no CIIS – Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (Lisboa, Portugal). ORCID:0000-0001-8749-0193, Portugal

## INTRODUÇÃO

No seu significado linguístico, “infecção” é definido por invasão, desenvolvimento e multiplicação de microrganismos num hospedeiro e que geralmente tem consequências nocivas podendo provocar doenças (Porto Editora, 2022).

Ao longo do tempo este fenómeno tem ganho cada vez mais relevância na saúde, despertando interesse nas áreas de intervenção hospitalar no que diz respeito às políticas de controlo e prevenção de infeção implementadas.

À medida que os cuidados de saúde se foram desenvolvendo houve uma evolução no que diz respeito à infeção hospitalar, uma vez que os cuidados em saúde se tornaram cada vez mais diferenciados, pelo que a prevenção e aplicabilidade de medidas para o controlo de infeção ganharam relevância. O controlo de infeção hospitalar tem sofrido grandes transformações ao longo dos tempos acompanhando o desenvolvimento da ciência, a descoberta microbiológica e posteriormente antibiótica, medidas essenciais para colmatar a infeção.

A noção de infeção hospitalar foi definida por Ana Gonzalez Pereira (2019, p.15) como “*toda a infeção adquirida ou transmitida no espaço hospitalar*”, conceito que surgiu na época medieval.

Florence Nightingale implementou as primeiras medidas de prevenção de infeção, regras que possibilitaram a manutenção do organismo em condições de não doença ou recuperação da mesma, priorizando o isolamento, uma dieta adequada, a individualização dos cuidados prestados e a redução do número de camas por enfermaria. Tais medidas que limitavam a contaminação cruzada e promoviam a saúde dos enfermos, o que possibilitou a redução da taxa de mortalidade de 47,2% para 2,2%, à data da Guerra da Crimeia (Martins et al cit por Ana Gonzalez Pereira, 2019).

Analisando a realidade de Portugal, apercebemo-nos de que o conceito “controlo de infeção” surgiu com desfasamento de décadas comparativamente aos restantes países europeus, tendo surgido apenas em 1930, a primeira referência a infeção hospitalar pela Direção Geral de Saúde (DGS). Contudo, têm-se feito esforços para acompanhar as Diretrizes Europeias e Mundiais de forma a responder o mais eficazmente à problemática “Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde” (IACS).

A DGS define como IACS uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde e que pode em simultâneo afetar os profissionais durante o exercício da sua atividade (Ana Maria Feliz, 2019). Estas têm

uma expressão significativa na morbidade, mortalidade e consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários. Além disso, constituem indicadores relevantes do que há qualidade dos cuidados diz respeito.

*“A prevenção das IACS tornou-se um novo imperativo no âmbito da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados”* (Dias, 2010, p.47).

A problemática das IACS é transversal a todos os intervenientes do plano de cuidados. A consciencialização do papel que cada um desempenha na adoção e implementação de recomendações baseadas em evidência científica bem definida e comprovadamente eficaz na prevenção e controlo da transmissão de microrganismos, é uma responsabilidade individual e coletiva.

Face a esta questão, tornou-se essencial a criação de um programa designado como Programa de Prevenção e Controlo das Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), o que surgiu com o Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro (publicado no *Diário da República*, II Série, n.º 38, de 22 de fevereiro de 2013).

Este tem como principais objetivos: a diminuição da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde; a promoção adequada da utilização de antimicrobianos e consequentemente, a diminuição da taxa de microrganismos resistentes aos antimicrobianos (Rita Alexandre e Elsa Carreiro, 2019) medidas que são amplamente influenciáveis através das boas práticas dos enfermeiros.

Assim, o enfermeiro assume um papel preponderante no combate a este problema, munido-se de conhecimento para poder definir estratégias promotoras de boas práticas e bons resultados, contribuindo para a diminuição das taxas de infeção, morbidade e mortalidade associadas, gerindo eventuais gastos desnecessários.

Consideram-se DIVs todas as canulações de acessos venosos ou arteriais que permitam a administração de soluções essenciais à viabilidade da vida humana. Estes podem apresentar-se sob diferentes tipologias, podendo a sua inserção ser numa veia, periférica ou central e a sua permanência de longa ou curta duração, de acordo com as necessidades identificadas em plano de cuidados.

De acordo com as nossas diferentes experiências de estágio, onde a manipulação de dispositivos intravasculares (DIVs) é transversal e atendendo que a sua abordagem depende, muitas vezes, dos recursos existentes. Estudos demonstram que apesar das medidas de controlo e prevenção das IACS estarem bem definidas, mantém-se a necessidade de desenvolver estudos de investigação neste âmbito. O desempenho dos

profissionais de saúde face a esta temática tem demonstrado níveis insatisfatórios na prática (Jardim et al., 2013). Considerámos, por isso, pertinente identificar como questão de investigação: “Quais as estratégias para melhorar a adesão dos profissionais de saúde às recomendações de prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares em contexto hospitalar?”.

De acordo com a Norma 022/2015, de 16/12/2015, as INCS são das IH que mais contribuem para o aumento da morbilidade, mortalidade e custos económicos associados, sendo que muitas destas infeções se relacionam com a colocação e manutenção dos cateteres. Por este motivo, tornou-se essencial adotar medidas preventivas que reduzam ou eliminem as mesmas, pelo que se preconiza o planeamento e a prestação de cuidados baseados em feixes de intervenção/*bundles* definida como pequeno e simples conjunto de práticas baseadas em evidências que quando executadas coletivamente e de forma integral melhora os resultados para os doentes (Carol Haraden, 2017).

Segundo DGS, 2013 cit por Lina Ramos Rodrigues (2019), com base no inquérito de Prevalência de Infeção (IPI), realizado em 2012, constatou-se correlação positiva entre a taxa de infeções hospitalares e o uso de dispositivos invasivos, tendo sido a taxa global de prevalência de infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) de 8,8%. Em doentes com cateteres venosos centrais (CVC) a expressão de INCS foi de 31,3%, enquanto que doentes sem CVC terá sido apenas de 9,7%.

Face à escassa evidência disponível na Literatura, especificamente acerca da adesão dos profissionais às recomendações de boas práticas neste âmbito, considerámos pertinente compilar através de uma *Scoping Review* todas as estratégias existentes para o cumprimento das medidas já definidas como boas práticas na abordagem aos DIVs. Identificámos como questão de investigação: Quais as estratégias para melhorar a adesão dos profissionais de saúde às recomendações de prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares em contexto hospitalar?

Esta *Scoping Review* foi redigida sob orientação metodológica proposta pela *Joanna Briggs Institute (JBI)*.

De acordo com Peters et al. (2017), uma *scoping review* consiste em sintetizar conhecimento, incorporando diferentes desenhos de estudo de forma abrangente, resumindo e sintetizando evidências, informando práticas, programas e políticas, e fornecendo orientação sob prioridades de investigação. Estas contribuem para o avanço

do conhecimento relativo às práticas de cuidados de saúde, políticas e investigação (Letícia Helena do Nascimento et al., 2019).

## MÉTODODO

O estudo resultou na realização de uma *scoping review*, na qual identificámos como objetivo mapear na evidência científica as estratégias de adesão dos profissionais de saúde no que diz respeito às recomendações na prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares em contexto hospitalar.

A pesquisa foi elaborada pelos investigadores com o apoio do motor de busca EBSCOhost -Research Databases, tendo sido selecionadas as seguintes bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Cochrane Clinical Answers no mês de Dezembro de 2021, recorrendo aos seguintes descritores: *Infection control; Adherence; Strategies; Intravascular\**.

Foi utilizada como estratégia de pesquisa, tendo em conta a questão de investigação, o operador booleano: ((“Intravascular\*” OR “Intravenous\*” OR “Central Venous” OR “Peripheral Venous” OR “Catheter\*”) AND (“Strategies” OR “Health Knowledge, Attitudes, Practice\*” OR “Guideline” OR “Adherence” OR “Professional Competence\*” OR “Adhesion” OR “Bundle” OR “Care” OR “Protocol” OR “Intervention” OR “Performance”) AND (“Catheter-Related Infections or Prevention” OR “Infection Control/\*methods” OR “Infection Control/\*standards” )).

Para procedermos à formulação da questão de investigação, recorreremos à estratégia PCC (Tabela 1), tendo sido identificados os critérios de inclusão e exclusão dos artigos (Tabela 2).

*Tabela 1 – Metodologia PCC para a formulação da questão de revisão*

P	População	Profissionais de Saúde
C	Conceito	Estratégias de Adesão
C	Contexto	Unidades Hospitalares

(Joanna Briggs Institute, 2017)

Tabela 2 – Critérios de inclusão e exclusão dos artigos

<b>Critérios de seleção</b>	<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
Tipo de Estudo	Qualitativo/Quantitativo	Outros tipos de estudos
Acesso ao artigo	Texto integral de livre acesso	Resumos e artigos sem acesso livre
Participantes	Pessoas com CVC e CVP; Profissionais de saúde responsáveis pela prestação de cuidados diretos	Restante equipa multidisciplinar; Pessoa com CVC para realização de hemodiálise (HD) e CVC de inserção periférica (PICC)
Conceito	Estratégias facilitadoras da adesão dos profissionais de saúde às recomendações de prevenção de infecção associada aos DIVs	Todos os cuidados aos DIVs
Contexto	Unidades Hospitalares, principalmente em unidades que prestam cuidados à pessoa em situação crítica.	Outros tipos de contexto

O processo de seleção da amostra final foi concretizado por dois revisores independentes, onde cada um fez uma pré-seleção através da leitura de títulos, dos resumos e por fim dos textos integrais. A inclusão dos artigos foi decidida por toda a equipa de investigação.

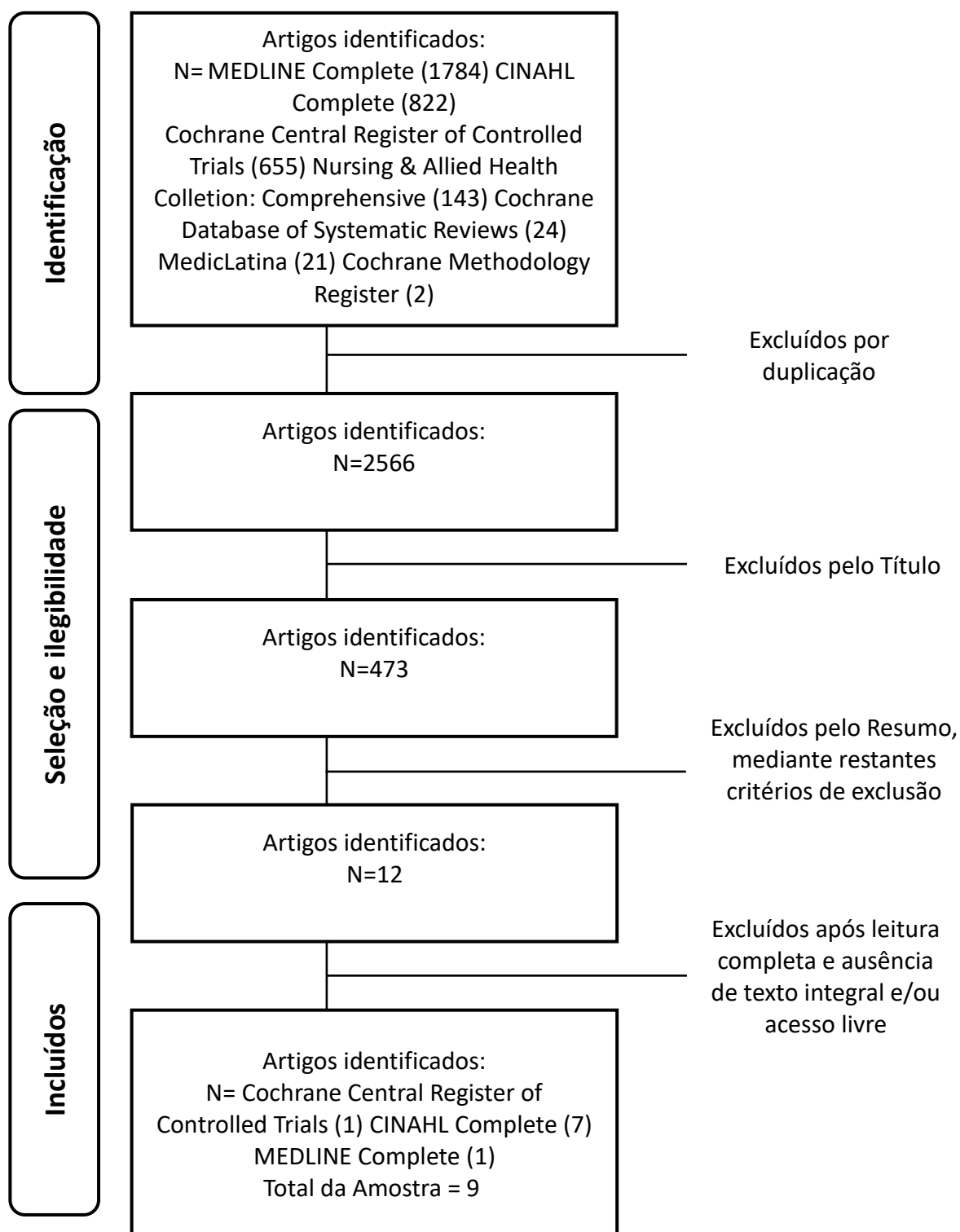
A estratégia e limitadores de pesquisa aplicados encontram-se em Apêndice I.

De forma a analisar e sintetizar os resultados dos artigos científicos dissecados, formulámos duas tabelas com a finalidade de extrair os dados relevantes para o nosso estudo (Apêndice II e III).

## RESULTADOS

Partimos de uma amostra inicial de 3451 artigos. Para sistematizar o processo inclusão dos estudos, recorreremos à metodologia PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*) (Moher et al., 2009) – Figura 1.

Figura 1 – Processo de identificação e inclusão dos estudos *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyse* (PRISMA) diagram flow



Da amostra inicial finalizamos o processo com um total de 9 artigos, sendo que em cada um deles colhemos os seguintes resultados, como mostra a Tabela 3.

*Tabela 3 – Resumo dos estudos incluídos na revisão*

Autor/Ano/País	Ian Blanco-Mavillard, Miguel Bennasar-Veny, Joan Ernest de Pedro-Gómez, Ana Belén Moya-Suarez, Gaizka Parra-Garcia, Miguek Ángel Rodríguez-Calero, Enrique Castro-Sánchez and on behalf of the Research Group PREBACP. 2018. Espanha
Tipo de Estudo	Observacional descritivo
Participantes	Todos os profissionais de saúde que trabalham nas enfermarias do estudo (20 enfermarias) e prestam cuidados diretos a pacientes adultos internados
Objetivo	Determinar a eficácia de uma intervenção multimodal na incidência de eventos adversos associados ao uso de CVP's em pacientes adultos hospitalares
Resultados	Avaliação de conhecimentos; Ensino/Formação/Empoderamento; Observação de Enfermeiros de ligação; Auditorias/Monitorização; Diagramas e Lembretes; Avaliação de registos; Protocolos; Sessão de treino presencial; Divulgação de resultados/Feedback
Nível de Evidência	4.b
Autor/Ano/País	Choi Sung Ae; Jeong Sun Young. 2020. Coreia
Tipo de Estudo	Questionários autoaplicáveis com análise de dados através de estatísticas descritivas, teste independentes e regressão múltiplas
Participantes	136 enfermeiros que atuam em hospitais de pequeno e médio porte
Objetivo	Investigar o conhecimento da prática IV para prevenção e adesão à infeção, empoderamento e consciencialização da cultura organizacional em relação ao controlo de infeção e identificar efeitos influenciadores na adesão à prática IV para prevenção de infeção entre enfermeiros
Resultados	Avaliação dos conhecimentos; Ensino/Formação/Empoderamento; Auditorias/Monitorização; Sessão de treino presencial; Divulgação de resultados/Feedback
Nível de Evidência	4.b
Autor/Ano/País	Mercedes Garcia-Gasalla, María Arrizabalaga-Asenjo, Carmen Collado-Giner, Lola Ventayol-Aguiló, Antonia Socias-Mir, Adrián Rodríguez-Rodríguez, Maria Cruz Perez-Seco, Antoni Payeras-Cifre. 2019. Espanha
Tipo de Estudo	Análise estatística
Participantes	Hospital Son Llàtzer, um hospital universitário de 380 leitos em Palma de

	Mallorca
Objetivo	Avaliar o impacto das medidas de prevenção de infecção num hospital universitário em Espanha
Resultados	Ensino/Formação/Empoderamento; Auditorias/Monitorização; Avaliação de registos; Sessão de treino presencial
Nível de Evidência	3.d
Autor/Ano/País	Lokesh Yagnik MBBS, Angela Graves MBBS, FRACP, Ken Thong MBBS, FRACP. 2016. Austrália
Tipo de Estudo	Auditoria prospetiva da adesão à documentação do PIVC e às diretrizes de monitorização
Participantes	Paciente internados na enfermaria geral com PIVCS nos períodos de 30 de Agosto a 12 de Novembro de 2014
Objetivo	Melhorar o cumprimento das diretrizes de documentação e de monitorização do PIVC na enfermaria de um centro de intervenção secundária
Resultados	Ensino/Formação/Empoderamento; Listas de verificação; Auditorias/Monitorização; Diagramas/lembretes; Divulgação de resultados/Feedback
Nível de Evidência	4.b
Autor/Ano/País	Sameer A. Alkubati; Nadia T. Ahmed; Osama N.E. Mohamed; Akram M.Fayed; Hayam I.Asfour. 2014. Egipto
Tipo de Estudo	Questionários aos profissionais de saúde para avaliar os seus conhecimentos sobre prevenção do CVC-IR
Participantes	40 médicos e 60 enfermeiros das UTIs do Hospital Universitário Alexandria Main
Objetivo	Avaliar o conhecimento dos trabalhadores de saúde sobre as orientações para a prevenção de CVC-RI e a sua adesão a essas orientações na prática
Resultados	Avaliação de conhecimentos; Ensino/Formação/Empoderamento; Auditorias/Monitorização; Sessão de treino presencial
Nível de Evidência	4.b
Autor/Ano/País	Jacqueline E.Taylor; Susan J.McDonald; Kenneth Tan. 2014. Austrália
Tipo de Estudo	Revisão de literatura
Participantes	Casos de infeções da corrente sanguínea associados à linha central notificados ao National Health Surveillance Network 2012
Objetivo	Discutir as inúmeras estratégias baseadas na evidencia para a prevenção das infeções de cateter

Resultados	Ensino/Formação/Empoderamento; Listas de verificação; Observação da enfermeira de ligação
Nível de Evidência	4.a
Autor/Ano/País	Dominique M. Vandijck; Sonia O. Labeau; Mariona Secanell; Jordi Rello; Stijn I. Blot. 2008. Bélgica
Tipo de Estudo	Revisão da Literatura
Participantes	Pacientes portadores de cateteres de longa duração
Objetivo	Fornecer orientações atualizadas de recomendações baseadas em evidência para a prevenção de infecções relacionadas a cateteres intravasculares com foco especial em estratégias relevantes para enfermeiros que trabalhem em ambiente de emergência e cuidados intensivos ou profissionais responsáveis pela vigilância controle de infecções
Resultados	Avaliação dos conhecimentos; Ensino/Formação/Empoderamento; Listas de verificação; Auditorias/Monitorização; Divulgação de resultados/Feedback
Nível de Evidência	4.a
Autor/Ano/País	Heather Reynolds; Joel Dulhunty; Marion Tower, Kersi Taraporewalla & Claire Rickard. 2018. Austrália
Tipo de Estudo	Estudo descritivo transversal
Participantes	64 participantes de uma amostra total de 92 potenciais participantes
Objetivo	Investigar a prática relatada em comparação com as recomendações de pesquisa para minimizar a perda de sangue diagnóstica e as Diretrizes do CDC para maximizar a prevenção de ICSRC durante a inserção e acesso de cateteres arteriais periféricos em OTs australianos.
Resultados	Auditorias/Monitorização
Nível de Evidência	4.b
Autor/Ano/País	Toshie Tsuchida; Kiyoko Makimoto; Masayo Toki; Keiko Sakai; Emiko Onaka; Yoshiko Otani. 2006. Japão
Tipo de Estudo	Estudo de intervenção com comparação antes e depois
Participantes	Pacientes adultos internados e aqueles nos quais as linhas venosas centrais e cateteres Swan-Ganz foram inseridos por 2 dias ou mais de Abril de 2000 a dezembro de 2022. Participaram neste estudo uma unidade cirúrgica, uma unidade de clínica médica, uma unidade de diálise e a UTI
Objetivo	Identificar problemas associados aos cuidados com o cateter e avaliar a eficácia das intervenções iniciadas por enfermeiros para reduzir CABIs

Resultados	Ensino/Formação/Empoderamento; Observação de Enfermeiros de ligação; Auditorias/Monitorização; Divulgação de resultados/Feedback
Nível de Evidência	4.b

## DISCUSSÃO

Relativamente à nossa amostra final (9 artigos), foi possível identificarmos um total de 6 estratégias passíveis de serem implementadas pelos diferentes locais que se proponham à melhoria da prática clínica no que concerne à prevenção da infeção associada aos DIVs.

