



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

LISBOA-PORTO

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

**ESTRATÉGIAS DE ADESÃO ÀS RECOMENDAÇÕES DE  
PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADAS A DISPOSITIVOS  
INTRAVASCULARES**

**STRATEGIES FOR ADHERENCE TO THE  
RECOMMENDATIONS FOR THE PREVENTION ASSOCIATED  
WITH INTRAVASCULAR DEVICES**

Por:

Jordana Marcelo da Costa de Oliveira Moniz Moreira

Lisboa, 2022



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

**ESTRATÉGIAS DE ADEÇÃO ÀS RECOMENDAÇÕES DE  
PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADAS A DISPOSITIVOS  
INTRAVASCULARES**

**STRATEGIES FOR ADHERENCE TO THE  
RECOMMENDATIONS FOR THE PREVENTION ASSOCIATED  
WITH INTRAVASCULAR DEVICES**

Por:

Jordana Marcelo da Costa de Oliveira Moniz Moreira

Sob a orientação de:

Professora Doutora Manuela Madureira

Lisboa, 2022



*“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino.”*

Leonardo da Vinci



## AGRADECIMENTOS

Tenho uma amiga que diz imensas vezes que gostava que houvesse o dia de “hoje trouxe (determinada pessoa) para o trabalho”, com a intenção de mostrar aos que a rodeiam o que de facto fazemos.

Ser Enfermeiro é difícil de definir, é o ser responsável pelo cuidado aos outros, o ser que suprime as necessidades mais básicas, mas a quem é exigido que seja exímio na ação em cenários de extrema complexidade. É o primeiro e o último que o doente vê, é aquele por quem chama quando está aflito. O enfermeiro é quem despista, quem identifica, quem avalia, é a “governanta da casa”. No meu caso, é o avô e a avó, os maiores responsáveis por aqui estar.

Hoje, concluo mais uma etapa da minha formação e quanto mais praguejo e critico mais convicta estou de que se voltasse atrás faria precisamente o mesmo caminho. O meu obrigada aos que já cá não estão mas a quem atribuo a maior responsabilidade pelo meu percurso, o meu obrigada aos de casa que me fortalecem a alma para as contingências do quotidiano e que me dão colo nos dias mais exigentes, o meu obrigada a todos os pares que me acompanham diariamente e fazem com que me encante a cada dia com a capacidade que temos de ser estupendos e o meu obrigada ao grupo de docentes que me estimulou em todo este processo de querer saber mais e saber ser melhor, em particular o meu obrigada à Prof. Doutora Manuela Madureira pelo carinho, disponibilidade e orientação.

Como diria um amigo, “O enfermeiro não vale pelo que faz, mas sim pelo que está preparado para fazer”.



## RESUMO

O presente relatório encontra-se inserido no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, integrada no 14º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico – Cirúrgica na área de Pessoa em Situação Crítica, do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

O relatório, agora apresentado, pretende abordar o percurso de aquisição de competências, através da análise crítica e reflexiva dos contextos de estágio que alicerçam o processo formativo dando a oportunidade de explorar e pôr em prática as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, bem como as Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Neste percurso formativo tive oportunidade de selecionar os contextos de estágio de acordo com o meu interesse profissional, tendo estes sido realizados em Bloco Operatório de Urgência; Viatura Médica de Emergência e Reanimação e Unidade de Cuidados Intensivos – Cirurgia Cardiorácica.

Corroborando com o afirmado pela Ordem dos Enfermeiros (2019), apraz-nos registar que a relevância e exigência técnica e científica atual inerentes aos cuidados de saúde e, conseqüentemente, aos cuidados de Enfermagem motivam a diferenciação e especialização. Assim sendo, torna-se essencial ao crescimento enquanto profissional a aquisição de competências que nos distingam enquanto prestadores de cuidados e promotores do bem-estar no processo de transição saúde – doença.

Tendo como premissa a promoção de melhores cuidados e o desenvolvimento das competências e sabendo hoje que o conceito de controlo de infeção hospitalar é essencial para a prestação de cuidados de qualidade, considerei fundamental estudar as recomendações de prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares e atendendo a que tanto como ter conhecimento destas, importa saber como potenciar a sua aplicabilidade, optou-se por colocar no agente promotor de cuidados o ónus da questão, tendo sido elaborada uma *scoping review* intitulada “*Estratégias de adesão dos profissionais de saúde às recomendações de prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares*”.

**Palavras – chave:** Pessoa em Situação Crítica; *Guideline adherence*; controlo de infeção; Competências em Enfermagem Especializada



## **ABSTRACT**

This report is part of the Curricular Unit "Final Internship and Report", integrated in the 14th Master's Degree in Nursing with a Specialty in Medical-Surgical Nursing in the area of Critical Situation, of the *Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa* (UCP).

The report, now presented, aims to address the process of acquiring skills, through a critical and reflective analysis of the internship contexts that underpin the training process, giving the opportunity to explore and put into practice the Common Skills of the Specialist Nurse, as well as the Skills specific to the nurse specialised in medical-surgical nursing in the area of critical situation.

In this training course I had the opportunity to select the internship contexts according to my professional interest, which were carried out in an Emergency Operating Room; Emergency and Resuscitation Medical Vehicle and Intensive Care Unit – Cardiothoracic Surgery.

Corroborating what was stated by the *Ordem dos Enfermeiros* (2019), we are pleased to note that the relevance and current technical and scientific requirements inherent to health care and, consequently, to Nursing care motivate differentiation and specialization. Therefore, it is essential for growing as a professional to acquire skills that distinguish us as providers of care and promoters of well-being in the health-disease transition process.

Having as a premise the promotion of better care and the development of skills and knowing today that the concept of hospital infection control is essential for the provision of quality care, I considered it essential to study the recommendations for the prevention of infection associated with intravascular devices and taking into account the that as well as having knowledge of these, it is important to know how to enhance their applicability, it was decided to place the defect of the matter on the care promoting agent, having drawn up a scoping review entitled “Strategies for adherence of health professionals to recommendations for preventing disease”. infection associated with intravascular devices”.