As estratégias identificadas foram as seguintes: Avaliação dos conhecimentos; Ensino/Formação/Empoderamento/ Sessões de Treino presencial; Observação de Enfermeiros de Ligação; Auditorias/Monitorização/Listas de verificação; Diagramas/Lembretes e Divulgação de resultados/*Feedback*. Contudo, as mais vezes mencionadas são Auditorias/Monitorização/Listas de Verificação, seguindo-se de Ensino/Formação/Empoderamento/Sessões de Treino presencial.

### **Avaliação dos conhecimentos**

A avaliação de conhecimentos prévios às sessões formativas de forma a adequar o mais possível as dificuldades detetadas é um meio de abordagem facilitador à aquisição de resultados (Ian Blanco-Mavillard et al., 2018).

Já de acordo com Sung Ae Choi (2020), havendo como objetivo a melhoria da prática para prevenção de infeções através da identificação dos fatores que afetam o desempenho, foi preponderante a descoberta dos reais conhecimentos dos enfermeiros. Partindo destes resultados foi possível adequar as restantes aprendizagens face às necessidades identificadas por meio de questionários aplicados.

Tendo os profissionais de saúde um papel de destaque na prevenção da infeção, garantindo um ambiente asséptico durante a preparação e inserção do material de punção venosa, bem como nos cuidados aos DIVs, estudos recomendam a necessidade de seguimento das diretrizes atuais baseadas em evidência científica acerca desta temática, tendo sido o ponto de partida deste estudo a avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde por meio de questionário (Sameer A. Alkubati et al., 2014). Com

este estudo, chegou-se à conclusão que a maioria dos profissionais de saúde era detentor de um conhecimento aquém do desejado face ao tema do controlo de infeção dos DIVs, tendo sido crucial o estadiamento do conhecimento para adequar os ensinamentos futuros às necessidades identificadas, tornando esta abordagem personalizada à equipa em questão.

Também Sherertz et al., 2000; Davis et al., 1999 cit por Dominique M. Vandijck et al., 2008, corroboram que uma das estratégias para o controlo de infeção é avaliar previamente o conhecimento da equipa e fazê-lo repetidamente para obter uma melhoria contínua na prática de cuidados.

Apesar das evidentes diferenças, a abordagem prática está amplamente suportada pelo conhecimento teórico, por isso para que sejam objetivados os resultados práticos é imprescindível dar resposta às lacunas teóricas detetadas através de diretrizes suportadas por evidência científica (Cabana et al., 1999; Blot et al., 2007 cit por Dominique M. Vandijck et al, 2008). Para que isto seja exequível há que fazer uma análise prévia ao conhecimento dos intervenientes envolvidos no processo para posteriormente implementar medidas de acordo com os dados recolhidos.

### **Ensino/Formação/Empoderamento/Sessões de Treino presencial**

Uma das estratégias adotadas para a consolidação de conhecimentos que levam a uma prática coesa e eficaz é a realização de masterclasses, concretizada na fase de intervenção do processo, recorrendo à tecnologia e-learning. De acordo com o número de enfermeiros que concluíram a mesma, será realizada uma sessão de formação presencial com o intuito de consolidar os conhecimentos adquiridos podendo, desta forma, avaliar a eficácia da mesma e corrigir eventuais dúvidas existentes (Blanco-Mavillard et al., 2018).

De acordo com Sung Ae Choi (2020), é necessário fortalecer a educação e o treino em contexto prático para obter ganhos no controlo de infeção. Contudo outras das estratégias fomentadas por neste estudo é o empoderamento, que consiste num processo de motivação psicológica criado com base na autonomia e independência. O pretendido é que ao estar consciente do que implica a sua ação, o enfermeiro está mais desperto e torna-se mais criterioso no cumprimento das normas impostas. Deste modo, o empoderamento revelou-se um fator potencializador sobre a atuação do enfermeiro no controlo de infeção hospitalar (Jung, 2007 cit por Sung Ae Choi, 2020). Torna-se

evidente a consciencialização da cultura organizacional relativa ao controlo de infeção como fator desencadeador de uma prática de enfermagem baseada na segurança do doente.

Com o pressuposto da diminuição da taxa de infeção associada ao acesso venoso periférico, o estudo realizado por Mercedes Garcia-Gasalla et al., 2018, implementou um pacote de medidas que consistia, entre outras, na implementação de um programa educacional para profissionais de saúde com o intuito de realizar sessões presenciais em pequenos grupos. Através deste programa, foi possível reestruturar hábitos, tendo-se incluído novas práticas que possibilitaram atingir o proposto e consequentemente ganhos em saúde.

Diversos estudos demonstram que para haver redução das taxas de complicações associadas aos DIVs é necessário a utilização de módulos de estudo, podendo esses ser por via online, fundamentais para a promoção de boas práticas no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção associada a estes dispositivos (Sacks GD et al, 2014; Freixas N et al, 2013 cit por Lokesh Yagnik et al, 2016).

Afirma-se também a necessidade de incorporar nos currículos académicos todas as diretrizes atuais relacionadas à prática baseada na evidência e fornecer programas educacionais contínuos que possibilitem a aquisição/consolidação de competências acrescidas para os profissionais de saúde no âmbito do controlo de infeção associada aos DIVs (Labeau SO. et al., 2009; Bianco A. et al, 2013; Csomós A. et al, 2008; Guembe M., 2012; Koutzavekiaris I., 2011; Ullman AJ., 2014 cit por Sameer A. Alkubati et al., 2014). Na elaboração deste estudo é descrita a importância de um conhecimento adequado das precauções para o controlo de infeção sob pena de condicionar a obtenção dos resultados pretendidos, assim, a criação de programas periódicos de educação baseados na evidência, tornam-se fulcrais para a melhoria na prática.

Estudos demonstram que quando se transmite conhecimento prévio a uma equipa, esta está mais apta para agir face às adversidades que surjam em contexto prático. O uso de programas educacionais como agente promotor de redução de infeção é cada vez mais comprovado como fator de sucesso (Taylor et al., 2015).

O primeiro estudo de Rosenthal et al. (2003, p.64) foi realizado em três fases, sendo a segunda “educação da equipa para promover as diretrizes de consenso internacional para a prevenção de infeção da corrente sanguínea relacionada ao cateter”. Para suportar esta fase foram criados programas educativos com as indicações de

utilização dos cateteres, procedimentos adequados à sua manutenção e medidas adequadas para o controlo de infeção (Sherertz et al., 2000; Davis et al., 1999 cit por Dominique M. Vandijck et al., 2008). Como resultado deste estudo, ficou demonstrado que a iniciativa educacional isoladamente reduz substancialmente a taxa de infeção (Rosenthal et al., 2003 cit por Dominique M. Vandijck et al., 2008).

### **Observação de Enfermeiros de ligação**

De forma a facilitar a implementação de boas práticas criada uma equipa de enfermeiros nomeados de agentes promotores de resultados. Estes foram alocados nas diferentes enfermarias de cada hospital que integra o estudo, com a função de apoiar e formar outros enfermeiros servindo como elos de ligação da organização do projeto (Blanco-Mavillard et al., 2018). Deste modo, o objetivo seria criar um elemento de proximidade com função de ponte entre a equipa de campo e a equipa gestora do projeto, garantindo um reforço positivo com o intuito de cumprir o propósito do estudo.

Através da Revisão de Literatura desenvolvida por (Taylor et al., 2015), ficou demonstrado que a criação de equipas dedicadas à abordagem aos CVCs foi possível reduzir-se os níveis de infeção, pois estas garantem maior eficácia na prestação destes cuidados, visto que se especializam nesta área, tendo a possibilidade de aprimorar resultados. Ainda assim, uma das suas funções é garantir a formação ao restante grupo de trabalho assegurando que toda a equipa se rege pelos mesmos padrões.

A criação de grupos de enfermeiros de ligação possibilita uma maior proximidade entre os grupos de trabalho e os resultados pretendidos pois estes servem de apoio à aquisição de competências, à divulgação de novas diretrizes e fomentam estratégias de melhoria. As intervenções de enfermagem contribuíram principalmente para a diminuição da incidência das infeções da corrente sanguínea associadas ao cateter. Neste estudo, apesar dos programas educacionais não terem demonstrado uma taxa de adesão elevada a verificação do processo pelas enfermeiras de ligação demonstrou-se uma estratégia fortificante na redução das infeções da corrente sanguínea associadas ao cateter (Tsuchida et al., 2007)

## **Auditorias/Monitorização/Listas de verificação**

A consciência de que o nosso desempenho está a ser observado, auditado e monitorizado, apesar de não ser com um objetivo penalizador, não nos isenta de responsabilidades na ação.

O estudo concretizado por Ian Blanco-Mavillard et al. (2018), apresenta como medida de resultado primário a avaliação do projeto implementado, sendo a incidência de efeitos adversos supervisionada através da monitorização dos registos hospitalares de forma aleatória a cada três meses até perfazer um ano, tendo sido a sua intensão, obter uma melhoria na prática clínica exponencial ao longo de todo o processo.

Segundo Sung Ae Choi (2020), o principal critério para obter resultados é a implementação de uma cultura organizacional que enfatiza as políticas de prevenção e controlo de infeção. Estas devem alicerçar-se na monitorização, assim como na transmissão dos resultados obtidos com essa avaliação. A intensão deste modo de atuação baseia-se em dar resposta às fragilidades detetadas em cada momento, facilitando a adesão dos profissionais de saúde que vêm nesta estratégia um compromisso.

Para além das vantagens anteriormente enunciadas, no caso das auditorias observacionais é possível realizar aconselhamento personalizado fazendo a correção *in loco*, permitindo um maior compromisso por parte dos profissionais face aos conhecimentos adquiridos, o que se reflete na obtenção da redução significativa das infeções da corrente sanguínea associada aos acessos venosos periféricos (Garcia-Gasalla et al., 2019).

O autor Lokesh Yagnik et al. (2016), no seu estudo refere a relevância na criação de uma lista de verificação proforma, a ser utilizada aquando da admissão dos doentes nas unidades de cuidados intensivos, com o intuito de autolimitar a utilização de dispositivos médicos, especialmente os DIVs ao estritamente necessário, como meio de prevenção e controlo das IACS. Estas listas, sendo parte integrante do processo de admissão, são facilitadoras da adesão por parte dos profissionais de saúde.

Foi igualmente demonstrado por Sameer A. Alkubati et al. (2014), que a criação de listas de verificação observacional como instrumento de monitorização da prática dos profissionais reflete benefícios na elaboração de futuros programas periódicos de educação e treino adequados às necessidades detetadas aquando da realização das auditorias.

Jacqueline E. Taylor et al. (2014), afirma que o sucesso da implementação dos pacotes de cuidados é mensurado através da avaliação de taxas de infecção antes e após o seu início. Podemos considerar parte integrante destes pacotes de medidas, a criação de listas de verificação que visam um controlo mais minucioso sob a prestação de cuidados à pessoa com DIVs, tornando-se meio facilitador das boas práticas e consequentemente uma medida apelativa para os profissionais. Estas listas servem de meio auxiliador para a garantia da conformidade dos protocolos, demonstrando-se fundamentais no processo de otimização de recursos temporais, humanos e materiais (Dominique M. Vandijck et al., 2009). A vigilância, a auditoria e a monitorização possibilitam a aquisição de novas habilidades, Heather Reynolds et al. (2012) demonstram que há espaço para melhorias, onde a concretização de auditorias de qualidade desenvolvidas pela equipa multidisciplinar, surge como recurso importante de resposta à melhoria do conhecimento das práticas a implementar.

### **Diagramas/Lembretes/Meios de Divulgação**

Com vista à melhoria da prática clínica, a inclusão de folhetos com informação quer para doentes e seus familiares assim como profissionais serviu como meio facilitador da integração neste projeto (Castro-Sánchez E., 2016 cit por Ian Blanco-Mavillard et al., 2018).

Partindo de critérios como neutralidade de custos, evitar volume de papel e garantir a sustentabilidade, foram ponderadas intervenções por um grupo de trabalho multidisciplinar com o objetivo de melhorar o cumprimento das diretrizes relativas à correta inserção de acessos venosos periféricos. Foi unanime a construção de um cartaz chamativo, de dimensões consideráveis e colocado em locais estratégicos como carros de preparação de terapêutica endovenosa e salas de urgência, servindo este como lembrete às boas práticas a serem cumpridas pelos profissionais de saúde aquando da utilização dos DIVs, tendo ficado comprovada a taxa de sucesso com a sua utilização (Yagnik et al., 2017).

### **Divulgação de resultados/*Feedback***

Qualquer que seja o percurso formativo, este tem na sua constituição um processo avaliativo que finda com a divulgação dos resultados obtidos. Estes têm a função não só de elucidar em que estadio de conhecimento o indivíduo se encontra assim como qual a margem de melhoria.

Tendo esta ideia em consideração, segundo Boyd S. et al. (2011) cit por Ian Blanco-Mavillard et al. (2018), o *feedback* sobre os resultados e mensagens dirigidas aos profissionais de saúde funciona como meio facilitador à adesão das recomendações.

São medidas como a divulgação de resultados e *feedback*, que possibilitam os profissionais de saúde de adotar novas estratégias promotoras de boas práticas, que resultam na redução e controlo de infeção. Sacks GD et al. (2014) e Freixas N et al. (2013 cit por Lokesh Yagnik et al. (2016), afirmam que a redução nas taxas de complicações está associada à implementação de algumas medidas, incluindo educação e *feedback*.

Rosenthal et al. (2003) cit por Dominique M. Vandjick (2009), reafirma que a educação e o *feedback* são medidas essenciais para a diminuição significativa das taxas de infeção, tendo sido esta expressa após implementação do estudo.

Também Toshie Tsuchida et al. (2006) reitera que o *feedback* dos resultados contribui eficazmente para o vínculo dos enfermeiros aos projetos implementados nos serviços e conseqüentemente para a melhoria da prática clínica no âmbito da prevenção e controlo de infeções associadas aos DIVs.

## CONCLUSÃO

Com vista à diminuição da transmissão de microrganismos e conseqüentemente diminuição de ocorrência de infeção, a implementação de boas práticas de prevenção e controlo de infeção torna-se essencial (DGS, 2017 cit. por Lina Ramos Rodrigues, 2019). Para que estas sejam devidamente cumpridas e surtam o efeito pretendido, há que garantir que os agentes da sua aplicabilidade estão cientes da responsabilidade que representam.

O Controlo e Prevenção de infeção requer uma grande atenção por parte de todos os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros enquanto cuidadores por excelência.

Com base nisto, considerámos imprescindível abordar o fenómeno das estratégias de adesão e, através da discussão dos resultados, foi possível identificar 6 estratégias promotoras da adesão dos profissionais de saúde às recomendações de prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares em contexto hospitalar.

No decorrer do nosso estudo, identificámos como limitações ao mesmo a não inclusão de literatura cinzenta durante a pesquisa, bem como a impossibilidade de acesso a alguns artigos, por indisponibilidade de texto integral e acesso livre.

Com a concretização deste estudo, apercebemo-nos que embora este seja um fenómeno relevante e cada vez mais estudado tem ainda como lacuna o diminuto número de estudos primários. Esta pesquisa poderá implicar o interesse de outros investigadores nesta área de intervenção.

## 2. Descrição e análise Crítica das Atividades e Competências desenvolvidas

A Enfermagem, enquanto profissão, surge em meados do Século XIX, apesar de ser “*evidente que o ser humano sempre precisou de cuidados (...) por tão naturais que sempre foram*” (Vieira, 2009, p.13). Segundo a mesma autora, a prestação de cuidados ao outro teve início aquando do cristianismo, onde as mulheres faziam da caridade o seu caminho de santificação (Vieira, 2009, p.14). Nesta altura, os cuidados de enfermagem centravam-se maioritariamente no tratamento dos pobres e doentes.

Com o passar do tempo e face às necessidades que foram sendo identificadas, a profissão de enfermagem foi evoluindo gradualmente, surgindo hoje como uma peça-chave para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Os cuidados de enfermagem têm como intuito prioritário ajudar as pessoas na adaptação aos processos de saúde e doença que as condicionam. Ao exercer uma prática baseada na relação interpessoal, enfermeiro/doente, torna-se mais fácil adequar as nossas intervenções às necessidades do outro, onde existe uma partilha de vivências e experiências das pessoas envolvidas, fundamentais no processo de recuperação do doente. “*Por tudo isto se descobre a parceria implícita no cuidado de enfermagem, que só acontece no reconhecimento da autonomia e das capacidades da pessoa, (...). Reconhecendo a interação com o ambiente em que vive e se desenvolve, os cuidados promovem a aprendizagem das pessoas e a sua capacidade para gerir os recursos de que dispõem, visando a máxima autonomia*” (Vieira, 2009, p.88).

Podemos por isso afirmar, que a competência profissional do enfermeiro é definida como a simbiose entre o conhecimento, a atitude, a habilidade e os valores adquiridos. Para aprofundar as competências na área de enfermagem é necessário desenvolver uma busca diária de mais conhecimento de forma a manter a nossa prática atualizada, tendo sempre em conta as *guidelines* e protocolos que vão surgindo e vão sendo estabelecidos.

Este conhecimento surge na maioria das vezes associado à prática que diariamente vamos exercendo. Segundo Benner (2001), “*o conhecimento prático adquire-se com o tempo, (...) É necessário construir estratégias para que haja conhecimento desse saber fazer, (...)*” (Benner, 2001, p.33).

Daí que, o enfermeiro deve apoiar as suas decisões e a sua prática naqueles que se dedicam ao estudo da prática de enfermagem, os teóricos. Entende-se por teoria um conjunto de *“conceitos relacionados que sugerem ações para conduzir a prática”* (Tomey & Alligood, 2002, p.7).

As teorias de enfermagem têm como objetivo primordial definir, caracterizar, explicar, compreender e interpretar os fenômenos que constituem o domínio de interesse para a profissão de enfermagem. Os estudos mostram que é através das experiências vivenciadas que surgem as teorias. Estas organizam ideias, descrevem acontecimentos, pessoas ou objetos, auxiliam a compreensão da realidade, favorecendo a reflexão e o pensamento crítico, tendo sempre como fonte eventos científicos, evitando, assim, a naturalidade e banalidade dos acontecimentos (Tomey & Alligood, 2002).

Como tal, podemos afirmar que as teorias de enfermagem são fundamentais para a construção do saber e para a prática profissional. Todas elas assentam sobre 4 conceitos metaparadigmáticos: a Pessoa; a Saúde; o Ambiente e a Enfermagem, como profissão autónoma, constituintes fundamentais à disciplina e à prática profissional de enfermagem (Ribeiro, Martins, Tronchin, Forte, 2018).

Tendo em conta que as Teóricas de Enfermagem, suportam a prática dos enfermeiros nos dias de hoje e relacionando com a temática que me propus estudar que diz respeito ao controlo de infeção, considero que a Teoria das Transições de Afaf Meleis, Teoria de Médio Alcance, é a teoria que mais se adequa.

Entende-se por transição os *“processos complexos multidimensionais que tanto causam como afetam mudanças na vida, saúde, relacionamentos e meio ambiente”* (Meleis, 2010, p.359). Esta transição na prática de enfermagem, assume um papel central, pois o enfermeiro está presente na interação Pessoa/Família e atua como elemento fundamental em todo o processo de saúde-doença (Meleis et al., 2000).

A Teoria das Transições constitui-se como meio que orienta o exercício, tendo em conta o conceito da mudança. Ao compreender todo o processo de mudança da Pessoa e Família face a uma determinada situação, os enfermeiros podem atuar na prevenção, promoção e intervenção terapêutica, tendo como pressuposto o regresso ao melhor estado de saúde e bem-estar da pessoa afetada.

Meleis (2010) considera como áreas de estudo central para a disciplina de enfermagem as experiências humanas, as respostas e as consequências para as transições do bem-estar das pessoas. Faz ainda referência, à importância que os enfermeiros desempenham neste processo de transição adotando estratégias essenciais

no cuidado e apoio às pessoas a fim de alcançar processos de transição saudáveis, assim como os resultados.

A transição pressupõe que a pessoa adquira novos conhecimentos, altere alguns dos seus comportamentos e defina o seu contexto social.

Meleis estudou a pessoa que não vivencia transições saudáveis, verificando como os enfermeiros cuidam dessa mesma pessoa, e quais as intervenções que devem ser implementadas de forma a promover a transição saudável da mesma. Com isto, definiu três conceitos:

- Transições Saudáveis: domínio de comportamentos, sentimentos, sinais e símbolos derivados a novas situações;
- Transições insalubres ou ineficazes: aquelas em que a pessoa se move na direção da vulnerabilidade e risco, apesar de ter a capacidade de resistir às redefinições de significados;
- Insuficiência do Papel: dificuldade ou incapacidade para desempenhar determinado papel.

Constitui como objeto de estudo da Enfermagem, enquanto ciência, dar resposta aos problemas de saúde, aos processos de vida, bem como às transições que a pessoa e sua família estão sujeitas, sendo assim fundamental que os cuidados prestados tenham especial destaque em *“ajudar as pessoas a lidarem com os desafios e com as transições com o propósito de proporcionarem estabilidade e aumentarem a sensação de bem-estar”* (Petronilho, 2007, p.31). Sendo, assim, o enfermeiro tem o dever de avaliar, planejar e implementar estratégias de atuação, promoção e intervenção terapêutica face a estes processos de transição.

Afirmo, por isso, que a utilização dos referenciais teóricos tem contribuído para a fundamentação da enfermagem, pois o recurso a teorias vai permitir desenvolver uma enfermagem mais eficiente e efetiva, onde a recolha e organização dos dados, a formulação dos diagnósticos, o planeamento das intervenções e a definição dos resultados, tenham por base o mesmo fio condutor (Ribeiro, Martins, Tronchin, Forte, 2018).

Tal como referi anteriormente, a temática na qual aprofundei os meus conhecimentos diz respeito ao controlo de infeção associada aos DIV's e a todas as implicações que este tema tem nos dias de hoje, sendo que é visível que o controlo de infeção tem assumido um papel fundamental no que diz respeito à melhoria da prestação dos cuidados.

Tento em conta, as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros no que diz respeito ao Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgico na Área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica, o controlo de infeção é uma temática de abordagem essencial. Sabemos que apesar de nos últimos anos ter ganhado cada vez mais relevância, ainda constitui uma preocupação por parte dos profissionais de saúde, no sentido em que há ainda muito caminho a ser percorrido.

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) *“são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial, sendo que nenhum país e nenhuma unidade de saúde pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade, como o aumento da morbilidade e a mortalidade, prolongamento do tempo de internamento e aumento de custos em saúde”* (DGS, 2018, p.4). Em 2018, foi visível uma redução da prevalência das IACS em contexto hospitalar para 7,8% comparativamente a anos anteriores (DGS, 2018).

Podemos, assim, afirmar com certeza que as IACS são um problema que não pode ser descorado por nenhuma instituição de saúde pública, pois em consequência *“agravam o prognóstico da doença de base, prolongando os internamentos, associando mais doenças às que já estavam presentes e aumentando a mortalidade”* (Direção-Geral da Saúde, 2017, p.19).

As práticas adotadas pelos profissionais de saúde, mais concretamente pelos enfermeiros, devem ter em conta a minimização e prevenção do risco de infeção. As Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) constituem um conjunto de práticas adequadas desenvolvidas e padronizadas, que são implementadas tendo em conta cada procedimento clínico e os riscos adjacentes, tendo como objetivo primordial a prevenção da transmissão cruzada das IACS (DGS, 2018).

Ao utilizar estas PBCI é possível garantir a segurança dos cidadãos, de todos os profissionais que prestam cuidados de saúde e de todos os que entram em contacto com as instituições prestadoras de cuidados de saúde, aplicando-se a todos e constituindo uma *“estratégia primária de eficácia comprovada, na minimização do risco de infeção”* (DGS, 2018, p. 6).

Os dispositivos intravasculares são todos os dispositivos invasivos, arteriais ou venosos, que permitem a administração de soluções fundamentais à vida humana. Estes apresentam-se de diferentes formas, podendo ser a sua canulação numa veia, periférica ou central, de longa ou curta duração, sempre tendo em conta as necessidades da pessoa.

São indispensáveis na prática clínica, particularmente nas unidades de cuidados intensivos

Assim, a prevenção e controlo de infeção associada aos DIV's passa pela adoção de medidas promotoras de boas práticas na inserção, manutenção, substituição e remoção, bem como cuidados ao local de inserção e manipulação de sistemas (Duarte, Martins, 2019).

A segurança encontra-se diretamente ligada ao controlo e prevenção da infeção, pois ao promovermos a segurança do doente estamos a contribuir para a promoção da saúde e conseqüentemente, para a diminuição da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde. Cabe ao enfermeiro adotar uma postura preventiva na sua prática clínica.

Entende-se por segurança um dos elementos chave na promoção da qualidade da saúde (DGS, 2018). Esta é definida pela OMS como *“a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”* (DGS, 2011, p.14).

A cultura de segurança é, portanto, um *“produto de crenças, valores, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo que determinam o compromisso da organização com a qualidade e a segurança do paciente”* (Fassarella, Silva, Camerini & Figueiredo, 2019, p.804).

Esta cultura de segurança é determinada por vários elementos, sendo estes os valores partilhados sobre segurança (perceções, competências e comportamentos); valores individuais e de grupo; adoção da segurança como prioridade; comunicação aberta; reconhecimento da falibilidade/vulnerabilidade; consciência do risco e antecipação dos erros; política de reporte e discussão de eventos; completa revelação e pela resiliência em matérias de segurança; existência de uma cultura *just* (responsabilização, mas sem culpa) e aprendizagem em torno dos erros (Fragata, 2011).

O Enfermeiro depara-se, diariamente, com alterações no estado de saúde das pessoas de quem cuida e cabe a ele saber adequar as suas intervenções às necessidades por ele identificadas.

Quando estamos perante um doente com uma infeção da corrente sanguínea devido a más práticas ou à não adesão dos profissionais de saúde às recomendações impostas para o controlo de infeção, estamos perante uma transição do processo de saúde da pessoa que pode advir em conseqüências danosas para a mesma. Cabe ao enfermeiro, implementar estratégias adequadas à situação de forma a promover uma transição saudável.

Face ao que foi mencionado anteriormente, considero que a Teoria das Transições de Meleis encaixa perfeitamente na temática estudada por mim, na medida em que é essencial adotar estratégias de adesão por parte dos profissionais de saúde às recomendações de prevenção de infecção associadas aos DIV's, promovendo assim a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a minimização do risco de infecção.

Podemos afirmar com certeza, que a utilização dos referenciais teóricos tem contribuído para a construção de uma enfermagem melhor, pois o recurso a teorias vai permitir desenvolver uma enfermagem mais eficiente e efetiva, onde a recolha e organização dos dados, a formulação dos diagnósticos, o planeamento das intervenções e a definição dos resultados, tenham por base o mesmo fio condutor (Ribeiro, Martins, Tronchin, Forte, 2018).

Em sequência, irei fazer uma breve contextualização dos contextos de estágio, enunciando as competências que fui adquirindo e aperfeiçoando, ilustrando com situações vivenciadas e refletindo de que forma é que o tema por mim escolhido e a teórica de enfermagem em que suportei o meu relatório, consistiram em ferramentas fundamentais para o aprofundamento dos meus conhecimentos enquanto futura enfermeira especialista e Mestre em Enfermagem.

Segundo Figueiredo (2004), não é suficiente prestar cuidados de enfermagem com delicadeza, solicitude e simpatia, é essencial questionar a nossa forma de agir, refletir sobre o porquê das coisas. Por isso, esta forma de intervir deve ser pessoal, criando momentos dentro da prática potenciadores de aprendizagem e desenvolvimento de competências, fundamentais para a prática de uma enfermagem de excelência.

## 2.1. Bloco Operatório de Urgência

A aprendizagem em contexto prático é um privilégio, pois o estudante tem a possibilidade de vivenciar sob orientação, conhecimento e experiência de um enfermeiro perito<sup>5</sup>, promovendo a análise crítica e reflexiva da prática de cuidados, baseada na evidência científica. Segundo Benner (2001), a prática cresce com a aprendizagem experimental e com a transmissão dessa mesma aprendizagem em contexto de prestação de cuidados, sofrendo estes processos de adaptação face às situações, pois *“as práticas não podem ser completamente objetivadas ou formalizadas porque têm sempre de ser tratadas em novas formas no âmbito de interações particulares que ocorrem em momentos reais”* (Benner, 2001, p.12).

Com a realização dos estágios é expectável que o aprendiz desenvolva e adquira diferentes competências e saberes, apesar deste não poder ser considerado enfermeiro perito aquando do término do estágio, uma vez que ainda não é detentor de todas as *skills* que caracterizam o mesmo. Benner apoia a sua teoria referindo que existem 5 estádios de proficiência, tal como referido anteriormente: Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito. Para adquirir competências de enfermeiro perito é necessário percorrer um longo caminho na sua prática de enfermagem pois este *“age de uma compreensão profunda da situação global e (...) não são difíceis de reconhecer porque, muitas vezes, dão opiniões clínicas ou geram situações complexas de maneira notável”* (Benner, 2001, p.58-60).

Para adquirir competências no âmbito da Pessoa em Situação Crítica intrínsecas ao Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica é imperativo a realização de estágios em contexto de serviços de urgência (SU), pois estes são *“serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência”* (Nelson Coimbra, 2021, p.3). Apesar de ser um dos critérios exigidos pela OE a realização de estágios em urgência e face à situação pandémica em que se encontrava o país, as equipas do SU não tinham capacidade para dar resposta a todos os estudantes de mestrado, razão pela qual tive a oportunidade de realizar o meu estágio em contexto de bloco operatório (BO) de urgência num hospital central, que decorreu de

---

<sup>5</sup> **Enfermeiro Perito:** “tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” (Benner 2001, p.58)

21 de Abril a 3 de Junho de 2021, perfazendo um total de 180h de contato. A realização deste exigiu esforço e dedicação da minha parte, só assim pude aprofundar os meus conhecimentos e desenvolver competências na área de pessoa em situação crítica, iniciando o meu percurso como iniciado avançado e tendo caminhado com o objetivo de um dia vir a ser enfermeiro perito.

Quando falamos deste Centro Hospitalar Central não podemos descorar a sua história com mais de cinco séculos, constituído atualmente por seis hospitais de referência, sendo detentor de um riquíssimo património cultural, móvel e imóvel. Face a toda esta riqueza, este Centro Hospitalar tem-se preocupado, nos últimos anos, em criar núcleos museológicos onde as peças possam ser não só mais facilmente estudadas, mas também mais acessíveis ao público e mais bem preservadas. O Hospital, onde estagiei, tem vindo a modernizar-se com todos os limites decorrentes da sua origem conventual, assim como em todos os outros hospitais do grupo, praticando-se uma medicina moderna em edifícios velhos e reconstruídos, juntando ciência e arte naquele que é um dos mais importantes monumentos de Lisboa.

O Bloco de urgência onde realizei o meu estágio é uma unidade cirúrgica isolada do exterior, localizando-se entre dois pisos, constituída por uma total de oito salas operatórias. Face à contingência pandémica atual, o serviço foi reestruturado e adaptado, assim sendo, o piso três tem duas salas operatórias destinadas a intervenções cirúrgicas a pessoas portadoras de SARS-CoV-2, munidas do material mínimo necessário para o decurso das mesmas. O outro piso dá resposta a tudo resto, sendo constituído por uma sala de acolhimento de doentes, gabinete da enfermeira chefe, gabinete de anestesia, gabinete administrativo, sala de pausa, farmácia, sala de dispositivos médicos de uso único, sala de receção e armazenamento de material esterilizado, Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), inaugurada em Abril de 2021 dando resposta a nove doentes em simultâneo e seis salas operatórias, encontrando-se uma atualmente inutilizada a servir de armazém para algum material que anteriormente estava armazenado no piso 3, atualmente com uso exclusivo para tratamento de doente COVID.

As intervenções cirúrgicas que decorrem no bloco estão divididas entre cirurgias de urgência<sup>6</sup> e cirurgias programadas<sup>7</sup> e ambas dão resposta às seguintes especialidades médicas: Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Orto-

---

<sup>6</sup> **Cirurgias de urgência:** aquela em que há risco de vida ou de perda de órgão ou de membro, caso a mesma não se realize num período entre 6h até 24h (Eduardo Lapa, 2014)

<sup>7</sup> **Cirurgias programadas:** aquela que pode ser protelada por um período de até 1 ano sem causar danos para o utente (Eduardo Lapa, 2014)

traumatológica, Cirurgia Urológica, Cirurgia Vertebro-Medular, Otorrinolaringologia, Neurocirurgia, Cirurgia Oftalmológica, Cirurgia Vascular, Unidade de Patologia Mamária, Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial.

Relativamente a recursos humanos, a equipa de enfermagem é composta por um total de cerca de 80 enfermeiros, organizados entre uma equipa fixa, que dá resposta às cirurgias programadas e 5 equipas que asseguram as cirurgias de urgência/emergência em horários rotativos. Cada uma destas equipas tem um total de 10 a 12 enfermeiros, tendo pelo menos 1 especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Segundo a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, considera-se que os enfermeiros que trabalham neste contexto sejam especialistas em enfermagem médico cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, mas não tem sido possível daí que *“até à existência em número suficiente de enfermeiros especialistas nesta área, os blocos operatórios integram enfermeiros e enfermeiros especialistas das diferentes áreas de especialidade, preferencialmente enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica”* (OE, 2019a, p. 142). Além dos elementos em prestação de cuidados, há ainda o enfermeiro chefe de equipa que gere a equipa ao longo de cada turno, além da enfermeira-chefe e 4 enfermeiras de apoio à gestão. A equipa de assistentes operacionais é constituída por cerca de 20 elementos, divididos entre os que permanecem dentro do BO a dar apoio a cada uma das salas e os que fazem transporte/acompanhamento de doentes dos serviços para o BO e vice-versa. A equipa de anestesia é constituída por cerca de 5 elementos, entre especialistas e internos de especialidade, que realizam horário de urgência de 12h ou 24h.

Regra geral nos turnos da manhã funcionam em simultâneo, cirurgias programadas e de urgência. Quanto à distribuição dos elementos, há habitualmente um enfermeiro de acolhimento, dois enfermeiros de UCPA, três enfermeiros por sala operatória (anestésista<sup>8</sup>, instrumentista<sup>9</sup> e circulante<sup>10</sup>) e o chefe de equipa.