**Keywords:** Person in Critical Situation; Guideline adherence; Infection control; Skills in Specialized Nursing



## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**AESOP** – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

**APA** - *American Psychological Association*

**BO** – Bloco Operatório

**BOC** – Bloco Operatório Central

**CMEMCPSC** – Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Enfermagem Médico – Cirúrgica na área de Pessoa em Situação crítica

**CODU** - Centros de Orientação de Doentes Urgentes

**CVC** – cateter venoso central

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**DIV** – Dispositivo Intravascular

**EAM** – Enfarte Agudo do Miocárdio

**ECMO** – *Extracorporeal membrane oxygenation*

**EEEMC** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**EEMI** – Equipa de Emergência Medica Interna

**EPI** – Equipamentos de proteção individual

**GLP PPCIRA** – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos

**IACS** – Infecções Associadas Cuidados de Saúde

**ICS** – Instituto Ciências da Saúde

**INEM** – Instituto Nacional de Emergência Médica

**IPI** – Inquérito de Prevalência de Infecção

**JBI** - *Joanna Briggs Institute*

**MS** – Ministério da Saúde

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PPCIRA** – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

**PCR** – Paragem cardiorrespiratória

**PSP** – Polícia de Segurança Pública

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**SAV** – Suporte Avançado de Vida

**SIEM** – Sistema Integrado de Emergência Médica

**SIV** – Suporte Imediato de Vida

**S.R.P.C.B.A.** – Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores

**SU** – Serviço de Urgência

**TAE** – Técnico de Ambulância de Emergência

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**UCI CCT** – Unidade de Cuidados Intensivos Cirurgia Cardiorácica

**UCP** – Universidade Católica Portuguesa

**UCPA** – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

**UGP** – Urgência Geral e Polivalente

**VMER** – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

**VMI** – Ventilação Mecânica Invasiva

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>1. ESTRATÉGIAS DE ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS RECOMENDAÇÕES DE PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADA AOS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES: <i>SCOPING REVIEW</i> .....</b>	<b>21</b>
1.1. ENQUADRAMENTO.....	22
1.2. MÉTODO .....	25
1.3. RESULTADOS.....	26
1.4. DISCUSSÃO .....	31
1.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
<b>2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS .....</b>	<b>39</b>
2.1. BLOCO OPERATÓRIO DE URGÊNCIA.....	44
2.2. VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO (VMER) .....	56
2.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – CIRURGIA CARDIOTORÁCICA (UCI CCT) .....	66
<b>3. CONCLUSÃO.....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO I – Certificado de Frequência na Ação de Formação “Cuidados o Doente em Condição Crítica” .....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO II - Certificado de Frequência na Ação de Formação “Precauções Básicas de Controlo de Infeção/Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão” .....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO III – Certificado de participação no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem com o tema “Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde” ....</b>	<b>93</b>

<b>ANEXO IV – Certificado de participação no 16º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem.....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO V – Certificado de apresentação do <i>Poster</i> subordinado ao tema “Estratégias de adesão dos profissionais de saúde às recomendações de prevenção da infeção aos dispositivos intravasculares: <i>Scoping Review</i>” no 16º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem.....</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICE I - EXPRESSÃO DE PESQUISA .....</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICE II – RESUMO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO .....</b>	<b>105</b>
<b>APÊNDICE III – GRELHA DE RESULTADOS ADQUIRIDOS.....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICE V – Resumo do <i>Poster</i> com o tema “Estratégias de adesão dos profissionais de saúde às recomendações de prevenção da infeção aos dispositivos intravasculares: <i>Scoping Review</i>” .....</b>	<b>115</b>
<b>APÊNDICE VI – <i>Poster</i> com o tema “Estratégias de adesão dos profissionais de saúde às recomendações de prevenção da infeção aos dispositivos intravasculares: <i>Scoping Review</i>” .....</b>	<b>119</b>

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico – Cirúrgica na área de Pessoa em Situação Crítica (CMEMCPSC), do ICS da UCP, decorrido no período letivo compreendido entre 2020 e 2022, foi proposta a realização de um relatório, a integrar a Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”. Este documento tem como propósito abordar o percurso académico desenvolvido, através de uma análise crítica e reflexiva com intuito de demonstrar e fundamentar as competências adquiridas, que regem e constituem o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica (EEEMC), bem como o grau de Mestre em Enfermagem.

A educação na área da Enfermagem pretende promover o crescimento do indivíduo em todas as suas vertentes, pessoal e profissionalmente, processo potencializado pela multidisciplinaridade das ciências e humanidades. O Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico – Cirúrgica na área de Pessoa em Situação Crítica, visa o aprofundamento de competências especializadas em Enfermagem, em simultâneo com a componente de investigação, proporcionando a aquisição do título profissional de enfermeiro especialista na área escolhida, bem como do grau académico de mestre, tendo cada um deles inerentes as suas próprias responsabilidades.

Assim, o CMEMCPSC pretende unificar o perito na ação e o investigador que produz conhecimento, visando “*o aprofundamento de competências especializadas em Enfermagem com a necessária componente de investigação*” (UCP<sup>1</sup>).

O agir profissional do enfermeiro encontra-se devidamente regulado pelo Código Deontológico dos Enfermeiros, que enuncia um conjunto de deveres e direitos para a prática profissional (Lei nº 156/2015, 16 de setembro, 2015) e pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro – REPE, que integra os princípios gerais do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2015).

Além do código e regulamento supracitados, o Enfermeiro Especialista é devidamente regulado pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que normaliza os princípios comuns da intervenção de todos os enfermeiros

---

<sup>1</sup> <https://ics.lisboa.ucp.pt/programas-mestrado/mestrado-em-enfermagem>

especialista (OE, 2019 p. 4745), bem como pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Médico – Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, que visa promover um enquadramento regulador para a certificação das competências específicas, nomeadamente “*Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; e Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.*” (OE, 2018a, p.19359).

Ao longo do seu desenvolvimento profissional, o Enfermeiro deve proceder a uma constante atualização dos conhecimentos e investir na sua formação com a finalidade de prestar melhores cuidados de Enfermagem e atuar de acordo com o estado da arte, pois “*a teoria e a prática vivem juntas, cada uma a documentar a outra*” (Watson, J., 2002, p.63).

Com intuito de dar continuidade ao desenvolvimento profissional, bem como consolidar as competências de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família em diferentes contextos, tive oportunidade de realizar estágio em três contextos distintos, sendo eles, Bloco Operatório de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos - Cirurgia Cardiorácica e Extra-hospitalar na Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

O denominador comum para a escolha dos locais deve-se à abordagem em contextos totalmente dispare e com recursos materiais e pessoais diametralmente opostos, mas todos eles com pessoas em situações críticas, onde a celeridade na execução é fundamental. Assim, para que a prática não seja comprometida é necessário que esteja devidamente enraizada, pelo que considere pertinente poder observar quais os métodos utilizados em cada um dos diferentes locais para que as equipas estivessem aptas para a prestação de cuidados de qualidade, isto é, cuidados isentos de efeitos negativos para a pessoa e que são promotores de satisfação para a própria, sua família, equipa de enfermagem e instituição (Venturi, 2009).

Segundo Alarcão & Rua (2005), os estágios surgem como componentes de pertinentes no processo formativo, servindo como oportunidades de aproximação à atitude profissional, envoltos de experiências formativas, fundamentais à consolidação de competências.

Enquanto futura enfermeira especialista a preocupação com a segurança da pessoa deve estar na base da ação, pelo que “*a prevenção das IACS tornou-se um novo imperativo no âmbito do processo da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados*” (Dias, 2010, p.47). Assim, a identificação da problemática de controlo de infeção associada aos

DIV vem reconhecer a preocupação crescente com a promoção da prestação de cuidados de qualidade e consequentemente subsidiar a elaboração de estudos que o favoreçam.

A escolha desta temática surgiu da vontade de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados e através de um pensamento lato tornou-se evidente que marcar a diferença passa também por abordar quais as estratégias de adesão para que os procedimentos certos passem da teoria à prática sem serem compro.

Com o intuito de melhorar a gestão dos riscos associados aos cuidados de saúde e garantir a segurança dos cuidados prestados, foi criado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-2020), que determina entre vários objetivos estratégicos, a prevenção e o controlo das infeções e resistências aos antimicrobianos (Despacho nº1400/A 2015, Diário da República, II Série, de 10 fevereiro).

Sendo o enfermeiro o agente que por excelência assume um papel primordial no combate a este problema, é necessária uma constante atualização, de forma a contribuir para a diminuição das taxas de infeção, mortalidade e morbilidade associadas e em última instância, diminuir os custos com o seu tratamento. (Rita Alexandre et al, 2019).

A elaboração deste documento foi realizada respeitando as orientações da UCP e redigido de acordo com o acordo ortográfico de 2011 da língua portuguesa.

Estruturalmente, este relatório, é iniciado com a introdução, onde é realizada uma breve apresentação do trabalho elaborado, seguidamente é apresentada a *Scoping Review* com o tema, “***Estratégias de adesão dos Profissionais de Saúde às recomendações de Prevenção da Infeção associada aos Dispositivos Intravasculares***”, precedida de uma descrição e análise crítica das competências desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, tendo por base uma análise crítico – reflexiva, onde será abordado o referencial teórico de Afaf Ibrahim Meleis com a sua “Teoria das Transições”, que serve como suporte concetual. Por último é apresentada a conclusão, onde farei uma breve análise transversal do relatório, seguindo-se as referências bibliográficas, construídas de acordo com a norma *American Psychological Association* (APA, 2020), tendo tido como recurso o *software Mendeley*. Finalmente constam os apêndices e anexos, devidamente mencionados ao longo de todo o trabalho.

Por tratar-se de um documento que será tornado público e respeitando questões de confidencialidade e anonimato, ficaram omitidos os dados que permitam a identificação de instituições (ICS, 2021).



# 1. ESTRATÉGIAS DE ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS RECOMENDAÇÕES DE PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADA AOS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES: *SCOPING REVIEW*

Jordana Moniz MOREIRA<sup>2</sup>; Mariana COITO<sup>3</sup>; Manuela MADUREIRA<sup>4</sup>; Filipa VELUDO<sup>5</sup>

## RESUMO

**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. **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.

---

<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:0000-0003-2586-8722, Portugal

<sup>3</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>4</sup> Doutorada em Enfermagem e Professora Auxiliares 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>5</sup> Doutorada em Enfermagem e Professora Auxiliares 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

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

## **1.1.ENQUADRAMENTO**

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 infecção 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 morbilidade, 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 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 infecção 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, munindo-se de conhecimento para poder definir estratégias promotoras de boas práticas e bons resultados, contribuindo para a diminuição das taxas de infecção, morbilidade 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 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).

## 1.2.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 facilitadores da adesão dos profissionais de saúde às recomendações de prevenção de infeção 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.

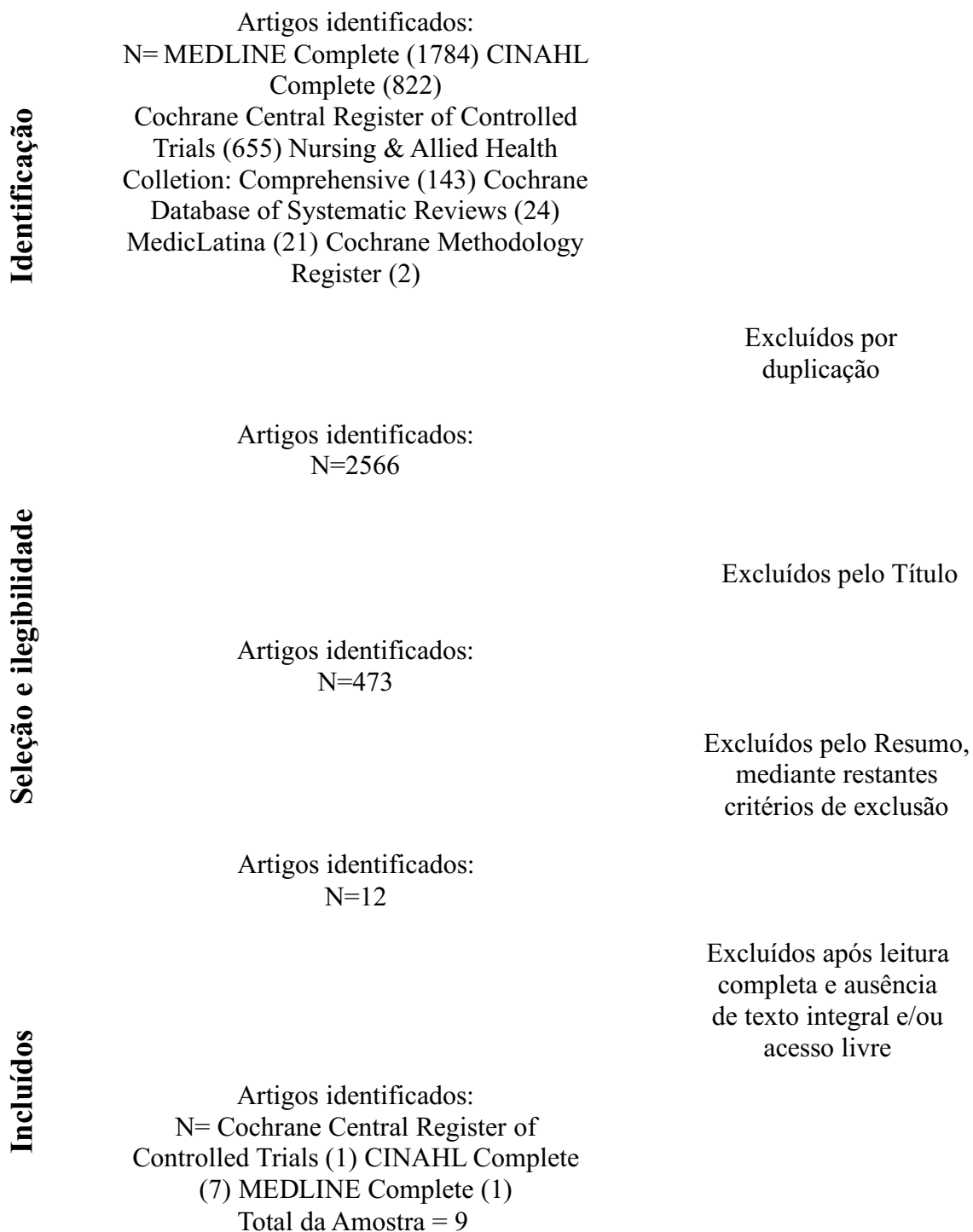
A estratégia e limitadores de pesquisa aplicados encontram-se em Apêndice I.