Segundo a Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP, 2012, p. 7), a enfermagem perioperatória é definida por um conjunto de conhecimentos

---

<sup>8</sup> **Enfermeiro de Anestesia:** responsável pela administração da anestesia, sob visão de um anesthesiologista ou cirurgião. (AORN, 2002 cit. por Duarte, A., Martins, O., 2014)

<sup>9</sup> **Enfermeiro Instrumentista:** desenvolve competências na área de prestação de cuidados de manutenção de um ambiente seguro para o doente e restante equipa, organizando o seu trabalho, gerindo eficazmente o seu tempo, implementando procedimentos de controlo de infeção, mantendo um ambiente seguro através da utilização de estratégias que garantam a qualidade dos cuidados e da gestão de risco. (Duarte, A., Martins, O., 2014)

<sup>10</sup> **Enfermeiro Circulante:** desenvolve competências na área da prestação de cuidados, na manutenção de um ambiente seguro e nos cuidados multidisciplinares. (Duarte, A., Martins, O., 2014)

teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações, através de um processo programado, no qual o enfermeiro identifica e reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, planeia-os, executa-os com destreza e segurança e avalia-os prezando os resultados obtidos do seu trabalho. A filosofia da enfermagem perioperatória engloba uma abordagem holística multidisciplinar. As funções que os enfermeiros perioperatórios desempenham prendem-se com: identificar as necessidades físicas e sociológicas do doente; criar uma cultura centrada no doente e na prática de cuidados seguros, desenvolvendo políticas e procedimentos que suportem essa cultura; pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as ações de enfermagem de forma a restabelecer e conservar a saúde e bem-estar dos doentes em todos os momentos e ter a responsabilidade para com o meio ambiente, separando os lixos (infetado e não infetado), conservação de recursos energéticos e manutenção, esterilização e desinfeção (Duarte, Martins, 2014). O enfermeiro perioperatório desempenha, assim, um papel muito importante pois é responsabilizado por todas as atividades e intervenções inerentes ao cuidado do doente, sendo, para isso, necessário que este aplique todos os conhecimentos científicos em todas as fases do perioperatório, desde o acolhimento até à preparação para a alta/transferência.

Pelas características do serviço, ingressei a equipa de urgência alocada às salas de BO destinada a procedimentos urgentes que me possibilitou aperfeiçoar a minha prática face às situações, tendo sempre em atenção a promoção da segurança e conforto do doente, adotando medidas essenciais no processo saúde-doença. A falta de trabalho em equipa é identificada como um fator de vulnerabilidade para a qualidade e segurança dos cuidados. A AORN (Association of PeriOperative Registered Nurses) preconiza a cultura de segurança, enunciando que esta se deve basear numa comunicação aberta e honesta; dar ênfase na equipa invés de promover o individualismo; desenvolver práticas e normas numa base multidisciplinar; promover a ajuda, apoio e confiança entre os membros de equipa, fomentando o trabalho de grupo e promover um ambiente de resiliência, encorajando à criatividade (Duarte, Martins, 2014). Assim, a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade da equipa que presta cuidados.

O ambiente no BO espera-se que seja o mais controlado possível, isento do maior número de microrganismos, pois verificamos que as IACS ainda constituem um dos fatores para a elevada taxa de morbilidade e de mortalidade nos dias de hoje. Como medida preventiva, agimos de forma a minimizar a taxa de infeção, pois todos os materiais vindos do exterior (camas, lençóis, cobertores) encontram-se contaminados e

são removidos assim que o doente dá entrada no acolhimento. Neste contexto, a prevenção de infecção é considerada um dos pilares dos cuidados seguros à pessoa ou doente cirúrgico e o seu sucesso depende da adoção de várias medidas fundamentais para a promoção da qualidade de vida (DGS, 2013), medidas essas que fui adotando durante todo o meu percurso de estágio, tais como a promoção de uma boa higienização da sala operatória proporcionando um ambiente seguro a todos os procedimentos cirúrgicos *“de forma a minimizar a exposição dos utentes e dos profissionais aos microrganismos potencialmente infecciosos”* (Duarte, Martins, 2014, p. 59), certificando-me que os materiais utilizados no procedimento se encontram devidamente esterilizados, confirmando que os invólucros que protegem o material se encontravam íntegros e assegurando que a sala era corretamente higienizada posteriormente à intervenção cirúrgica, facilitando assim que pudessem ser realizadas novas intervenções sempre com a certeza que a assepsia era cumprida em todos os procedimentos.

Ao adotar todas estas medidas, é possível promover uma cultura de segurança e evitar que as taxas de infecção aumentem, contribuindo para uma prática centrada no bem-estar do doente. Os enfermeiros são, por isso, profissionais com um papel importante na prevenção, deteção e controlo das infeções.

Perante tudo o que foi dito e com o intuito da sensibilização dos profissionais de saúde para esta problemática, achei de extrema importância desenvolver o meu trabalho de investigação no âmbito do controlo de infecção e seguir o meu percurso tendo sempre como principal preocupação as estratégias que devem ser adotadas pelos profissionais de saúde quanto à prevenção e controlo de infecção.

Face às minhas necessidades de formação e aprendizagem no que diz respeito ao desenvolvimento de competências profissionais especializadas, defini como objetivo geral desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica em contexto de bloco operatório de urgência, subdividindo-o em 2 objetivos específicos: desenvolver competências no cuidado especializado à Pessoa em Situação Crítica em contexto de cirurgia de urgência e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à Pessoa em Situação Crítica admitida em contexto de bloco operatório de urgência, na área de prevenção e controlo de infecção associada à abordagem dos acessos vasculares.

Com este estágio adquiri competências no que diz respeito à prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, tendo sempre em conta a possível instabilidade do doente e o risco de falência orgânica. Fui atuando perante situações de emergência,

facto que só foi possível porque estive integrada numa equipa de urgência de um hospital de referência no tratamento de doente politraumatizado.

Lembro-me de uma situação de um doente politraumatizado admitido no bloco vítima de um acidente de viação com uma trotinete elétrica. Antes da entrada do mesmo, eu juntamente com toda a equipa estivemos focados na preparação da sala para receber o doente de forma a minimizar o tempo de começo da intervenção. Nestes momentos de instabilidade, todos os minutos são importantes e era imperativo que tudo estivesse devidamente organizado e preparado. Aquando da sua chegada, trabalhámos no sentido de agilizar a preparação do mesmo para a intervenção: monitorizando o doente, desinfetando conexões do CVC que iriam ser necessárias para a administração de fármacos e hemoderivados, abrindo o material esterilizado para a mesa operatória onde o enfermeiro instrumentista já tinha tudo organizado para poder ser iniciada a intervenção, definindo as áreas de atuação de cada profissional, sendo visível uma harmonia sincera apesar da situação ser de alvoroço e de exaltação. Nesta situação, foi fundamental a boa comunicação de toda a equipa, tanto dos enfermeiros, como dos auxiliares de ação médica, como dos médicos. Senti uma profunda cumplicidade entre todos, apesar de eu estar mais focada na colaboração com a equipa de anestesia e na vigilância hemodinâmica do doente. Sem esta comunicação, verbal e não verbal, fluida entre toda a equipa podia ter sido posta em causa a vida do doente naquela situação. O ato de comunicar tem um papel fundamental no trabalho dos enfermeiros junto da equipa e dos pacientes na transmissão de uma informação universal, *“o primeiro fator que o enfermeiro julga importante para conseguir praticar a teoria da humanização é a comunicação, realizando-a adequadamente, o enfermeiro conseguirá agir de maneira humanizada”* (Mourão, Albuquerque, Silva, Oliveira, Fernandes, 2009, p. 140).

O aprofundamento dos conhecimentos sobre a importância de uma boa comunicação, tem sido fundamental para a minha prática profissional. Recordo-me de uma outra situação de um doente que deu entrada com um quadro de colecistite e que chegou ao bloco muito assustado e ansioso. O doente já tinha como antecedente pessoal ansiedade crónica e era seguido em psiquiatria. Ao olhar para ele, percebi imediatamente que precisava de falar com alguém e expor as suas angústias, os seus medos, os seus receios e forneci apoio nesse sentido, escutando-o e explicando tudo o que ia ser feito durante o tempo que ia estar anestesiado de forma a conseguir promover alguma paz e tranquilidade ao mesmo. Com esta intervenção, consegui fornecer ao doente as ferramentas necessárias para ultrapassar, naquele momento, aquela situação.

Tal como fui referenciando ao longo do relatório, o processo de transição pressupõe a passagem de um estado, condição ou lugar para outro, podendo esta ser positiva ou negativa para a pessoa/família, e é do domínio da enfermagem adequar as intervenções conforme as necessidades do mesmo. Meleis afirma que a prática de enfermagem tem a ganhar com a cuidadosa conceptualização da transição e das suas consequências em todas as vertentes da pessoa como um ser biopsicossociocultural, sendo por isso primordial a construção de uma relação baseada na confiança e respeito mútuo entre os agentes de cuidados (Meleis, 2010). Estabelecer relação terapêutica é precisamente perceber que algo não está bem e desmistificar ansiedades e preocupações. Tudo isto passa por estabelecermos uma relação terapêutica com os doentes, explicarmos que os vamos acompanhar durante todo o procedimento e tudo o que vamos fazendo, priorizando a confiança com o doente e transmitindo a serenidade de que ele necessita naquele momento.

Considero que não só a comunicação, como também a observação são ferramentas fundamentais para a prática de enfermagem e, neste caso, para o desenvolvimento de competências aquando da realização de estágios. Posso afirmar com certeza, que é através da observação do outro que conseguimos aperfeiçoar a nossa prática. A observação e supervisão regular dos pares é de extrema importância não só no desenvolvimento pessoal como também no desenvolvimento profissional, independentemente do nível de conhecimento e experiência do outro. Esta observação e a discussão das informações que recolhemos são fundamentais para ampliar tanto os conhecimentos e as capacidades profissionais do observador como do observado, sendo considerado um estímulo de aprendizagem e mudança importante (Reis, 2011).

Ao acompanhar os enfermeiros peritos durante o seu percurso, estes incentivam-nos a refletir e a organizar o nosso pensamento, fundamental para o nosso processo de aprendizagem e melhoria da prática. Durante o estágio, fui sempre incentivada pela enfermeira orientadora a pensar sobre o “porquê” das coisas, ancorando sempre as minhas intervenções no conhecimento científico que fui adquirindo, tendo tido a oportunidade de acompanhar/colaborar com a mesma na gestão do serviço durante um turno, experiência bastante enriquecedora.

No contexto de bloco operatório, o enfermeiro é responsável por todas as intervenções relacionadas com o cuidado ao doente e como tal, é essencial que seja detentor de conhecimento científico e competências específicas necessárias em todas as

fases do perioperatório. Muitas vezes, a pessoa que dá entrada no bloco encontra-se em situação de grande vulnerabilidade, ou porque está desorientada, ou porque está em choque séptico, ou porque está em coma ou sedado, e não tem a capacidade de tomar as suas próprias decisões. Cabe, por isso, ao enfermeiro assegurar que os seus direitos dos doentes são respeitados” (Duarte, A., Martins, O., 2014).

Lembro-me de várias situações de doentes que foram admitidos no bloco de urgência que não tinham consentimento informado assinado nem lhes tinha explicado o que ia ser feito na intervenção cirúrgica. Em todas essas situações, a equipa de enfermagem teve a preocupação de contactar com a equipa de cirurgia a solicitar que informassem o doente que não estava ciente da intervenção que iria ser realizada. Nestes momentos em que o enfermeiro deteta que o doente não está convenientemente esclarecido sobre o procedimento cirúrgico tem a obrigação de intervir no sentido de esclarecer todas as dúvidas do doente e aceitar a recusa do mesmo face à não realização da intervenção (Duarte, A., Martins, O., 2014). Uma das situações que mais me marcou, foi referente a uma senhora idosa que deu entrada na sala de acolhimento do bloco para ser operada a um tumor intestinal e muito provavelmente ficar colostomizada. A Dona M encontrava-se consciente e orientada apesar dos seus 84 anos e depois de lhe ser explicado todo o procedimento cirúrgico ela refere que não quer ser operada. Apesar de ter sido expresso pelo filho da mesma que queria que a mãe fosse operada, a decisão da dona M foi cumprida, tal como está descrito na Lei de Bases da Saúde, base 2, alínea f), *“todas as pessoas têm o direito a decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde”* (Lei nº95/2019 de 4 de setembro, 2019, p.56). Gerimos a situação com tranquilidade e respeito pela doente e pelos seus direitos. Os princípios orientadores do consentimento informado livre e esclarecido estão definidos pela DGS e abrangidos pelo código deontológico da OE, sendo o consentimento revogável em qualquer momento sem necessidade de qualquer formalidade. Cabe ao enfermeiro perceber junto do doente a informação que dispõe e a sua vontade. Neste sentido, e depois desta situação, tomei como prioridade, antes de encaminhar o doente para a sala operatória, perceber sempre junto deste a sua vontade de quer ou não ser operado e respeitar as suas decisões.

Outras das preocupações da equipa que presta cuidados de saúde, que anteriormente já fui fazendo referência, prende-se com a prevenção e controlo de

infecção. Tem sido um tema muito estudado em vários contextos, mas continua sempre atual. O doente internado encontra-se diariamente sujeito a possíveis focos de infecção e cabe a toda a equipa adotar estratégias e uma prática segura para minimizar a infecção. Em ambiente de bloco operatório, é imperativo que nos foquemos ainda mais na assepsia e no controlo de infecção e como tal, todos os cuidados são tidos não só no que diz respeito ao material que é utilizado durante a intervenção, mas também em procedimentos mais simples como colocação de CVC, colocação de linha arterial, algaliação, entre outros. Ao adotar uma prática fundamentada nas *guidelines* existentes sobre o controlo de infecção estamos a antecipar eventuais processos de instabilidade, daí que faça sentido a aplicabilidade da teoria da transição de Afaf Meleis na dimensão da prevenção e controlo de infecção. Uma das minhas preocupações no decorrer do estágio ter conhecimento do protocolo da instituição relativo às medidas de controlo de infecção e adotar medidas promotoras de boas práticas.

A pessoa quando sujeita a uma infecção experiêcia um processo de transição saúde-doença em que o seu início e fim não ocorrem simultaneamente, havendo um sentido de movimento, um desenvolvimento, um fluxo. O significado que é dado a uma transição varia de pessoa para pessoa, de comunidade para comunidade, de sociedade para sociedade e tudo isto influencia o resultado final. Perante este quadro de transição, o enfermeiro tem o dever de adotar estratégias direcionadas para a resolução desta transição, selecionando “*tipos de ação mais frutuosa e os pontos ideais de intervenção para alcançar os objetivos desejados de manutenção da saúde ou da promoção da saúde*” (Meleis, 2010, p.29). Os enfermeiros estão, assim, despertos para ajudar os pacientes e suas famílias nestas situações de transição. Mas para que os enfermeiros saibam como lidar face às diferentes situações, torna-se imperativo que atualizem continuamente os seus conhecimentos, “*um requisito básico em qualquer disciplina prática*” (Meleis, 2010, p.35).

Em contexto de estágio, tive a oportunidade de aperfeiçoar a minha prática neste contexto de controlo de infecção, desinfetando sempre as conexões dos acessos sempre que administrava medicação, desinfetando o local de punção endovenosa, cumprindo sempre os momentos de higienização das mãos, vigiando o local de punção do CVP de forma a evitar possíveis infeções locais e da corrente sanguínea. Pude observar por diversas vezes a desinfeção do local de abordagem cirúrgica que é uma prática fundamental para a prevenção da infecção do local cirúrgico, pois a “*correta desinfeção da pele do doente e da equipa cirúrgica, a manutenção da assepsia (na qual os*

*enfermeiros de circulação devem ter um papel de vigilância ativa) e a técnica cirúrgica são fatores que mais condicionam o aparecimento da infeção do local cirúrgico”* (Duarte, A., Martins, O., 2014, p.149).

Tal como referi, o controlo de infeção em contexto de bloco não se limita só à abordagem dos acessos vasculares. Este é um tema que deve ter especial destaque para toda a equipa multidisciplinar, assegurando que a cirurgia decorre com muito sucesso e que a recuperação do doente não fica comprometida face a possíveis infeções associadas aos cuidados prestados.

Em contexto de BO, todos os doentes são considerados potencialmente infetados, tal como todas as intervenções cirúrgicas, por isso *“a conduta a seguir deve ser a mesma para qualquer tipo de cirurgia, não existindo recomendações especiais para a higienização das salas de operações após cirurgias consideradas contaminadas”* (Duarte, A., Martins, O., 2014, p.59). Neste sentido, e em contexto de pandemia, devem ser tomadas as medidas necessárias em casos de contacto com microrganismos epidemiologicamente significativos. Como exemplo, recordo-me de uma situação em que deu entrada um doente COVID positivo com um quadro de uma fratura de osso próprios do nariz e que necessitava de ir ao BO de urgência. Neste contexto, tive a oportunidade de perceber junto da equipa toda a dinâmica relativa à colocação de equipamento pessoal de proteção e relativa à mobilização da equipa e dos materiais necessários para a intervenção. Pude perceber, igualmente, toda a gestão de recursos humanos que deve ser tida em conta nestas situações, sendo que um dos enfermeiros fica de fora a comandar toda a equipa que se encontra dentro da sala com o doente, exigindo à mesma uma grande capacidade de antecipar possíveis complicações e a melhor forma de atuar perante as mesmas. Segundo a DGS (2007 cit Duarte, A., Martins, O., 2014, p.66), quando estamos perante doentes infetados ou colonizados por microrganismos epidemiologicamente importantes que facilmente podem ser transmitidos é fundamental aplicar medidas adicionais tendo sempre em conta o método de propagação do mesmo.

No final do estágio, apesar de ainda não ter realizado o meu trabalho de investigação, deixei a certeza que posteriormente voltaria para dar conhecimento dos resultados que tinha obtido com a revisão *Scoping* que realizei. Atualmente, como já mencionei, encontro-me a trabalhar nessa mesma unidade e como tal tenho estabelecido algumas conversas informais acerca dos resultados que obtive com o trabalho de investigação que realizei.

Posso assim concluir que esta experiência de estágio em contexto de bloco operatório de urgência, foi bastante enriquecedora neste meu caminho, proporcionando-me uma reflexão sobre as minhas práticas, contribuindo muito para o meu crescimento profissional e pessoal. Senti-me imensamente bem recebida por toda a equipa, acabando por atualmente exercer funções neste bloco. Posso afirmar que foi desafiante, pois saí da minha zona de conforto, apesar de ter sido uma área na qual gostaria de trabalhar. Considero que de uma forma geral, consegui dar resposta de uma forma satisfatória aos desafios que me foram sendo propostos em diferentes contextos, tendo sido criadas as oportunidades de aprendizagem, que me permitiram adquirir competências e conhecimentos na área da pessoa em situação crítica e que futuramente sustentarão a minha prática de cuidados.

## 2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

O contexto profissional e os estágios são ferramentas essenciais para o desenvolvimento e aprofundamento de competências e conhecimentos no âmbito da prática de enfermagem. No decorrer deste processo de aprendizagem em contexto clínico, caminhei muitas vezes em diferentes ambientes e contextos que permitiram que vivenciasse um processo de transição, essencial para um crescimento e enriquecimento pessoal e profissional no âmbito da enfermagem. Segundo Meleis (2010) a transição exige que a pessoa incorpore novos conhecimentos, altere o seu comportamento face às situações e assim mude a definição de si próprio no seu contexto social.

Nos diferentes contextos de estágio consegui identificar os caminhos pelos quais a pessoa em situação crítica atravessa, e considero ter promovido um ambiente facilitador e confortador tanto para o doente como para a família no que diz respeito a este processo transicional.