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).

### **1.3.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-Analyse*) (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*

<b>Autor/Ano/País</b>	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. Espanha
<b>Tipo de Estudo</b>	Observacional descritivo
<b>Participantes</b>	Todos os profissionais de saúde que trabalham nas enfermarias do estudo (20 enfermarias) e prestam cuidados diretos a pacientes adultos internados
<b>Objetivo</b>	Determinar a eficácia de uma intervenção multimodal na incidência de eventos adversos associados ao uso de CVP's em pacientes adultos hospitalares
<b>Resultados</b>	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
<b>Nível de Evidência</b>	4.b
<b>Autor/Ano/País</b>	Choi Sung Ae; Jeong Sun Young. 2020. Coreia
<b>Tipo de Estudo</b>	Questionários autoaplicáveis com análise de dados através de estatísticas descritivas, teste independentes e regressão múltiplas
<b>Participantes</b>	136 enfermeiros que atuam em hospitais de pequeno e médio porte
<b>Objetivo</b>	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
<b>Resultados</b>	Avaliação dos conhecimentos; Ensino/Formação/Empoderamento; Auditorias/Monitorização; Sessão de treino presencial; Divulgação de resultados/Feedback
<b>Nível de Evidência</b>	4.b
<b>Autor/Ano/País</b>	Mercedes Garcia-Gasalla, María Arrizabalaga-Asenjo, Carmen Collado-Giner, Lola Ventayol-Aguiló, Antonia Socias-Mir, Adrián Rodriguez-Rodrigues, Maria Cruz Perez-Seco, Antoni Payeras-Cifre. 2019. Espanha
<b>Tipo de Estudo</b>	Análise estatística
<b>Participantes</b>	Hospital Son Llätzer, um hospital universitário de 380 leitos em Palma de Mallorca
<b>Objetivo</b>	Avaliar o impacto das medidas de prevenção de infeção num hospital universitário em Espanha

Resultados	Ensino/Formação/Empoderamento; Auditorias/Monitorização; Avaliação de registros; 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

## 1.4.DISSCUSSÃO

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 de 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 conseqüentemente 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; Gueembe M., 2012; Koutzavekiaris I., 2011; Ullman A.J., 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 veem 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 infeção 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 unânime 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.

## **1.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

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 COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Quando nos é proposto o exercício de descrever e analisar criticamente determinado acontecimento, devemos estar cientes da complexidade do mesmo e da intenção com a concretização deste.

Refletir sobre as diversas dimensões da ação enquanto sujeito do contexto prático consolida-nos a aprendizagem e acrescenta-nos competências. De acordo com Le Boterf (2003), utilizar a prática reflexiva em situações que exijam a mobilização e combinação de recursos de modo a criar estratégias de resolução em situações complexas, reforça-nos a competência. Sendo esta conjugação de fatores uma das características do profissionalismo.

Aprendizagem é o processo de aquisição de saberes e condutas conjugando-o com a capacidade de adaptação a novas intercorrências, tendo a habilidade de agir de acordo com a imprevisibilidade das circunstâncias (Reboul,1983).

Podemos denominar competência como a capacidade de reunir os múltiplos recursos que possuímos, com intenção de agir da forma mais indicada face a determinada circunstância. Esta caracteriza-se por “(...) *um saber agir complexo que se apoia na combinação de conhecimentos e habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação*” (Regulamento 14/2019, 2019, p.4745).

A importância do desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista surge em sinergismo, pois este é um profissional que “*contém um conhecimento aprofundado num domínio específico, demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências especializadas*” (Regulamento n.º 122/2011 da OE, p. 8648).

Pelo atrás referido, considero relevante iniciar a análise de competências desenvolvidas através da apresentação dos diferentes contextos clínicos e situações experienciadas, numa perspetiva de descrição sobre o percurso desenvolvido e consequentemente sob que medida estas contribuíram para o desenvolvimento das

competências espectáveis enquanto futura Enfermeira Especialista e Mestre, não negligenciando as diferentes dimensões do processo de saber, estar, ser e transformar-se.

O percurso definido ao longo dos estágios está amplamente influenciado pela experiência prévia e de acordo com o modelo de aquisição de competências de Benner (2001), pode considerar-se este, como um processo contínuo, que surge ao longo da prática e é constituído por diferentes etapas, nomeadamente: Iniciado, Iniciado avançado, Competente, Proficiente e Perito.