Meleis (2010), afirma que o processo de transição encontrasse no centro dos cuidados prestados pelos enfermeiros, colaborando na adaptação da pessoa/família, desenvolvendo ou identificando estratégias, apresentando recursos que sejam facilitadores para a pessoa e tendo como principal intuito ajudar esta a vivenciar da melhor forma este processo de transição. É através da colaboração, trabalho em equipa, comunicação eficaz e apoio à pessoa que o enfermeiro estabelece o ambiente propício para a gestão de uma transição eficaz. O enfermeiro apresenta-se, assim, como um importante vetor, essencial na identificação do tipo de transição em que se encontra a

pessoa/família e elaborando um plano de cuidados desenhado à imagem dessa transição e às necessidades identificadas. Cabe ao enfermeiro ajudar a pessoa a criar condições conducentes a uma transição saudável.

Os estágios clínicos compõem a prática, mas para isso é necessário a mobilização de conhecimentos já adquiridos baseados na evidência científica e apoiados numa construção de uma prática pensante e reflexiva (Rabiais, 2016). Ao prestar cuidados diretos à pessoa em situação crítica e sua família, colocou-me à prova e estimulou a minha capacidade de ver mais além e de pensar no “porquê” das coisas. Possibilitou-me a avaliar e a refletir sobre a prática diária dos cuidados prestados, ajudando-me a desenvolver competências específicas de Enfermeiro Especialista na área de especialização da Pessoa em Situação Crítica.

Face a isto, posso afirmar que a aprendizagem a que somos sujeitos em contexto de estágio torna-se uma peça basilar para o nosso crescimento profissional. Para desenvolver competências na área da pessoa em situação crítica, é, igualmente importante prestar cuidados a pessoas internadas em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) , pois estas são *“locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.1).

Uma UCI é uma *“estrutura hospitalar complexa dotada de sistema de monitorização contínuo, que admite doentes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar”* (Conselho Regional de Medicina (CREMESP), 1995 cit por José António Pinho, 2020, p. XXIII). Estas unidades especializadas oferecem todo o tipo de suporte necessário a doentes graves, instáveis e/ou agudamente doentes, sendo que são sujeitos a uma monitorização constantes e uma vigilância 24 sobre 24 horas. Os doentes internados nestas unidades dependem, assim, de assistência avançada de cuidados, tecnologia de ponta e elevada necessidade de profissionais especializados nesta área.

*“A formação específica e especializada é justificada pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados por estes serviços/unidades. Daí resulta que a capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves é cada vez mais importante num mundo de crescente fragmentação e especialização de conhecimento”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 2), daí que numa UCI é de se esperar que o enfermeiro avalie e

monitorize o doente continuamente; execute, defina e aplique planos de cuidados; administre a vasta diversidade de medicação em simultâneo; priorize intervenções, antecipando e reconhecendo situações que possam ser danosas para o doente e faça ensinamentos sobre a manutenção da saúde do próprio doente, incentivando-o para a continuidade do tratamento (José António Pinho, 2020).

Tive a oportunidade de realizar o meu último estágio numa UCI do Centro Hospitalar de Lisboa que decorreu de 13 de Setembro a 18 de dezembro de 2021, perfazendo um total de 360h de contacto. O Centro Hospitalar (CH) surge a 29 de Dezembro de 2005 e dispõe de todas as valências de cuidados diferenciados, tendo um papel muito importante para a sociedade. Este centro é constituído por 3 hospitais e tem como principal missão a *“prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e às decisões superiormente aprovadas”* (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, n.d.). Este centro desenvolve, igualmente, atividades complementares no âmbito do ensino pré e pós-graduado, investigação e formação.

Os princípios definidos pelo CH passam por: Humanização e não discriminação; Respeito pela dignidade individual de cada doente; Promoção da saúde na comunidade; Atualização face aos avanços da investigação e da ciência; Excelência técnico profissional; Ética profissional; Promoção da multidisciplinaridade e Respeito pelo ambiente. Tem definido como objetivos de atuação a prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno; o aumento da eficiência e eficácia, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável; o desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde; a implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, para minimizar o impacto da hospitalização e promoção da investigação e da formação profissional.

Como contextualização sobre o hospital onde realizei este estágio e segundo o que se sabe e o que está registado, em 1902 foi criado o Hospital Colonial de Lisboa, sob proteção do Ministério das Colónias, ficando inicialmente instalado no edifício da Cordoaria, onde também funcionava o Instituto de Medicina Tropical, e tinha como principal objetivo dar assistência médica a funcionários civis e militares que regressavam do Ultramar em condições debilitadas e com graves infeções. Posteriormente, em 1919, o estado adquiriu a Quinta do Saldanha à Junqueira onde

construiu um Pavilhão de Internamente que viria a ser inaugurado em 1925. Nos edifícios existentes funcionava a enfermaria tropical que se destinava a tratar doentes vindos do Ultramar. Em 1948, por despacho do Ministro do Ultramar, o anterior Hospital Colonial de Lisboa passou a chamar-se de Hospital do Ultramar, e aumentou, passando a haver um serviço de cirurgia, um pavilhão de doenças infeto-contagiosas, um serviço de radiologia e um serviço de análises clínicas. Em 1957 é inaugurado o Hospital do Ultramar definitivamente, após terem terminado as obras do edifício de Medicina e Cirurgia e restantes serviços. Nessa altura o hospital ficou organizado por serviços de 1ª, 2ª e 3ª classe, divididos pelo Pavilhão das Doenças Infeto-Contagiosas e pela Enfermaria Tropical. O hospital, tinha assim, o objetivo de tratamento de doentes e, também, em colaboração com o Instituto de Medicina Tropical, dedicar-se à investigação e ao ensino pós-graduado em doenças tropicais e infecciosas, para dar suporte aos médicos que se deslocavam para o Ultramar em missão de combate. Em finais dos anos 60, decidiu-se construir um novo edifício de 8 pisos para dar resposta às necessidades da época, que estaria ligado ao edifício velho, tendo este entrado em atividade a 6 de Março de 1975. É, então, em 2005, que surge o CH incorporando 3 hospitais, como atrás foi mencionado.

Tal como referi anteriormente, o meu estágio decorreu numa UCI, pertencente a este centro hospitalar, a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP). Esta é considerada uma das primeiras unidades de cuidados intensivos que surgiu em Lisboa, tendo comemorado 40 anos de existência em 2017 e presta assistência a pessoas em situação crítica que necessite de qualquer tipo de tratamento intensivo. Atualmente, é composta por dois níveis de assistência de cuidados definidos pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, nomeadamente assistência de nível II e de nível III, sendo 8 delas em “open space” e 3 em regime de quarto de isolamento, equipadas com vários dispositivos médicos essenciais para a prática clínica neste contexto. É um serviço de excelência e promove o desenvolvimento de programas de formação pós-graduada e treino tanto no que diz respeito à Medicina como à Enfermagem. Neste sentido, os contextos de aprendizagem devem ser locais cuidadosamente selecionados e preparados servindo de motor para o desenvolvimento de competências, pois *“a aprendizagem experimental é reforçada nas comunidades que apoiam a aprendizagem, e em climas organizacionais adequados”* (Benner, 2001, p.16).

A unidade está, assim, preparada para receber qualquer tipo de doentes vindos de vários serviços como: Serviço de Urgência, do Bloco Operatório, de qualquer área de

internamento do CH e de outros hospitais. Recebe, igualmente, doentes neurocríticos da Urgência da Área Metropolitana de Lisboa para intervenção emergente em casos de aneurisma cerebral e AVC agudo, encontrando-se munida de tecnologia essencial para dar resposta à falência multiorgânica, desde Suporte Extracorporal Renal e Hepático, Remoção Extracorporal de CO<sub>2</sub>, Oxigénio de Alto Fluxo, Neuromonitorização Multimodal, Calorimetria Indireta contínua, Monitorização Hemodinâmica Avançada (PICCO) e equipada com monitores e central de monitorização com acesso ao processo clínico (B-Simple) do doente à cabeceira do mesmo. Pude, por isso, contactar diariamente com doentes com diversas patologias, tendo doentes do foro médico, em choque séptico, com ARDS (Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda) e Infecção Respiratória e doentes cirúrgicos, sendo estes neurocríticos, doentes de otorrinolaringologia, doentes da vascular, doente de urologia, entre outros. A unidade tem, ainda, capacidade para receber doentes com necessidade de isolamento respiratório, uma vez que é constituída por 3 quartos de isolamento com pressão negativa, muito utilizados na atual situação pandémica em que se encontra o nosso país. Atualmente, são desenvolvidos vários projetos no âmbito da Campanha de Prevenção da Pneumonia Associada ao Ventilador, Protocolo da Hemorragia Subaracnoideia, Protocolo do Desmame do Ventilador, Sedo-Analgesia e Mobilização Precoce.

Relativamente à equipa, esta é constituída por 50 enfermeiros, distribuídos por 6 equipas constituídas por 7/8 elementos coordenados por um chefe de equipa, divida por turnos consoante o número de doentes presentes na unidade sendo que o rácio, por norma, considerado é de 1 enfermeiro para cada 2 doentes, sendo variável mediante a complexidade e gravidade dos doentes internados na unidade. Devido ao facto de ser uma unidade que requer uma grande diferenciação nos cuidados prestados, as equipas são compostas por 2/3 enfermeiros especialistas de forma a que seja possível prestar cuidados especializados, sendo assim, o enfermeiro tem o dever de *“aliar a qualificação adequada a uma capacidade de mobilização das suas competências profissionais, numa prática que alie os conhecimentos técnicos e científicos, dominando a tecnologia, sem esquecer a humanização do cuidado e, encarando, holisticamente, o cliente como um individuo único”* (José António Pinho, 2020, p.21). Assim, a constituição da equipa vai ao encontro das recomendações impostas em Diário da República, no que diz respeito à norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, onde é aconselhado que *“50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em*

*permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno” (OE, 2019a, p.145).*

A UCIP tem como principais objetivos a *“formação contínua dos elementos profissionais que o compõem, na procura constante da atualização científica e profissional e consequentemente na melhoria contínua dos serviços prestados aos utentes que procuram o serviço” (Missao-Visao-e-Valores @ Www.Chlo.Min-Saude.Pt, n.d.).*

Face às minhas necessidades de formação e aprendizagem no que diz respeito ao desenvolvimento de competências profissionais especializadas, defini como objetivo geral deste estágio desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica. Deste objetivo geral, surgiram 2 objetivos específicos sendo estes: desenvolver competências no cuidado especializado à Pessoa em Situação Crítica, internada na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à Pessoa em Situação Crítica admitida em contexto de Cuidados Intensivos, na área da prevenção e controlo de infeção.

No que diz respeito ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, posso afirmar que em ambiente de cuidados intensivos, face à complexidade dos doentes e à diversidade de situações que surgem, os enfermeiros dispõem de vários momentos ricos de aprendizagem, fundamentais para o desenvolvimento de competências importantes para a construção de um “eu” mais reflexivo, desperto para a observação e para a análise crítica, com uma autonomia e perspicácia notável, ampliando os seus horizontes e tornando-se consciente do seu papel na equipa que integra (José António Pinho, 2020). Cabe assim aos enfermeiros adotar uma postura de busca contínua de conhecimento, devendo as chefias proporcionar esses mesmos momentos de aprendizagens essenciais a uma prática de qualidade para o doente, trazendo igualmente ganhos para o serviço e para a instituição de saúde. Durante o estágio tive a oportunidade de apoiar a minha prática nos conhecimentos que fui adquirindo no decurso da minha prática profissional, assim como, na área académica através de pesquisas sobre várias temáticas essenciais para a prática de uma enfermagem segura e de excelência, tendo sempre como preocupação a atualização constante e o aprofundamento sobre as temáticas com as quais não estou tão familiarizada.

Lembro-me de uma situação em que contactei com um doente com uma traqueostomia. Tive a oportunidade de trabalhar anteriormente em cirurgia Cabeça e Pescoço do IPO de Lisboa sendo que a abordagem aos utentes submetidos a traqueostomia é algo com que estou familiarizada e com o qual me sinto confortável. Devido a isso, dotei-me de conhecimentos sobre as técnicas utilizadas para a limpeza das mesmas e quais os cuidados a ter para não lesionar a traqueia. Acontece que na unidade têm vindo a especializar-se na realização da técnica de colocação de traqueostomias percutâneas aos doentes, tendo até assistido a uma formação dada pelo fabricante sobre a colocação das mesmas. Na altura de prestação de cuidados a um doente com traqueostomia, questioneei a enfermeira sobre quais os cuidados que tinham com as mesmas e acabei por perceber que apesar de terem cuidados com a limpeza, com a pressão do cuff e com os cuidados associados à ventilação haviam procedimentos que tinha aprendido que não eram realizados, como fazer insuflações e desinsuflações do cuff 1 vez por turno para não lesionar a traqueia. Nesse sentido, partilhei os meus conhecimentos com os enfermeiros na altura sobre esta temática e posteriormente acabei mesmo por ter uma conversa formativa com alguns elementos, no momento da passagem de turno, sobre a minha perspetiva e os meus conhecimentos relativos a esta temática no sentido de melhoria dos cuidados prestados, sustentando sempre a minha prática com o apoio à literatura científica.

Recordo-me ainda de outra situação em que foi iniciado o desmame ventilatório a um doente. Não é de todo uma técnica/conhecimento com o qual tivesse contacto diariamente na minha prática profissional, pois em contexto de internamente não temos contacto com doentes ventilados apesar de ter exercido funções numa unidade de cuidados intermédios e atualmente encontro-me a começar funções num bloco de urgência onde por norma os doentes são ventilados, mas por curtos períodos de tempo decorrentes do tempo cirúrgico. Como tal, senti a necessidade aprofundar os meus conhecimentos para poder estar mais ciente de possíveis complicações, cuidados a ter e poder atuar da melhor forma. Recorri ao site e aos protocolos da Society of Critical Care Medicine que desenvolve uma campanha de libertação dos doentes dos efeitos nocivos da dor, agitação/sedação, delirium, imobilidade e perturbações do sono nas unidades, tudo fatores que facilitam o desmame ventilatório. Segundo a ICU Liberation, reduzir a duração do tempo de ventilação é uma meta importantíssima no que diz respeito à ventilação mecânica prolongada pois pode levar a resultados indesejáveis, como hospitalizações e permanências nas UCI's mais prolongadas (*ABCDEF-Bundles @*

*Www.Sccm.Org*, n.d.). Depois de me munir de maior conhecimento acerca desta temática, tornou-se mais fácil conseguir lidar com doentes ventilados.

A minha integração na unidade foi bastante facilitada na medida em que o enfermeiro orientador foi uma peça fundamental no meu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, promovendo a minha inclusão em todas as atividades do serviço e da equipa. Foi fundamental exercer funções junto do enfermeiro orientador na medida em que este possuía uma vasta experiência em contexto de UCI, assumindo atualmente funções de chefia de equipa no serviço.

Tive a oportunidade de assistir a inúmeras transmissões de informação de turno, fundamentais para a continuidade dos cuidados prestados e para a gestão do serviço, onde eram passadas todas as informações relevantes sobre o desenvolvimento favorável ou desfavorável dos doentes internados no serviço e onde eram discutidas, muitas vezes, situações, problemas e experiências dos elementos das equipas fundamentais para a prestação de cuidados. Tal como referi anteriormente, a unidade preocupa-se muito com a formação de todos os seus elementos, assim pude assistir por diversas vezes a ações de formação decorrentes das necessidades levantadas pelo serviço sobre as melhores práticas a adotar na prestação de cuidados direta aos doentes. Participei em algumas dessas formações que eram realizadas juntamente com o enfermeiro orientador e tive, igualmente, o privilégio de estar presente no seminário anual realizado pelo UCIP, desenvolvido e criado pelos enfermeiros do serviço onde se debateram várias temáticas importantes, como os resultados da auditoria da higienização das mãos referentes ao ano anterior, técnicas não farmacológicas do alívio da dor, terapia de vácuo, úlceras por pressão, entre outros.

Durante o período de estágio, foi-me, igualmente, possível fazer parte da Comissão Organizadora do Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR EM SAÚDE”, no qual foram debatidos temas essenciais para a tomada de decisão (ANEXO I).

Outra das competências que fui desenvolvendo ao longo do estágio diz respeito à “*participação na construção da tomada de decisão*” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4746). Considero, que ao trabalhar em equipa estamos diariamente a trabalhar para uma tomada de decisão conjunta de forma a ajudar o doente crítico na fase de doença aguda. Na UCI, este trabalho em equipa é ainda mais importante. Daquilo que pude experienciar, consegui perceber que a troca de ideias e a tomada de decisão na unidade é fundamental. Há uma cumplicidade muito grande entre médicos, enfermeiros e

assistentes operacionais. Todos juntos, tentam tomar as melhores decisões possíveis de forma a que os cuidados prestados à pessoa sejam os mais adequados e promotores da recuperação da mesma. Face a isto, posso afirmar que ao estreitar laços com toda a equipa multidisciplinar foi mais fácil adequar as minhas intervenções às necessidades da pessoa em situação crítica, desenvolvendo uma prática baseada na troca de experiências e de conhecimentos essencial para todo o plano de cuidados. O trabalho em equipa é fundamental não só para que haja um bom espírito de equipa entre toda a equipa multidisciplinar, mas também porque facilita a recuperação da pessoa em situação crítica. Ao discutir o caso clínico da pessoa, estamos a trabalhar no sentido de promoção da saúde da mesma e sua recuperação o mais precocemente possível.

Chamo a texto uma situação de um doente que esteve internado na unidade com diagnóstico recente de leucemia embora em estadio de desenvolvimento muito avançado. O doente tinha sido extubado, mas após extubação sempre com grande dificuldade respiratória, com necessidade de fazer *Cough Assist*, que não é mais do que “*um in-exsufador mecânico (MI-E) que utiliza uma técnica conhecida como “insuflação-exsufação mecânica”, que projeta uma aplicação gradual de pressão positiva às vias aéreas, seguida por uma rápida troca para pressão negativa. O fluxo de ar inalado lentamente/expirado rapidamente simula o processo de tosse natural, enquanto evita problemas potencialmente associados aos procedimentos mais invasivos*” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.2). Nesta situação, lembro-me de discutir o caso com a médica responsável pelo doente e com o fisioterapeuta que dá apoio aos doentes da unidade no sentido de perceber se a alteração anatómica do doente derivada do quadro clínico atual poderia estar a causar aquela dificuldade respiratória. Com esta experiência foi possível partilharmos ideias e conhecimentos no sentido de perceber qual a melhor estratégia a adotar naquele caso de forma a promover a recuperação do doente em questão. Sem trabalho em equipa, dificilmente seria possível adequar os cuidados à pessoa em situação crítica.

O respeito e a promoção dos Direitos Do Homem é uma responsabilidade de todos e de cada. O enfermeiro está vinculado, ética e deontologicamente, à promoção ativa, salvaguardando os direitos humanos, sendo um agente permanente na defesa e promoção dos Direitos Humanos, na educação responsável e para a capacitação dos cidadãos no reconhecimento e proteção contra qualquer forma de abuso ou violação. Assim, o Enfermeiro, “*é a demonstração do despertar e do sensibilizar para a Declaração dos Direitos Humanos*”. As suas intervenções visam, por isso, “*responder*

*às necessidades específicas da pessoa, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, à promoção do bem-estar e do autocuidado, à gestão e reajustamento após os eventos de doença, incapacidade ou violação de direitos”* (OE, 2020). Posso, por isso, afirmar que ao longo do estágio, tive especial atenção na defesa dos direitos humanos da pessoa em situação crítica, promovendo a confidencialidade dos dados e a segurança da informação escrita e oral, quer na transmissão durante a passagem de turno, quer nas notas escritas em diário clínico, medida que aliás tem sido uma prática recorrente na minha profissão. Tive o cuidado de respeitar a privacidade dos doentes, prestando cuidados sempre com as cortinas da unidade fechadas e não expondo o doente a situações de constrangimento como, por exemplo, destapando-o, ficando este vulnerável. Respeitei, da mesma forma, os valores, costumes e crenças espirituais, percebendo sempre junto da pessoa ou sua família as suas práticas habituais.

Um dos pontos da avaliação inicial que na UCIP têm a preocupação de preencher diz respeito às crenças religiosas do doente de forma a poder adequar os cuidados face às necessidades do doente, tendo sempre em conta as suas decisões e crenças religiosas. Lembro-me de uma situação de um doente que estava internado na unidade, que tinha como costume dormir com um terço sempre em cima da mesa de cabeceira. Numa das visitas da esposa, esta pediu-me se poderia deixar o terço na cabeceira do mesmo explicando que era um ritual importante para o esposo, um sinal de força, devoção e esperança para este. Depois de falar com o orientador e com a enfermeira chefe, foi autorizada a permanência do terço junto à unidade do doente. É com estes gestos que se constrói uma prática humanizada, onde não nos cingimos apenas

à técnica, tendo em conta as vontades e crenças de cada um e individualizando os cuidados prestados, pois *“Cuidar do outro é acolhê-lo, respeitá-lo, dar-lhe paz e quietude, é ser capaz de restituir, a cada momento a parte do humano que possa ter-se perdido; é saber otimizar o conhecimento e dar-lhe um sentido; é reconhecer em cada outro, cada um, e em cada um, cada outro; é incluir a dignidade humana e os direitos humanos como parte inalienável do sentido da vida; é colocar o outro em primeiro lugar numa ética de cuidado, de respeito e, sim de compaixão e amor”* (OE, 2020).

Desenvolvi competências no âmbito da avaliação da qualidade da prática clínica, observando e colaborando durante alguns dias na auditoria da lavagem e desinfeção das mãos no serviço, tendo estado igualmente presente no dia da auditoria realizada ao serviço para a acreditação do mesmo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS,

1993) a qualidade é definida como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente dos recursos e o mínimo de risco para o paciente, além do alto grau de satisfação por parte dos utilizadores, considerando-se essenciais os valores sociais existentes (José Pinho, 2020). A qualidade é subjetiva e dinâmica, variando consoante vários fatores como os progressos científicos, não havendo por isso uma definição consensual. Apesar disso, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados deve ser o foco da prática de todos os profissionais de saúde, devendo ser entendida como um processo dinâmico e exaustivo. Para isso, torna-se imperativo a adoção de uma prática baseada na evidência (OE, 2012). Ao avaliar, juntamente, com a enfermeira orientadora os elementos da equipa relativamente à higienização das mãos, tive presente as *guidelines* atualizadas de forma a identificar eventuais lacunas que pusessem em causa o cumprimento da ação.

Posso afirmar que aperfeiçoei as minhas competências na área da relação terapêutica. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício da profissão de enfermagem caracteriza-se por uma parceria que é estabelecida entre enfermeiro e pessoa, tendo como principal objetivo o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da mesma (*PARECER n.º 18 / 2011 A*, 2011). “*O cuidado centrado na família é um conceito com raízes na Enfermagem, que, ao assumir uma abordagem holística, não pode separar as necessidades dos doentes das dos familiares*” (José Pinho, 2020, p.312). Durante estes meses, que passei na UCIP, apercebi-me verdadeiramente da importância da relação terapêutica que é desenvolvida não só entre enfermeiro e pessoa, mas também na relação enfermeiro e família. Todos os dias, os familiares eram informados telefonicamente sobre o desenvolvimento do estado clínico dos doentes e eram marcadas visitas presenciais consoante as possibilidades do serviço apesar das contingências impostas pelo COVID. Tive, por isso, várias oportunidades para participar ativamente nesta relação terapêutica, entre enfermeiro/doente e enfermeiro/família.

Recordo-me novamente de uma situação, que anteriormente já foi mencionada e que diz respeito a uma pessoa que se encontrava doente em estadió de desenvolvimento avançado da doença e por ser uma patologia tão recente os familiares ainda não estavam munidos das ferramentas necessárias para abordar a situação. Num dos dias de visita, o filho e a esposa do doente abordaram-me no sentido de perceber um pouco mais sobre o diagnóstico do seu familiar e se havia algum resultado dos testes de compatibilidade que tinham realizado para uma possível doação de medula. O doente encontrava-se instável,

em choque séptico e naquele momento o mais importante era estabilizá-lo e não proceder a um possível transplante de medula. Ao falar com a família apercebi-me que o “assunto do transplante” constituía uma esperança para aquela família. De imediato senti que tinha que fazer alguma coisa para ajudá-los aceitar a evolução favorável ou desfavorável do seu familiar, pois o prognóstico era reservado e pouco esperançoso. Solicitei a colaboração da equipa médica que em conjunto e com uma abordagem multidisciplinar, procedemos à explicação ao filho e à esposa a atual situação do mesmo. Depois de explicada a real situação clínica, foi visível um desanimo profundo por parte dos familiares e tive que agir facultando algum apoio emocional de escuta ativa, com alguns momentos de silêncio e de presença física. A Enfermagem, devido à proximidade com o doente e sua família, ocupa um lugar de destaque na detenção precoce de sinais de alarme, como o stress, assim a “chave” potenciadora de ganhos em saúde tanto para o doente como sua família prende-se com o cuidado holístico e continuado, no qual é garantido acompanhamento face às necessidades identificadas pela família (José Pinho, 2020).

Nestas situações, é essencial que os familiares estejam cientes da real condição clínica dos doentes apesar de muitas vezes estas serem dolorosas e sofridas e cabe-nos a nós, equipa multidisciplinar, fornecer o apoio necessário nas diferentes situações, caso isso seja da vontade da pessoa doente. *“A essência dos cuidados de Enfermagem é a ação interpessoal do enfermeiro e da pessoa ou grupo de pessoas beneficiárias desses cuidados, visando produzir nestes um resultado terapêutico, contribuindo para o seu bem-estar, para a sua serenidade e não no sentido restritivo de curar ou de tratar. O acessório dos cuidados de Enfermagem é o conjunto de técnicas, dos protocolos, das terminologias utilizados pelos enfermeiros.”* (PARECER n.º 18 / 2011 A, 2011, p.2).

A prevenção e controlo de infeção são uma temática de extrema importância nestas unidades, pois a sua taxa de prevalência é *“mais elevada em comparação com as de outras especialidades, sendo o risco de aquisição de uma infeção até 5 ou 10 vezes superior”* (José Pinho, 2020, p.162), razão pela qual defini como segundo objetivo específico contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à Pessoa em Situação Crítica admitida em contexto de Cuidados Intensivos, na área da prevenção e controlo de infeção. As infeções descritas como sendo mais comuns encontram-se inteiramente relacionadas com o plano de tratamento e a necessidade da presença de dispositivos e intervenções invasivas como a pneumonia associada à ventilação (PAV), a bacteriemia associada ao CVC, a infeção urinária

associada ao cateter vesical e a infeção do local cirúrgico, representando cerca de 80% das IACS em cuidados intensivos (José Pinho, 2020).

Para minimizar a ocorrência destas infeções é necessário que os profissionais que trabalham em unidades de saúde, em especial em unidades de cuidados intensivos, estejam despertos para esta temática, adotando medidas promotoras das boas práticas, como uma boa higienização das mãos, desinfeção de torneiras e conexões em acessos venosos/arteriais, troca de luvas em determinados procedimentos, entre outros. Por isso, as intervenções dos enfermeiros especializados são importantes no cumprimento rigoroso dos padrões de qualidade, como agentes fundamentais na *“prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas”* (OE, 2018, p. 19364).

Na UCIP, posso afirmar que de acordo com o que fui observando toda a equipa multidisciplinar é bastante preocupada com o controlo de infeção, isolando os doentes que se encontram infetados colocando uma sinalética junto da unidade sobre o organismo multirresistente com o qual o doente está infetado apesar da unidade se encontrar disposta em *Open Space*; desinfetando sempre as conexões dos CVC's e acessos venosos periféricos antes de administrar alguma terapêutica ou das linhas arteriais antes de colher gasimetrias; trocando sempre de luvas várias vezes durante os cuidados de higiene, conforme as normas da DGS e da equipa PPCIRA do hospital (Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e Resistências a Antimicrobianos) o determinem. Face a isso, durante o estágio, tentei agir sempre de forma a prevenir possíveis focos de infeção para o doente, adotando medidas e estratégias fundamentais para a prevenção e controlo de infeção, como a higienização das mãos nos cinco momentos preconizados pela DGS, a utilização de equipamento de proteção individual (EPI), a desinfeção com cloro-hexidina a 2% em álcool, a manutenção diária do CVC e a remoção precoce do mesmo em caso de sinais de infeção. Durante o estágio, não posso deixar de evidenciar que uma das medidas que mais aprofundei neste contexto diz respeito à utilização das medidas básicas de proteção individual, sendo essencial a consciencialização da sua necessidade durante a prestação de cuidados, uma vez que pude contactar primeiramente com pessoas infetadas com SARS-CoV 2. Neste sentido, tive que estar desperta para a correta colocação e remoção dos EPI's de forma a minimizar possíveis infeções cruzadas, contribuindo assim para uma mudança de prática em contexto de exercício profissional.

Durante o estágio, iniciei o meu trabalho de investigação essencial para a realização da minha *scoping* sobre as estratégias de adesão dos profissionais de saúde às recomendações da prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares que apesar de não ter ficado concluído aquando do término do mesmo, ficou combinado que posteriormente iria à unidade deixar o resumo e o poster que foi a concurso ao 16º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem realizado na Universidade Católica do Porto, referente aos resultados identificados com a realização do estudo (APÊNDICE IV, V e ANEXO II).



## Conclusão

Com a elaboração deste relatório pretendo espelhar o caminho que percorri ao longo deste Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Pessoa em Situação Crítica, demonstrando as competências que desenvolvi, ferramentas essenciais para o meu crescimento enquanto futura Enfermeira Mestre e Especialista. Este caminho percorrido, foi crucial para o meu aperfeiçoamento profissional que só foi possível graças à minha vontade de querer saber mais, à procura de uma aprendizagem mais especializada em enfermagem e ao subsídio dado pelos enfermeiros dos contextos de estágio.

Ao ingressar neste curso de mestrado, foi com a certeza de que, através das vivências que fui experienciando ao longo dos diferentes contextos clínicos, seria capaz de aperfeiçoar a minha prática e crescer enquanto enfermeira. O Mestrado em Enfermagem tem como principal objetivo a formação contínua dos enfermeiros que prestam cuidados, tendo em vista a produção de conhecimento científico e tecnológico inovador, gerando frutos que possam ser aplicados na prática profissional, transformando-a (Padilha, Maliska, Costa, Benedet, Gelbcke & Anders, 2020).

Ao longo da redação deste relatório fui partilhando experiências pelas quais fui passando e que foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional, mobilizando a teoria com prática e fundamentando sempre as minhas intervenções, essenciais à aquisição de competências científicas, técnicas, éticas, legais e relacionais. À construção deste percurso, aliei as minhas vivências e saberes adquiridos ao longo do percurso profissional desenvolvido até então. O facto de nunca ter trabalho em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica permitiu que a minha aprendizagem fosse mais enriquecedora, na medida em que primeiramente obrigou-me a entender as particularidades da pessoa em situação crítica, como um ser cuja vida se encontra constantemente ameaçada e que necessita da intervenção precoce dos enfermeiros em diversas circunstâncias e obrigou-me a crescer na enfermagem, consciencializando-me das competências requeridas ao enfermeiro especialista em doente crítico.

Todo este percurso foi marcado por uma constante análise crítica e reflexiva, tanto individual como coletiva, realizada com os enfermeiros orientadores e com toda a equipa que integrei durante este percurso, bem como com a professora orientadora, peças fundamentais para a construção de um caminho em enfermagem alicerçado na

consolidação de competências e aquisição de novos conhecimentos até então desconhecidos. É através de prática reflexiva que o profissional aprende, reconhece e aplica as regras e competências, raciocina tendo em conta as experiências pelas quais passou, constrói uma nova forma de compreensão da ação, muda a sua prática, reforça a sua autoconfiança e desenvolve a sua autoestima, para isso, *“é preciso garantir ao profissional o saber-fazer sólido, teórico e prático, perspicaz e criativo”* é através da reflexão *“sobre o observado e o vivido, por meio de situações práticas reais, é possível capacitar o profissional a enfrentar e tomar decisões apropriadas diante de situações instáveis e complexas, sempre novas, diferentes, ambíguas e confusas que se apresentam ao longo da vida”* (Netto, Silva, Rua, 2018, p.3).

Refletindo sobre os prós e os contras de todo este caminho que tive o prazer de vivenciar, considero que um dos pontos benéficos se prende com os profissionais que me orientaram neste percurso, nos quais incluo os orientadores de estágio e as próprias equipas com as quais tive o privilégio de colaborar, aprender e conviver, fundamentais para o meu processo de aprendizagem. Sem este acompanhamento, não teria sido possível desenhar o caminho que realizei, tendo sido essenciais para o meu crescimento profissional e para a consolidação dos meus conhecimentos. Tive, também, a facilidade de poder estar em contacto com realidades diferentes das do meu quotidiano que foram, sem dúvida, um desafio para a minha aprendizagem, pondo-me a prova diariamente, exigindo a procura constante de novos saberes e servindo de suporte para um crescimento do meu desempenho prático e cognitivo. Referencio como fator menos benéfico a curta durabilidade dos estágios, tornando-se muitas vezes difícil atingir os objetivos delineados inicialmente, para além de ser bastante exigente a conjugação da parte profissional com a parte académica.

Assim, o papel dos estágios é fundamental na aquisição e consolidação de competências, nestes contextos consegui identificar os distintos circuitos pelos quais a pessoa em situação crítica atravessa, e através de uma conduta profissional, na interação com a família, considero ter promovido um ambiente facilitador e confortador, na vivência deste processo transicional. Neste sentido os locais de aprendizagem devem ser cuidadosamente selecionados uma vez que *“a aprendizagem experimental é reforçada nas comunidades que apoiam a aprendizagem, e em climas organizacionais adequados”* (Benner, 2001, p.16).

Sendo este percurso formativo uma área não só de especialidade, mas também de mestrado e tendo este como intuito o aprofundamento das competências

especializadas em Enfermagem, é necessária a componente de investigação. Ao longo deste processo de aprendizagem, compreendi que a atribuição deste título de mestre tem um papel de grande importância para a comunidade científica, uma vez que possuímos uma responsabilidade acrescida na continuidade da investigação, fator essencial para o crescimento da Enfermagem.

A escolha do meu tema de investigação partiu de uma vontade que sempre tive relativamente ao tema da infeção, mas surgiu igualmente, de uma constatação que fiz durante o contexto prático, onde pude verificar que esta temática da infeção apesar de ser já bastante estudada, continua a ser uma das grandes preocupações das equipas e dos serviços, na medida em que todos referiram algumas dificuldades em cumprir todos os objetivos traçados pelas comissões de controlo de infeção hospitalar. Daí surge, o trabalho de investigação que realizei juntamente com a colega de mestrado relativo às estratégias de adesão dos profissionais de saúde às recomendações de prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares. Com a realização desta *Scoping Review*, foi-me possível desenvolver competências de investigação, componente exigida para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Findo este ciclo de estudos, com a certeza que este percurso, académico e profissional, foi preponderante para o meu crescimento enquanto enfermeira e futura especialista e mestre em Enfermagem, na medida em que considero ter ganho competências para uma prestação de cuidados mais atenta, mais dedicada e com maior preocupação para com a pessoa e sua família, tendo sempre em conta as várias transições porque vão passando ao longo do processo saúde-doença. Considero, igualmente, um crescimento no âmbito do trabalho em equipa fundamental para o desenvolvimento de uma prática de qualidade, em que a segurança do outro tem primordial enfoque, e para o desenvolvimento de uma prática de excelência, centrada na evidência científica anteriormente investigada por futuros colegas especialistas.