De acordo com Alarcão e Rua (2005) a concretização de estágios na área de especialização pretende criar oportunidades em contexto real de situações que nos permitam desenvolver competências com relevância para o processo formativo. Atendendo a que os estágios são *“momentos de observação e intervenção em contexto de serviços de saúde e afins, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências”* (Alarcão & Rua, 2005, p.376). Invariavelmente no decorrer dos estágios, onde os contextos específicos diferem daquele em que trabalhamos, sentir-nos-emos menos aptos, contudo mediante o *background*, haverá mais ou menos suporte às abordagens, sendo o intuito, mobilizar conhecimentos previamente adquiridos no ensino teórico e na prática profissional.

A Pessoa em situação crítica é *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (OE, 2018b, p.19362), sendo a prestação de cuidados exigente e sobejamente particular, é essencial que o agente dessa ação esteja munido de competências específicas que lhe permitam adequar o melhor possível a conduta às exigências que surjam.

Entenda-se por transição *“uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”* (Chick & Meleis, 1986, p. 239), estas são *“desencadeadas por eventos críticos e mudanças em indivíduos ou ambientes”* (Meleis, 2010, p.52). Sendo o estado de saúde um processo dinâmico e uma condição variável no tempo e tendo o enfermeiro o papel de agente facilitador na adaptação ao comprometimento dessa condição, serve a Teoria das Transições, uma Teoria de Médio Alcance<sup>6</sup>, de Afaf Meleis como suporte a esse desígnio.

Chick & Meleis (1986), referem que as transições recaem no âmbito da enfermagem quando as respostas à transição se manifestam por comportamentos relacionados com saúde ou são referentes ao processo de saúde ou doença. De acordo com os mesmos autores,

---

<sup>6</sup> **Teoria de Médio alcance:** *“Teoria expressa através de um conjunto de ideias e conceitos menos abstratos, voltados especificamente para situações da prática”* (Leandro et al., 2020)

transição é um processo que confere maturidade e estabilidade, daí ser considerado um evento fundamentalmente positivo atendendo a todos os ganhos biopsicossociais atingidos.

As situações envolvidas com as transições são variadas e todas podem correlacionar-se com o cuidado de enfermagem, sendo que a premissa é centrada na disponibilidade para ajudar no processo de passagem de um estado para outro, não esquecendo que situações difíceis são sempre geradoras de respostas positivas e negativas (Zagonel, 1999).

Haverá sempre demonstrações explícitas deste processo, desorientação, ansiedade, instabilidade na autoestima, *etc*, quando o enfermeiro está apto a identificar estes padrões, *“pode avaliar, planejar e implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face aos eventos de transição, objetivando estabelecer a conexão e instabilidade geradas”* (Zagonel, 1999, p.29). De acordo com o mesmo autor, a promoção do cuidado sob este princípio reitera o cuidado de enfermagem, pois revigora a assistência, o ensino e a busca pelo benefício da pessoa.

O ser em transição necessita mais do que capacidades técnicas de enfermagem, mas também do seu cuidado humanizado, exigindo do enfermeiro um cuidado holístico e que considere a pessoa num todo. A importância de antecipar eventuais processos de instabilidade surge em todos os parâmetros da prestação de cuidados, daí que faça sentido a aplicabilidade desta teoria na dimensão da prevenção e controlo da infeção.

Sabemos que cuidados que comprometam a correta abordagem aos acessos vasculares condicionam o surgimento de IACS e considerando que estas *“são causas significativas de morbilidade, mortalidade e consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários, para além dos custos indiretos, como qualidade de vida, dor e sofrimento dos utentes e familiares”* (Rodrigues, 2019, p. 25), tendo a capacidade de antecipar determinados processos potencializadores de instabilidade, conseguimos gerir de forma mais adequada os processos de transição inevitáveis que a pessoa em situação crítica tem de gerir e ultrapassar para poder evoluir.

Enquanto mestranda em enfermagem, também eu experiencio o processo de transição, atendendo a que vivencio novos ambientes, sensações e emoções, que exigem o recrutamento de novos saberes que determinam alterações no comportamento que consequentemente conduzem à mudança e crescimento (Zagonel, 1998).

A aprendizagem destes recursos não se pressupõe exclusiva à utilização em estágio, assim o pressuposto é desenvolvê-los num contexto facilitador à aquisição de competências para posteriormente poder ser transposto ao local de trabalho e aí dar-se início ao processo de desenvolvimento de um enfermeiro Especialista e Mestre, através da gestão dos recursos

disponíveis para uma prestação de cuidados dignos e personalizados à pessoa alvo dos mesmos.

Enquanto enfermeira de um serviço de Urgência Geral e Polivalente tenho inúmeras oportunidades de aprendizagem, assim é-me possível desenvolver competências técnicas, comportamentais, organizacionais e humanas no que ao cuidado da pessoa em situação crítica e sua família diz respeito, atendendo à orgânica que por ser rica em procedimentos e situações complexas exige uma prática sustentada na evidência, tal como uma atualização contínua de conhecimentos. *“Para exercer enfermagem de qualidade e cuidar no sentido humano e científico exige-se muito mais do que virtude, exige-se que cada um de nós saiba utilizar os conhecimentos técnicos e científicos de forma apropriada, pois só assim salvamos vidas, só assim aliviemos o sofrimento, só assim confortamos na dor e na morte”* (Queiroz, 2013, p.VI).

Por ser serviço de Urgência de grande dimensão encontra-se dividido em áreas distintas de funcionamento, algumas delas limitadas a uma integração específica e que exigem determinadas competências para poder realizá-los, sendo exemplo a Triagem e as salas de Emergência/Reanimação e Trauma.

Mediante o setor onde esteja alocada é possível pôr em prática determinadas competências adquiridas no curso de Mestrado e Especialidade, sendo que independentemente do setor onde me encontre, procuro promover o suporte à pessoa em situação crítica sem que seja comprometida a prática profissional ética e legal, regendo-me sob uma conduta que vai ao encontro dos princípios éticos e deontológicos da profissão.

Cabe também aos enfermeiros do serviço de Urgência, afetos às salas de Emergência/Reanimação e Trauma dar resposta a situações de Emergência Médica ocorrentes no espaço do Hospital através da Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI)<sup>7</sup> por ativação telefónica, sendo da nossa responsabilidade dar resposta em tempo útil através da gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados, desenvolvendo práticas de qualidade e garantindo um ambiente terapêutico e seguro.