Assim, ao ter consciência das minhas limitações e das minhas capacidades, consigo prestar um cuidado mais centrado no outro e nas suas necessidades com dedicação e empenho. *“Consciente de si, cada um de nós cuida de si e pensa no seu futuro; no fundo, vive em cuidado consigo próprio, quer a preocupação seja racional ou emotiva. Os outros, nos quais a pessoa se revê e com os quais se relaciona, são também objeto de cuidado, pela solicitude, pelo zelo, pela dedicação, pelo interesse, pela preocupação sentida e, por vezes, demonstrada. Às coisas e ao mundo em geral, a pessoa dedica atenção, diligência, trabalho, fazendo delas objeto de cuidado. A*

*existência humana, de cada ser humano, revela-se assim no cuidado de si, na solicitude pelos outros e na preocupação e ocupação pelo mundo” (Margarida Vieira, 2009, p.82).*



## Referências Bibliográficas

- *ABCDEF-Bundles* @ *www.sccm.org*. (n.d.).  
<https://www.sccm.org/ICULiberation/Home/ABCDEF-Bundles>
- AESOP. (2012). ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA da Filosofia à Prática dos Cuidados. LUSODIDACTA – ISBN: 978-972-8930-16-5
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072005000300008>
- Alkubati, S. A., Ahmed, N. T., Mohamed, O. N. E., Fayed, A. M., & Asfour, H. I. (2015). Health care workers' knowledge and practices regarding the prevention of central venous catheter-related infection. *American Journal of Infection Control*, 43(1), 26–30. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2014.09.021>
- Aprendiz (2018). Hospital São José. [http://aprendis.gim.med.up.pt/index.php/Hospital\\_São\\_José](http://aprendis.gim.med.up.pt/index.php/Hospital_São_José)
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto.
- Blanco-Mavillard, I., Bennasar-Veny, M., De Pedro-Gómez, J. E., Moya-Suarez, A. B., Parra-Garcia, G., Rodríguez-Calero, M. Á., Castro-Sánchez, E., Moreno-Mejías, L., Sánchez-Rojas, C., Molero-Ballester, L., Fernández-Fernández, I., Prieto-Alomar, A., Ferrer-Cruz, F., Cardona-Rosello, J., Zaforas-Sánchez, S., Mut-Salvà, G., & Gómez-Queipo, V. (2018). Implementation of a knowledge mobilization model to prevent peripheral venous catheter-related adverse events: PREBACP study-a multicenter cluster-randomized trial protocol. *Implementation Science*, 13(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0792-z>
- Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E. P. E. (n.d.). *Historia @ Wwww.Chlo.Min-Saude.Pt*. <http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/historia>
- Coimbra, N. (2021). Enfermagem de Urgência e Emergência. Lidel Enfermagem – ISBN: 978-989-752-574-2
- Conselho de Enfermagem. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2012. Disponível em <http://www.ordemdosenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

- Correia, M. D. L., & Duran, E. C. M. (2017). Conceptual and operational definitions of the components of the nursing diagnosis Acute Pain (00132). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2973. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2330.2973>
- Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>
- Decreto-Lei nº74/2006, de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei nº107/2008, de 25 de junho, pelo Decreto-Lei nº230/2009, de 14 de setembro, pelo [Decreto-Lei nº115/2013](#), de 7 de agosto e pelo Decreto-Lei nº63/2016 de 13 de setembro.
- de Lourdes de Almeida, M., Segui, M. L. H., Maftum, M. A., Labronici, L. M., & Peres, A. M. (2011). Management tools used by nurses in decision-making within the hospital context | Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. *Texto e Contexto Enfermagem*, 20, 131–137. <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-83455176235&partnerID=MN8TOARS>
- DGS (2018). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Segurança.
- Dias, C.S. (2010). Prevenção da Infecção nasocomial - ponto de vista do especialista. revista Portuguesa de Medicina Intensiva, 17 (1): 47-53. [https://www.spci.pt/media/revistas/REV\\_Mar10\\_Volume17N1.pdf](https://www.spci.pt/media/revistas/REV_Mar10_Volume17N1.pdf)
- Direção Geral de Saúde (2011). Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório técnico final.
- Direção Geral da Saúde. (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. *Norma N°022/2015 de 16/12/2015*, 2015(002/2015), 1–26. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>
- DGS (2018). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos – Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. Disponível em: <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>
- DGS (2013) – Prevenção da infecção no local cirúrgico – Norma no 024/2013 de 23/12/2013. Disponível em: <https://www.dgs.pt>

- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo De Infeções E De Resistência Aos Antimicrobianos 2017. ISSN: 2184-1169. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Duarte, A., Martins, O., (2014). Enfermagem em Bloco Operatório. Lidel Enfermagem – ISBN: 978-972-7579-58-4
- Fassarella, C. S., Silva, L. D. da, Carmerini, F. G., & Figueiredo, M. do C. A. B. (2019). Cultura de segurançados enfermeiros entre os serviços de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 767-773. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0376.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes - Uma abordagem prática*. Lousã: Lidel.
- Feliz, A. M. As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS)TecoHospital n.º 91. 1 de Abril de 2019. Disponível em: <http://www.tecnohospital.pt/noticias/infeco-es-associadas-aos-cuidados-de-saude/>
- Figueiredo, A. (2004). *Ética e Formação em Enfermagem*. Climepsi Editores.
- Freitas, M. S. (2020). Direitos do Homem e a Enfermagem. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/sul/noticias/conteudos/declaração-universal-dos-direitos-humanos/>
- Garcia-Gasalla, M., Arrizabalaga-Asenjo, M., Collado-Giner, C., Ventayol-Aguiló, L., Socias-Mir, A., Rodríguez-Rodríguez, A., Pérez-Seco, M. C., & Payeras-Cifré, A. (2019). Results of a multi-faceted educational intervention to prevent peripheral venous catheter-associated bloodstream infections. *Journal of Hospital Infection*, 102(4), 449–453. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2019.02.004>
- Haraden, C. Bundle o que é?. HD Saúde. 23/06/2017. Disponível em: <https://www.hdsaude.com.br/bundle-o-que-e/>
- JBI. (2020) JBI Manual for evidence synthesis: scoping reviews chapter. Disponível em: <https://jbi.global/scoping-review-network/resources>
- Lapa, E. Qual a diferença entre cirurgia de emergência, de urgência e eletiva?. 2014. Disponível em: <https://cardiopapers.com.br/qual-diferenca-entre-cirurgia-de-emergencia-de-urgencia-e-eletiva/>

- Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. (2019). Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. *Diário Da República, 1.ª Série*, pp. 55–66. Obtido em: <https://dre.pt/application/conteudo/124417108>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, LLC. ISBN: 978-0-8261-0535-6
- Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Hilfinger, D. & Schumacher, K. (2000). *Experiencing Transitions an Emerging Middle-Range Theory*. *Adv Nurs Sci*, 23 (1), 12-28.
- Ministério da Saúde. (2013). Despacho n.º 2902/2013 de 22 de fevereiro de 2013. *Diário Da República*, 38, 7179–7180. <https://dre.pt/application/file/1937273>
- Ministério da Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva*. República Portuguesa.
- Ministério da Saúde. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *2.ª Série, N.º 135*, 19359–19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- *missao-visao-e-valores @ www.chlo.min-saude.pt*. (n.d.). <https://www.chlo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/missao-visao-e-valores>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Altman, D., Antes, G., Tugwell, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), 1–6. Obtido em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Moreira, M. A. (1999). A teoria da aprendizagem significativa de Rogers. In *Teorias da Aprendizagem* (pp. 139–149). [http://leticiafrancomartins.pbworks.com/w/file/97972008/Cap 9 Moreira.pdf](http://leticiafrancomartins.pbworks.com/w/file/97972008/Cap%209%20Moreira.pdf)
- Mourão, C. M. L., Albuquerque, A. M. S., Silva, A. P. S., Fernandes, A. F. C. (2009). Comunicação em Enfermagem: um revisão bibliográfica. *Revista Rene*. Fortaleza, v.10, n. 3, p.139-145. Disponível em: [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4151/1/2009\\_art\\_cmlmourao.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4151/1/2009_art_cmlmourao.pdf)

- Nascimento, L. H.; Guerra, G. M.; Nunes, J. G. P.; Cruz, D. A. L. M. Estratégias de retenção de profissionais de enfermagem nos hospitais: protocolo scoping review. *Revista de Enfermagem Referência*, vol IV, núm. 22, pp.161-168, 2019. <https://doi.org/10.12707/RIV19033>
- Netto, L., Silva, K. L., Rua, M. S. (2018). Prática reflexiva e formação profissionais: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. 2018; 22 (1): e20170309.
- O'Grady N., Alexander M., Burns L., Dellinger E., Garland J., Heard S., et al. Summary of Recommendations: Guidelines for the prevention of Intravascular Catheter-related Infections. *Clinical Infectious Diseases*. 2011; 52(9): 1087-1099.
- Oliveira, L.N., Queirós, P.J. & Castro, F.V., (2015). A Competência Profissional dos Enfermeiros. Um Estudo em Hospitais Portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. INFAD Revista de Psicologia, Nº2-Vol.1, 2015. ISSN: 0214-9877, pp: 143-158. Disponível em: [http://dehesa.unex.es/flexpaper/template.html?path=/bitstream/10662/6414/1/0214-9877\\_2015\\_1\\_2\\_143.pdf#page=1](http://dehesa.unex.es/flexpaper/template.html?path=/bitstream/10662/6414/1/0214-9877_2015_1_2_143.pdf#page=1)
- Ordem dos Enfermeiros, O. (2018). Parecer N.º 15 / 2018: Funções Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Nas Unidades De Cuidados Intensivos/Serviços De Medicina Intensiva. *Parecer n.º 15/2018, 2018*, 1–4. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%BA15\\_2018-fun%E7%F5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%BA15_2018-fun%E7%F5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf)
- Ordem dos enfermeiros. (2012). *Parecer N°09/2012: Orientação de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem*. C, 2007–2010. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer19\\_C\\_E.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer19_C_E.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer N°55/2017: Utilização de Cough Assist*, 2016-2019. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE\\_Parecer\\_55\\_UtilizacaoCoughAssist.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_55_UtilizacaoCoughAssist.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº26*, 4744–4750. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- OE. (2019a). Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.Regulamento, nº 743/3019. *Diário Da República, II Série (Nº 184 de 25-09-2019)*, pp. 128–155. Obtido em: <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>
- OE. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República, 2.ª Série*, pp. 19359–19370. Obtido em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Padilha, M. I., Maliska, I. A., Costa, R., Benedet, S. A., Gelbcke, F. L., Anders, J. C. (2020). Mestrado Profissional: preparando o enfermeiro do futuro. *Revista Brasileira Enfermafem*. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0007>
- *PARECER n.º 18 / 2011 A.* (2011). *Oe 2001*, 1–3. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer18\\_2011CE\\_terapias alternativas contempladas\\_pratica\\_enfermagem\\_CIPE.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer18_2011CE_terapias alternativas contempladas_pratica_enfermagem_CIPE.pdf)
- Pereira Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 24. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/ree/v20n1/1409-4258-ree-20-01-00189.pdf>
- Petronilho, F. (2007). *Preparacao do Regresso a Casa 2007.pdf*.
- PINHO, José A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel - Edições Técnicas, Lda. ISBN edição Impressa: 978-989-752-419-6
- Porto Editora - infecção no Dicionário infopédia da Língua Portuguesa sem Acordo (em linha). Porto: Porto Editora. (consult. 2022-02-23 15:54:49). Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa-aao/infecção>
- Rabiais, I. (2016). *A Centralidade do Estudante na Aprendizagem do Cuidado: A natureza da interação no processo de cuidar*. Novas Edições Académicas. Lisboa.

- Regulamento N° 429 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação Crónica. Assembleia da República. Diário da República, 2ª série N°135 de 16-07-2018, 19359-19370. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Reis, P. Observação de aulas e avaliação do desempenho docente. Ministério da Educação - Conselho Científico para a Avaliação de Professores. Junho de 2011. ISBN: 978-989-97312-1-9
- Reynolds, H., Dulhunty, J., Tower, M., Taraporewalla, K., & Rickard, C. (2013). A snapshot of guideline compliance reveals room for improvement: A survey of peripheral arterial catheter practices in Australian operating theatres. *Journal of Advanced Nursing*, 69(7), 1584–1594. <https://doi.org/10.1111/jan.12018>
- Ribeiro, M. P. L., Martins, M. M. F. P. S., Tronchin, D. M. R., Forte, E. C. N.. O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. 2018; 27 (2):e3970016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>
- Seong-, C., & Choi, S. A. (2020). *Fatores que afetam a prática da administração intravenosa para prevenção de infecção por enfermeiros em hospitais de pequeno e médio porte* Fatores que influenciam a adesão na prática intravenosa para prevenção de infecções entre enfermeiros em hospitais d. 27(4).
- Serra, M. N. (2008). Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Sísifo – Revista de Ciências da Educação*, nº5, Jan/Abr 2008, ISSN 1646-4990. <http://sisifo.ie.ulisboa.pt/index.php/sisifo/article/view/93>
- Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Servir*, 55 (1/2), 11-20.
- Silva, D. S., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Rocha, F. L. R., & Caldana, G. (2014). A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e

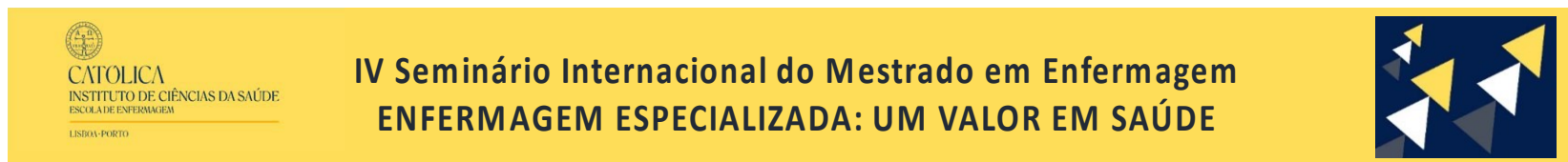
emergência. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 16(1), 211–9. <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615>

- Taylor, J. E., McDonald, S. J., & Tan, K. (2015). Prevention of central venous catheter-related infection in the neonatal unit: A literature review. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 28(10), 1224–1230. <https://doi.org/10.3109/14767058.2014.949663>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (p. 764).
- Tsuchida, T., Makimoto, K., Toki, M., Sakai, K., Onaka, E., & Otani, Y. (2007). The effectiveness of a nurse-initiated intervention to reduce catheter-associated bloodstream infections in an urban acute hospital: An intervention study with before and after comparison. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1324–1333. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.07.008>
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – Enfermagem Competências e Responsabilidade no Cuidado Humano. Mestrado de natureza profissional. 2016/2017
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – **“Guião para a organização e apresentação do Relatório de Estágio no âmbito de Mestrado em Enfermagem” (natureza profissional)**. 2015
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – **Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem, de Natureza Profissional**. Atualizado em 2017
- Vandijck, D. M., Labeau, S. O., Secanell, M., Rello, J., & Blot, S. I. (2009). The role of nurses working in emergency and critical care environments in the prevention of intravascular catheter-related bloodstream infections. *International Emergency Nursing*, 17(1), 60–68. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2008.07.005>
- Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro: da paixão à proficiência*. 2ª ed. – Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2009 – p.158. ISBN 978-972-54-0195-8
- Yagnik, L., Graves, A., & Thong, K. (2017). Plastic in patient study: Prospective audit of adherence to peripheral intravenous cannula monitoring and documentation guidelines, with the aim of reducing future rates of intravenous cannula-related complications. *American Journal of Infection Control*, 45(1), 34–38. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.09.008>



# ANEXOS

## ANEXO I – Certificado da Comissão Organizadora do IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR EM SAÚDE



### CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **MARIANA DE SOUSA VIEIRA DO COITO**, integrou a Comissão Organizadora do **IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, realizado no dia **26 de novembro de 2021**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

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



Universidade Católica Portuguesa

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

## ANEXO II – Certificado de Participação e Apresentação de Poster no 16º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem

 <p><b>CATÓLICA</b> INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM</p> <hr/> <p>LISBOA · PORTO</p>	 <p><b>CATÓLICA</b> CIIS · CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE</p> <hr/> <p>LISBOA · PORTO · VISEU</p>
<p>Declara-se que,</p>	
<p><b>Jordana Moniz Moreira; Mariana Coito; Manuela Madureira; Filipa Veludo</b></p>	
<p>apresentaram no 16.º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem um Poster subordinado ao tema «<i>Estratégias de adesão dos profissionais de saúde às recomendações de prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares: Scoping Review</i>» nos dias 12 e 13 de maio de 2022, online na Universidade Católica Portuguesa, no Porto.</p>	
<p>Assinado por: <b>PAULO JORGE PEREIRA ALVES</b> Num. de Identificação: 10994547 Data: 2022.06.02 20:20:38 +0100</p> <hr/>	
<p><i>(Diretor da Escola de Enfermagem – Porto)</i></p>	
<p>Porto, 13 de maio de 2022</p>	
<p>DecCL 16ISNR 865/2022</p>	

# APÊNDICES

# APÊNDICE I - EXPRESSÃO DE PESQUISA

Pesquisa Via EbscoHost – 5/12/2021

Search Terms	Search Options	Actions	
S23	S6 AND S18 AND S22	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes – Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (3451)</a> <a href="#">View Details Edit</a>
S22	S19 OR S20 OR S21	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes – Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (751183)</a> <a href="#">View Details Edit</a>
S21	AB Infection control/*standards	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes – Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (189)</a> <a href="#">View Details Edit</a>
S20	AB Infection control/*methods	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes – Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (179)</a> <a href="#">View Details Edit</a>
S19	AB Catheter – Related Infections or Prevention	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes – Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (750904)</a> <a href="#">View Details Edit</a>
S18	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes – Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (7355262)</a> <a href="#">View Details Edit</a>
S17	AB Performance	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes – Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (1399245)</a> <a href="#">View Details Edit</a>
S16	AB Intervention	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes – Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (1906628)</a> <a href="#">View Details Edit</a>
S15	AB Protocol	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes – Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (681102)</a> <a href="#">View Details Edit</a>
S14	AB Care	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes –	<a href="#">View Results (2457988)</a> <a href="#">View Details Edit</a>

		Boolean/Phrase	
S13	AB Bundle	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes – Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (76053)</a> <a href="#">View Details Edit</a>
S12	AB Adhesion	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes – Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (239317)</a> <a href="#">View Details Edit</a>
S11	AB Professional Competence*	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes – Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (2529)</a> <a href="#">View Details Edit</a>
S10	AB Adherence	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes – Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (220014)</a> <a href="#">View Details Edit</a>
S9	AB Guidelines	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes – Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (580346)</a> <a href="#">View Details Edit</a>
S8	AB Health Knowledge, Attitudes, Practice*	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes – Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (16)</a> <a href="#">View Details Edit</a>
S7	AB Strategies	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes – Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (1598242)</a> <a href="#">View Details Edit</a>
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes – Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (245096)</a> <a href="#">View Details Edit</a>
S5	TI Catheter*	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes – Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (104103)</a> <a href="#">View Details Edit</a>
S4	TI Peripheral Venous Catheters	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes – Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (470)</a> <a href="#">View Details Edit</a>
S3	TI Central Venous	Expanders – Apply equivalent subjects	<a href="#">View Results (14012)</a> <a href="#">View Details Edit</a>

		Search modes – Boolean/Phrase	
S2	TI Intravenous*	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes – Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (117683)</a> <a href="#">View Details Edit</a>
S1	TI Intravascular*	Expanders – Apply equivalent subjects  Search modes – Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (21873)</a> <a href="#">View Details Edit</a>

## APÊNDICE II – RESUMO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO

<b>Número do Artigo</b>	<b>Identificação do Artigo</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Resultados</b>	<b>Nível de Evidência</b>
Artigo 1	<p>Implementation of a knowledge mobilization model to prevent peripheral venous catheter-related adverse events: PREBACP study – a multicenter cluster-randomized trial protocol</p> <p>Ian Blanco-Mavillard, Miguel Bennisar-Veny, Joan Ernest de Pedro-Gómez, Ana Belén Moya-Suarez, Gaizka Parra-Garcia, Miguek Ángel Rodríguez-Calero, Enrique Castro-Sánchez and on behalf of the Research Group PREBACP (2018)</p>	Estudo Controlado Randomizado por cluster com avaliação de processo incorporado	Determinar a eficácia de uma intervenção multimodal na incidência de eventos adversos associados ao uso de CVP's em pacientes adultos hospitalares	Todos os profissionais de saúde que trabalham nas enfermarias do estudo (20 enfermarias) e prestam cuidados diretos a pacientes adultos internados	Terá a duração de 12 meses e basear-se-á num modelo teórico de mobilização eficaz do conhecimento, integrando uma estratégia multimodal relacionada com a melhoria da prática clínica de cateteres periféricos	A incidência de eventos adversos associados ao uso de PVCs em pacientes adultos internados, determinada a partir da avaliação dos registos hospitalares aos 3, 6, 9 e 12 meses e a adesão dos enfermeiros aos GPGs medida aos 3, 6, 9 e 12 meses.	4.b
Artigo 2	Factors Influencing	Questionários	Investigar o	136 enfermeiros	As variáveis deste	Constatou-se correlação	4.b

	<p>Complicance in Intravenous Practice for Infection Prevention among Nurses in Small and Medium Hospitals</p> <p>Choi Sung Ae; Jeong Sun Young (2020)</p>	<p>autoaplicáveis com análise de dados através de estatísticas descritivas, teste independentes e regressão múltiplas usando o IBMSPSS</p>	<p>conhecimento da prática IV para prevenção e adesão à infecção, empoderamento e consciencialização da cultura organizacional em relação ao controlo de infecção e identificar efeitos influenciadores na adesão à prática IV para prevenção de infecção entre enfermeiros</p>	<p>que atuam em hospitais de pequeno e médio porte</p>	<p>estudo foram mensuradas por meio de um questionário estruturado, com um total de 85 questões sobre conhecimento prático intravenoso para prevenção de infeções; sobre desempenho; sobre empoderamento; consciencialização da cultura organizacional de controlo de infeções e sobre características gerais</p>	<p>significativa entre a adesão à prática EV para prevenção de infecção</p>	
Artigo 3	<p>Results of a multifaceted educational intervention to prevent peripheral venous catheter-associated bloodstream infections</p> <p>Mercedes Garcia-Gasalla, María Arrizabalaga-Asenjo, Carmen Collado-Giner, Lola Ventayol-Aguiló, Antonia Socias-Mir, Adrián Rodríguez-Rodríguez, Maria</p>	<p>Análise estatística com recurso a software de estatística IBMSPSS</p>	<p>Avaliar o impacto das medidas de prevenção de infecção num hospital universitário em Espanha</p>	<p>Hospital Son Llàtzer, um hospital universitário de 380 leitos em Palma de Mallorca</p>	<p>Foi implementado um “bundle” voltado para os enfermeiros, equipa médica e pacientes e criada uma equipa responsável pelo controlo de infecção de cateteres</p>	<p>Obteve uma diminuição na taxa de infecção da corrente sanguínea associada CVP e o declínio foi maior para gram negativos</p>	3.d

	Cruz Perez-Seco, Antoni Payeras-Cifre (2019)						
Artigo 4	<p>Plastic in patient study: Prospective audit of adherence to peripheral intravenous cannula monitoring and documentation guidelines, with the aim of reducing future rates of intravenous cannula-related complications</p> <p>Lokesh Yagnik MBBS, Angela Graves MBBS, FRACP, Ken Thong MBBS, FRACP (2016)</p>	Auditoria prospectiva da adesão à documentação do PIVC e às diretrizes de monitorização	Melhorar o cumprimento das diretrizes de documentação e de monitorização do PIVC na enfermaria de um centro de intervenção secundária	Paciente internados na enfermaria geral com PIVCS nos períodos de 30 de Agosto a 12 de Novembro de 2014	Após a auditoria inicial, um grupo de trabalho multidisciplinar foi convocado para discutir possíveis intervenções com intuito de manter a neutralidade de custos e a sustentabilidade. As intervenções são: o poster, registo de enfermagem e questionário de entrada no serviço standarizado	Os dados demográficos basais foram semelhantes nos grupos pré e pós intervenção. A documentação melhorou significativamente no grupo pós intervenção. A identificação precoce de PIVCs não indicados melhorou no grupo pós intervenção e verificou-se um tendência de redução da taxa de flebites precoces relacionadas ao PIVC.	4.b
Artigo 5	<p>Health care workers' knowledge and practices regarding the prevention of central venous catheter-related infection</p> <p>Sameer A. Alkubati; Nadia T. Ahmed; Osama N.E. Mohamed; Akram M.Fayed; Hayam I.Asfour (2014)</p>	Questionários aos profissionais de saúde para avaliar os seus conhecimentos sobre prevenção do CVC-IR	Avaliar o conhecimento dos trabalhadores de saúde sobre as orientações para a prevenção de CVC-RI e a sua adesão a essas orientações na prática	40 médicos e 60 enfermeiros das UTIs do Hospital Universitário Alexandria Main	Foi utilizado um desenho descritivo no presente estudo, que foi realizado no período de junho de 2012 a março de 2013. Foram utilizadas 2 ferramentas de pesquisa no estudo: ferramenta I – conhecimento dos profissionais de saúde sobre diretrizes para	Em relação à fonte de informação para a prevenção de CVC-IR, a prática foi a principal fonte de informação para os médicos, enquanto o controle de infeção foi a fonte para os enfermeiros. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre o conhecimento dos médicos e enfermeiro com base na pontuação total do questionário. Os médicos apresentaram	4.b

					prevenção do questionário CVC-RI e ferramenta II – lista de verificação observacional de gerenciamento de CVC	conhecimento estatisticamente maior do que os enfermeiros sobre os seguintes itens: fisiopatologia do CVC-RI e antissepsia da pele. Não houve diferenças significativas entre o conhecimento de médicos e enfermeiros em outro itens, exceto cuidados com CVC, onde os enfermeiros apresentam conhecimento significativamente maior.	
Artigo 6	Prevention of central venous catheter-related infection in the neonatal unit: a literature review  Jacqueline E.Taylor; Susan J.McDonald; Kenneth Tan (2014)	Revisão de literatura publicada	Discutir as inúmeras estratégias baseadas na evidência para a prevenção das infecções de cateter	Casos de infecções da corrente sanguínea associados à linha central notificados ao National Health Surveillance Network 2012	Diferentes estratégias que podem ser implementadas na prática clínica para reduzir as taxas de infecção. Esses incluem o uso de pacotes de cuidados, incluindo listas de verificação. Educação e uso de equipas de CVC.	Infeção das linhas centrais é um evento adverso evitável, no entanto, os protocolos precisam ser baseados nas melhores evidências disponíveis. Isso envolve o uso de uma combinação de intervenções, incluindo uma compreensão da cultura da unidade. É importante que a equipa de enfermagem e médica seja adequadamente treinada e avaliados quanto à inserção e manutenção de CVCs e adesão à prevenção de infecção.	4.a
Artigo 7	The role of nurses working in emergency and critical care environments in the prevention of intravascular catheter-related	Revisão da Literatura	Fornecer orientações atualizadas de recomendações baseadas em evidência para a prevenção de infecções	Pacientes portadores de cateteres de longa duração	A abordagem da revisão atual é atualizar o crescente corpo de literatura sobre a prevenção de ICRSC e discutir esse tópico a partir de uma perspectiva orientada	A revisão conclui fornecendo um gama de abordagens preconizadas para: (i)traduzir as diretrizes para as necessidades e expectativas dos enfermeiros de emergência e cuidados intensivos e (ii) aumentar a chance de	4.a

	<p>bloodstream infections</p> <p>Dominique M. Vandijck; Sonia O. Labeau; Mariona Secanell; Jordi Rello; Stijn I. Blot (2008)</p>		<p>relacionadas a cateteres intravasculares com foco especial em estratégias relevantes para enfermeiros que trabalhem em ambiente de emergência e cuidados intensivos ou profissionais responsáveis pela vigilância controlo de infeções</p>		<p>para os enfermeiros</p>	<p>implementação bem-sucedida e cumprimento dessas recomendações</p>	
Artigo 8	<p>A snapshot of guideline compliance reveals room for improvement: A survey of peripheral arterial catheter practices in Australian operating theatres</p> <p>Heather Reynolds; Joel Dulhunty; Marion Tower, Kersi Taraporewalla &amp; Claire Rickard (2018)</p>	<p>Estudo descritivo transversal</p>	<p>Investigar a prática relatada em comparação com as recomendações de pesquisa para minimizar a perda de sangue diagnóstica e as Diretrizes do CDC para maximizar a prevenção de ICSRC durante a inserção e acesso de cateteres arteriais periféricos em OTs australianos.</p>	<p>64 participantes de uma amostra total de 92 potenciais participantes</p>	<p>Uma pesquisa na Internet de 19 perguntas foi desenvolvida pelo autor principal como instrumento de colheita de dados. O questionário foi validado por um painel de 8 especialistas em anestesia que avaliaram a validade de face e conteúdo do questionário.</p>	<p>O complexo ambiente do bloco operatório apresenta barreiras, que contribuem para a não adesão às orientações. Essas barreiras precisam ser identificadas para planejar estratégias de melhoria</p>	<p>4.b</p>
Artigo 9	<p>The effectiveness of</p>	<p>Estudo de</p>	<p>Identificar</p>	<p>Pacientes</p>	<p>Os dados foram</p>	<p>No primeiro ano, os fatores de</p>	<p>4.b</p>

	<p>a nurse-initiated intervention to reduce catheter-associated bloodstream infections in an urban acute hospital: An intervention study with before and after comparison</p> <p>Toshie Tsuchida; Kiyoko Makimoto; Masayo Toki; Keiko Sakai; Emiko Onaka; Yoshiko Otani (2006)</p>	<p>intervenção com comparação antes e depois</p>	<p>problemas associados aos cuidados com o cateter e avaliar a eficácia das intervenções iniciadas por enfermeiros para reduzir CABIs.</p>	<p>adultos internados e aqueles nos quais as linhas venosas centrais e cateteres Swan-Ganz foram inseridos por 2 dias ou mais de Abril de 2000 a dezembro de 2022. Participaram neste estudo uma unidade cirúrgica, uma unidade de clínica médica, uma unidade de diálise e a UTI</p>	<p>colhidos em 3 períodos de tempo: o período de pré-intervenção (abril a dezembro 2000), o primeiro período de intervenção (abril a dezembro 2001) e o segundo período de intervenção (abril a dezembro 2002)</p>	<p>risco para CABSI e problemas associados aos cuidados com o cateter foram identificados para inspeção da enfermeira de controle de infecção (ICN) ou quadro enfermeiras de vínculo treinadas, e os resultados laboratoriais. Nos 2 anos seguintes, foram implementadas as seguintes intervenções com base nos resultados da vigilância.</p>	
--	--	--	--	---	--	---	--

### APÊNDICE III – GRELHA DE RESULTADOS ADQUIRIDOS

ESTRATÉGIAS	ESBCO/Nº dos Artigos									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Avaliação dos conhecimentos	X	X			X		X			4
Ensino/Formação/Empoderamento/Sessão de Treino Presencial	X	X	X	X	X	X	X			7
Observação de Enfermeiros de ligação	X					X			X	3
Auditorias/Monitorização/Listas de verificação	X	X	X	X	X	X	X	X		8
Diagramas/Lembretes/Meios de divulgação	X			X						2
Divulgação de resultados/Feedback	X			X			X		X	4
	6	3	2	4	3	3	4	1	2	

CARATERIZAÇÃO DOS  
ARTIGOS

PAÍS	Nº Artigo
Espanha	1
Coreia	2
Espanha	3
Austrália	4
Egipto	5
Austrália	6
Bélgica	7
Austrália	8
Japão	9

ANO	Nº Artigo
2018	1
2020	2
2019	3
2016	4
2014	5
2014	6
2008	7
2018	8
2006	9

# APÊNDICE IV – RESUMO DO POSTER APRESENTADO NO 16º SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

## **Estratégias de adesão dos profissionais de saúde às recomendações de prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares: Scoping Review**

Jordana Moniz MOREIRA<sup>1</sup>; Mariana COITO<sup>2</sup>; Manuela MADUREIRA<sup>3</sup>; Filipa VELUDO<sup>4</sup>;

<sup>1</sup> Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgico: Pessoa em situação crítica na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. (Lisboa, Portugal). ORCID:0000-0003-2586-8722, Portugal

<sup>2</sup>Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgico: Pessoa em situação crítica na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. (Lisboa, Portugal). ORCID: 0000-0002-2879-6034, Portugal

<sup>3</sup>Doutorada em Enfermagem e Professora Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Investigadora no CIIS – Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (Lisboa, Portugal). ORCID: 000-0002-6444-3770, Portugal

<sup>4</sup>Doutorada em Enfermagem e Professora Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Investigadora no CIIS – Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (Lisboa, Portugal). ORCID:0000-0001-8749-0193, Portugal

Autor de correspondência: [j.moniz.moreira@gmail.com](mailto:j.moniz.moreira@gmail.com)

**Introdução:** As Infeções Associadas aos Dispositivos Intravasculares são responsáveis pela maioria das infeções nosocomiais da corrente sanguínea, apresentando consequências como elevadas taxas de morbilidade, mortalidade e encargos associados com o aumento dos dias de internamento (Ministério da Saúde, 2006). A problemática das IACS é transversal a todos os intervenientes dos cuidados de saúde. O papel que cada um desempenha na adoção e implementação de recomendações baseadas em evidência científica na prevenção e controlo da transmissão de microrganismos, é uma responsabilidade individual e coletiva.

**Objetivos:** Mapear as estratégias de adesão dos profissionais de saúde sobre as recomendações na prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares em contexto hospitalar.

**Materiais e Métodos:** Atendendo à natureza da questão de investigação, desenvolveu-se uma *Scoping Review*, segundo a metodologia JBI (Joanna Briggs Institute, 2020). Para a formulação da questão de investigação recorremos à estratégia PCC, definindo como critérios de inclusão: P(População) – Profissionais de Saúde; C(Conceito) – Estratégias de Adesão; C(Contexto) – Unidades Hospitalares. A pesquisa foi elaborada pelos investigadores com o apoio do motor de busca EBSCOhost -Research Databases, no mês de Dezembro de 2021, recorrendo aos seguintes descritores: *Infection control; Adherence; Strategies; Intravascular\**. Foi utilizada como estratégia de pesquisa booleana, a utilização de termos cruzados com OR e AND, tais como: “Intravascular\*”, “Intravenous\*”, “Central Venous”, “Strategies”, “Practice\*”, “Guideline”, “Adherence”, “Catheter-Related Infections or Prevention”. Iniciámos com uma amostra de 3451 artigos, tendo sido o processo de seleção caracterizado por dois revisores independentes, cada um fez uma pré-seleção através da leitura de títulos, posteriormente da leitura dos resumos e finalmente da leitura dos textos integrais. Para sistematizar o processo de inclusão dos estudos, recorremos à metodologia PRISMA. A presente revisão inclui 9 artigos.

**Resultados:** Identificámos um total de 6 estratégias passíveis de serem implementadas pelos profissionais de saúde contribuindo para a melhoria da prática clínica na prevenção da infecção associada aos DIVs: Avaliação dos conhecimentos; Ensino/Formação/Empoderamento/ Sessão de Treino presencial; Observação dos enfermeiros de ligação; Auditorias/Monitorização/Listas de verificação; Diagramas/Lembretes; e Divulgação de resultados/*Feedback*. A prática está amplamente suportada pela evidência. Para que a mensuração de resultados sensíveis à prática de cuidados seja uma realidade crescente, é imprescindível identificar lacunas nos conhecimentos dos profissionais e responder com estratégias que reforcem as diretrizes suportadas por evidência científica (Cabana et al., 1999; Blot et al., 2007 cit por Dominique M. Vandijck et al, 2008)O empoderamento revelou-se um fator potencializador sobre a atuação do enfermeiro no controlo de infecção hospitalar, em que a consciencialização da cultura organizacional relativa ao controlo de infecção evidencia-se como fator de uma prática de enfermagem baseada na segurança do doente (Jung, 2007 cit por Sung Ae Choi, 2020). A criação de grupos de enfermeiros de ligação

possibilita uma maior proximidade entre os grupos de trabalho e os resultados pretendidos, apoiando na aquisição de competências, na divulgação de novas diretrizes e na implementação de estratégias de melhoria. As intervenções de enfermagem contribuíram principalmente para a queda significativa das infeções da corrente sanguínea associadas ao cateter. O principal critério para obter resultados é a implementação de uma cultura organizacional que enfatiza as políticas de prevenção e controlo de infeção. Estas devem alicerçar-se na monitorização, assim como na divulgação dos resultados obtidos com essa avaliação. A intensão baseia-se em dar resposta às fragilidades detetadas em cada momento, facilitando a adesão dos profissionais de saúde que veem nesta estratégia um compromisso (Seong-, Choi 2020). A construção de posters chamativos, de dimensões consideráveis e colocados em locais estratégicos, tornam-se essenciais como lembrete às boas práticas aquando da utilização dos DIVs (Yagnik, Graves, Thong 2017). Medidas como a divulgação de resultados e feedback, possibilitam que os profissionais de saúde adotem estratégias promotoras de boas práticas, resultando na redução/controlo de infeção.

**Conclusão:** Identificamos seis estratégias de adesão dos profissionais de saúde às recomendações da prevenção de infeção associada aos dispositivos intravasculares. Com vista à diminuição da transmissão de microrganismos e consequentemente à diminuição de ocorrência de infeção, a implementação de boas práticas de prevenção e controlo de infeção torna-se essencial (DGS, 2017 cit. por Lina Ramos Rodrigues, 2019).

**Palavras-Chave:** *Guideline Adherence; Health Personnel; Hospital Units*

### **Referências Bibliográficas:**

Duarte, Ana, Martins, Olga, 2019. Controlo da Infeção Hospitalar. Lidel Enfermafem – ISBN: 968-989-752-341-0

JBI. (2020) JBI Manual for evidence synthesis: scoping reviews chapter. Disponível em: <https://jbi.global/scoping-review-network/resources>

Ministério da Saúde & Instituto Ricardo Jorge, 2006. Recomendações para a Prevenção da Infeção Associada aos Dispositivos Intravasculares. Programa Nacional de Controlo de Infeção. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de->

[controle-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/recomendacoes-para-a-prevencao-da-infeccao-associada-aos-dispositivos-intravasculares-pdf.aspx](http://controle-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/recomendacoes-para-a-prevencao-da-infeccao-associada-aos-dispositivos-intravasculares-pdf.aspx)

SEONG-, Choi and CHOI, Sung Ae, 2020. Fatores que afetam a prática da administração intravenosa para prevenção de infecção por enfermeiros em hospitais de pequeno e médio porte Fatores que influenciam a adesão na prática intravenosa para prevenção de infecções entre enfermeiros em hospitais d. . 2020. Vol. 27, no. 4.

YAGNIK, Lokesh, GRAVES, Angela and THONG, Ken, 2017. Plastic in patient study: Prospective audit of adherence to peripheral intravenous cannula monitoring and documentation guidelines, with the aim of reducing future rates of intravenous cannula-related complications. *American Journal of Infection Control* [online]. 2017. Vol. 45, no. 1, p. 34–38. DOI 10.1016/j.ajic.2016.09.008. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2016.09.008>