Atendendo às particularidades do Centro Hospitalar em que exerço funções, há determinadas especialidades que se encontram distribuídas em polos que não o da Urgência Geral, assim sendo, há circunstâncias em que o transporte inter-hospitalar é a solução e este

---

<sup>7</sup> **EEMI** – Equipa Emergência Médica Interna constituída por um médico e um enfermeiro, que dão resposta às ocorrências emergentes que sucedam no Hospital, seja em Serviços de Internamento, Hospital de Dia, Serviços de apoio Hospitalar ou em áreas exteriores, desde que dentro do recinto Hospitalar.

é da responsabilidade do enfermeiro, que garante um ambiente terapêutico e seguro, com práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Não posso deixar de mencionar a oportunidade de ter sido incluída no grupo de trabalho do PPCIRA do serviço, onde tenho um papel ativo na auditoria de pares com intuito de promover a melhoria contínua, o que me tem proporcionado oportunidade de correlacionar aprendizagens, sendo possível partilhar os conteúdos que estudei ao longo do Curso de Mestrado e Especialidade, mas também adquirir e consolidar competências na área do desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Saliento ainda a possibilidade que me foi dada de colaborar na tutoria de alunos de licenciatura, permitindo-me desenvolver o autoconhecimento e assertividade, sustentando a minha praxis clínica em evidência científica, de forma a não comprometer a prestação de cuidados de qualidade.

Considerando todas as competências descritas anteriormente, a minha decisão para seleccionar os campos de estágio baseou-se na vontade que tinha em abordar o doente crítico em diferentes estádios da sua condição, associando a esta característica locais que considero exigentes e simultaneamente desafiantes pelas especificidades que apresentam. Assim, o primeiro decorreu num Bloco Operatório de Urgência, o segundo em contexto pré-hospitalar, numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação e o último numa Unidades de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica, tendo sido definido para todos como Objetivo Geral comum, desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família, adaptados ao contexto de atuação (UCP, 2015).

Ao longo dos diferentes contextos facilitadores de aprendizagem, não posso deixar de referir outros momentos de extrema importância e contributo neste processo, como sendo a Ação de Formação “*Cuidados ao Doente em Condição Crítica*” (ANEXO I), a Ação de Formação “*Precauções Básicas de Controlo de Infecção/Precauções Básicas nas Vias de Transmissão*” (ANEXO II), ambas desenvolvidas pela Área de Gestão de Formação do Centro Hospitalar, bem como o IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem com o tema “*Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde*” (ANEXO III), subsidiado pela UCP de Lisboa.

## 2.1.BLOCO OPERATÓRIO DE URGÊNCIA

Este contexto de estágio decorreu num Bloco Operatório Central (BOC) de urgência, com total de 180 horas de contacto, compreendido no período entre 19 de abril de 2021 e 2 de junho de 2021.

A aprendizagem em contexto prático é um privilégio, dado que permite ao estudante vivenciar novos contextos sob a orientação, conhecimento e experiência de um enfermeiro perito<sup>8</sup>, promovendo a análise crítica e reflexiva da prática de cuidados, baseada na evidência científica.

Faz sentido que os estágios tenham o tempo suficiente para o desenvolvimento e aquisição de diferentes competências, contudo não é expectável que no momento do seu termino o enfermeiro esteja no nível de enfermeiro perito, definido no modelo de competência profissional que sustenta o desenvolvimento profissional do Enfermeiro, onde a progressão individual dos profissionais é fragmentado em cinco níveis: Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito (Dreyfus & Dreyfus, 1986) e também explanado por Benner, 2001 em “*De iniciado a perito*”.

Este é um BO inserido num hospital central e como tal admite inúmeras especialidades cirúrgicas, inclusive situações de trauma major. Daí ser expectável que esta seja uma experiência enriquecedora e traga inúmeros contributos na aquisição de competências na abordagem à pessoa em situação crítica e sua família.

O BO onde estou a desenvolver o estágio é uma unidade cirúrgica isolada do exterior, encontra-se localizado no 2º e 3º pisos do hospital em que se encontra inserido e é constituído por um total de 8 salas operatórias.

Motivado pela pandemia, o serviço foi reestruturado e adaptado, assim sendo, o 3º piso tem 2 salas operatórias afetas às cirurgias de pessoas com SARS-CoV-2 positivo, com o material mínimo necessário para o decurso das mesmas. Encontrando-se o 2º piso a dar resposta a tudo resto, sala de acolhimento de doentes; os gabinetes da enfermeira chefe, do chefe de anestesia e do administrativo; sala de pausa; farmácia; sala de dispositivos médicos consumíveis; sala de receção e armazenamento de material esterilizado; sala de sujeitos; Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), que atualmente comporta 9 doentes em simultâneo e finalmente um total de 6 salas operatórias, encontrando-se uma inutilizada e a

---

<sup>8</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)

servir de armazém a algum material que estava armazenado em salas do 3º piso (que como mencionado, encontra-se apenas com o material mínimo necessário).

As intervenções cirúrgicas que decorrem estão divididas entre cirurgias de urgência<sup>9</sup> e cirurgias programadas<sup>10</sup> e ambas dão resposta às seguintes especialidades médicas: Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Orto-traumatológica, Cirurgia Urológica, Cirurgia Vertebro-Medular, Otorrinolaringologia, Neurocirurgia, Cirurgia Oftalmológica, Cirurgia Vascular, Unidade de Patologia Mamária, Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial.

No que diz respeito aos 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 urgentes/emergentes em horários rotativos. Cada uma destas equipas tem um total de 10 a 12 enfermeiros, tendo pelo menos 1 especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Além dos elementos responsáveis pela prestação de cuidados, há ainda o enfermeiro chefe de equipa que coordena a equipa ao longo de cada turno, 4 enfermeiras de apoio à gestão e a enfermeira-chefe.

Regra geral nos turnos da manhã funcionam em simultâneo, cirurgias programadas e de urgência, sendo sempre asseguradas 2 salas para estas. Quanto à distribuição dos elementos, há habitualmente um enfermeiro de acolhimento, dois enfermeiros de UCPA, 3 enfermeiros por sala operatória (anestésista, instrumentista e circulante) e o chefe de equipa.

De modo a direcionar este exercício para o que o é expectável obter com a concretização deste estágio e tendo por base o pressuposto da aquisição de competências e consequentemente evidenciar a aprendizagem, é essencial basear a prática reflexiva nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e nas Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, discriminadas respetivamente, no Regulamento da Ordem dos Enfermeiros nº 140/2019 de 6 de fevereiro e no Regulamento da Ordem dos Enfermeiros nº 429/2018 de 16 de julho.

Assim, fazendo uma análise detalhada às diversas competências abordadas nos documentos supramencionados é possível estabelecer correlação entre a minha ação e a competência adquirida através da mesma.

---

<sup>9</sup> **Cirurgias de urgência:** aquela em que há risco de vida ou de perda de membro, caso a mesma não se realize num período entre 6h até 24h (Eduardo Lapa, 2014)

<sup>10</sup> **Cirurgias programadas:** aquela que pode ser protelada por um período de até 1 ano sem causar danos para o utente (Eduardo Lapa, 2014)

Das competências comuns do enfermeiro especialista:

**A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional**

**A 1.1.1. – Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente**

O BOC de urgência é um serviço particular no que diz respeito à parceria com a pessoa, pois a mesma permanece na sala de operações sedada, logo a parceria existente entre enfermeiro e utente tem de ser criada previamente ao momento da sedação. Mais do que em qualquer outro contexto de estágio, neste é fundamental abordar previamente todas as opções e garantir que as mesmas foram apreendidas e compreendidas sob pena de não comprometer os princípios éticos e a deontologia profissional.

Cabe ao enfermeiro e principalmente ao enfermeiro especialista garantir que a pessoa em situação crítica, admitida no BOC de urgência está devidamente informada.

**A 1.1.2. – Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência**

A experiência profissional é algo que está diretamente relacionada com o tempo de profissão, é por isso uma competência que é desenvolvida ao longo do percurso e suporta-se da frequência de execução, seja ela de uma execução prática básica ou de um raciocínio lógico complexo. No decorrer do meu estágio considero estar a trabalhar na melhoria e enriquecimento do meu percurso relativamente à abordagem à pessoa em situação crítica, atendendo a que estou numa realidade bastante diferente da que estou habituada a agir. É essencial ter em consideração que a tomada de decisão exige um conhecimento prévio, contudo pode ser estimulada e desenvolvida em parceria com a experiência e supervisão da enfermeira orientadora.

**A 1.1.3. – Participa na construção da tomada de decisão em equipa**

Habitualmente na sala de operações existem 3 enfermeiros com os respetivos setores definidos e de forma simbiótica e sinérgica, as suas ações fluem para que aquele momento de urgência seja vivido da forma mais calma e sequencial possível. Um dos meus principais receios era de algum modo comprometer essa mesma simbiose, tendo definido como um dos meus indicadores de processo de obtenção dos meus objetivos específicos, precisamente demonstrar estar integrada na equipa multidisciplinar.

A primeira posição que integrei foi a de Enfermeira de Anestesia, onde se preconiza colaborar com o Anestesta, sendo por isso fundamental integrar a equipa multidisciplinar. É da competência do enfermeiro de anestesia a observação e vigilância intensivas; capacidade de despistar sinais e sintomas de complicações que possam surgir; estar apto a atuar em situações de urgência e emergência (AESOP, 2012, p. 110).

Atendendo a que por vezes também os Anestesiastas se fazem acompanhar de internos de anestesia pode surgir alguma dificuldade em fazermo-nos notar e pretendia desde o primeiro dia ser um elemento útil, proactivo e que demonstrasse ser um ganho na equipa e para a pessoa em situação crítica com necessidade de cuidados perioperatórios.

Em determinados momentos, a participação na construção da tomada de decisão, pode ser relativa à abordagem anestésica, o que exige pesquisa prévia de modo a aprofundar o conhecimento teórico dos fármacos mais usados na indução e manutenção anestésica. É fundamental que todos os elementos estejam confortáveis com as decisões tomadas, o que exige conhecimento prévio às ações realizadas.

#### **1.1.4. – Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções**

Neste critério é importante enquadrá-lo na unidade de competência a que pertence e atendendo a que essa menciona a tomada de decisão faz sentido ilustrar com uma situação que ocorreu num turno que realizei na UCPA, em que uma utente em pós-operatório desencadeia uma situação de Bradicardia, tendo diminuído valores de 60bpm, o seu basal até então, para 35bpm em decrescente. Nesse momento apesar da equipa médica não se encontrar presente na UCPA foram administrados 0.5mg Atropina EV, com eficácia tendo-se conseguido reverter o quadro de Bradicardia sinusal<sup>11</sup>. Estatui o REPE, no seu artigo 9º, nº4, alínea a), que os enfermeiros “*precedem à administração de terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo em situações de emergência agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais*<sup>12</sup>” (Conselho Jurisdicional da OE, 2017 – p.6). Nesta situação em particular, o tempo que levaríamos a procurar um médico, pô-lo ocorrente da situação, preparar e administrar o fármaco iria comprometer o sucesso da ação, atendendo a que estávamos numa situação emergente, pelo que agimos de acordo com o princípio supramencionado.

No exemplo apresentado, a competência da tomada de decisão, baseada em normas deontológicas pôde ser posta em prática, pois é necessário ter conhecimento dos princípios éticos e deontológicos pelos quais nos regemos para agirmos de forma eficaz sem os comprometermos.

---

<sup>11</sup> **Bradicardia sinusal:** Ritmo cardíaco caracterizado pela presença de ondas P de morfologia, duração e amplitude normais, embora com Frequência cardíaca inferior a 60bpm. (Femédica, 2017 – p. 24)

<sup>12</sup> Parecer nº181/2010 do Conselho Jurisdicional

## **A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais**

### **A 2.1. – Promove a proteção dos direitos humanos**

Cabe ao enfermeiro que faz o acolhimento do doente receber do colega do serviço de onde o mesmo é encaminhado toda a informação que lhe diz respeito e essa apenas é partilhada com a equipa multidisciplinar diretamente relacionada com o doente, ou seja, a informação é partilhada entre os profissionais de forma a dar resposta e garantir que os cuidados prestados não ficam comprometidos e atendendo a que todos os profissionais envolvidos estão sujeitos ao dever de sigilo profissional.

Cabe também ao enfermeiro que realiza o acolhimento validar se o consentimento informado e esclarecido está devidamente realizado de forma a garantir que se **(A.2.1.5.) Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde.**

### **A 2.2. – Gere na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.**

No âmbito da realização do procedimento cirúrgico existe o preenchimento do documento da cirurgia segura que dá resposta a todos os critérios abrangidos nesta unidade de competência. Questões como conduta antecipatória, identificação de práticas de risco e incidentes estão contemplados neste procedimento que tem como finalidade garantir a segurança do procedimento e consequentemente dos profissionais que estão a desempenhar funções naquele ato cirúrgico.

Quanto a assegurar condutas que incitem ao respeito pela privacidade e dignidade da pessoa, cabe a todos em geral e ao enfermeiro de circulação em específico garantir que as mesmas são cumpridas pois está estabelecido que uma das suas múltiplas funções é, proporcionar um ambiente calmo, confortável, seguro e privado (AESOP, 2012 p. 132).

Tive oportunidade de desempenhar funções de enfermeiro circulante pelo que me foi possível colocar em prática estas exigências de forma mais direta, pois é neste enfermeiro que recai a responsabilidade de posicionar adequadamente a pessoa, não comprometendo o direito à privacidade, que deve assegurar e garantir as condições de segurança do Bloco Operatório, no fundo é o enfermeiro que monitoriza e valida se a sala, o material necessário e os recursos humanos estão aptos para uma cirurgia segura dos diversos pontos de vista.

## **B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua**

### **B2.1. – Avalia a qualidade das práticas clínicas**

## **B2.2. – Planeia programas de melhoria contínua**

Tive a oportunidade de realizar um complemento ao estágio com o GCL – PPCIRA, neste âmbito foi-me dada a possibilidade de participar numa reunião de preparação para a auditoria de “Prevenção da Infecção Relacionada com os dispositivos Intravasculares” em todo o Centro Hospitalar e ainda integrar a própria auditoria, tendo acompanhado um dos auditores a um dos serviços selecionados. Tive acesso a documentação variada sobre a temática em análise e foi-me dada a oportunidade de consolidar e tomar conhecimento das práticas realizadas, tendo em conta que a auditoria passava não só pela avaliação dos procedimentos setoriais e procedimentos multissetoriais aprovados em Instrução de Trabalho interna, mas também pela observação direta da colocação, manuseio e remoção dos dispositivos vasculares.

Neste contexto pude abordar unidades de competência e respetivos critérios de avaliação, que até então não tinha trabalhado, pois no BOC de urgência não tive oportunidade de **(B2.1.3) Integrar auditorias clínicas** e **(B2.1.4.) Analisar os resultados da avaliação efetuada**, e nos turnos realizados com o GCL – PPCIRA isso foi possível desenvolver.

Findo o processo de auditoria propriamente dito, cabe ao enfermeiro auditor introduzir os dados obtidos numa plataforma de registo, para posterior análise detalhada com o intuito de serem aplicadas medidas promotoras de melhoria contínua, nunca com intenção de punição.

Deste modo, também surgiu a possibilidade de trabalhar a competência, **(B2.2) Planear programas de melhoria contínua**, pois participei na introdução dos dados obtidos para posterior implementação de medidas que melhorem a prática.

### **D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade**

#### **D1.1. – Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro**

#### **D1.2. – Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional**

Ao longo deste estágio trabalhei a integração e a relação multidisciplinar com o intuito de dar resposta às solicitações e absorver as diversas oportunidades de aprendizagem. De acordo com Gode (1993) o processo de integração é iniciado no momento da admissão do novo elemento e só quando este domina a filosofia organizacional, a equipa de trabalho e as atividades funcionais é que deverá considerar-se concluído. Sem estes critérios não é exequível gerar resposta, demonstrar adaptabilidade e deter consciência pessoal e profissional.

Considero que no decorrer do estágio fui demonstrando que era merecedora de autonomia, o que se refletiu na passagem pelas diferentes funções entre elas Enfermeiro de Anestesia, Enfermeiro de UCPA e Enfermeiro de circulação, sendo que estava definido desde início que não iria passar pela função de instrumentação, atendendo à especificidade desse setor, altamente tecnicista e que exige um conhecimento dos materiais e das técnicas realizadas bastante consolidado, não sendo esse o objetivo deste estágio. Das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica:

### **1- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**

Pude continuar a dar resposta a esta competência em qualquer das funções por mim desempenhadas, pois esta é transversal a todos, tendo eu integrado a equipa de urgência tive a oportunidade de admitir várias pessoas em situação crítica e independentemente do Enfermeiro estar de anestesia, circulação, UCPA ou até mesmo instrumentação deve dar resposta e garantir a prestação de cuidados adequados à pessoa em processo de doença crítica e/ou falência orgânica, logicamente adaptando às funções inerentes ao papel que irá desempenhar.

Enquanto enfermeiro de circulação, o meu papel nesta competência era o de garantir que a sala estava pronta para receber a pessoa e esta estar em condições ótimas, atendendo à particularidade de cada situação, para que a cirurgia decorresse com o menor risco possível. Já enquanto enfermeiro de UCPA, a minha função era a de estabilizar a pessoa em pós-cirúrgico para possibilitar a sua transferência para a Unidade onde iria cumprir o internamento, com o menor número de intercorrências.

#### **1.1 Presta cuidados à pessoa em situação emergente na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica**

Tanto pessoas em situação emergente como em risco de falência orgânica, são situações frequentes em contexto de BOC de urgência, pois a necessidade de intervenção cirúrgica de urgência *VS* a instabilidade hemodinâmica da pessoa em situação crítica ganha e cabe ao enfermeiro de anestesia garantir que todos os cuidados que lhe estão inerentes são prestados com base na antecipação das necessidades e na resposta atempada de forma a não comprometer nem colocar em causa o decorrer da cirurgia. No que diz respeito a:

1.1.1. Identifica prontamente focos de instabilidade;

1.1.2. Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade;

1.1.3. Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica

Podemos afirmar que tal foi atingido e desenvolvido.

### **1.3 Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas**

A ida de uma pessoa ao BO pressupõe ser submetida a técnicas de alta complexidade, pois a mais simples abordagem cirúrgica exige o complemento anestésico, seja este de anestesia geral, de bloqueio periférico com anestesia locoregional ou epidural e pode ter consequências que devem ser monitorizadas e despistadas.

É parte integrante do procedimento anestésico a gestão do controlo da dor, entende-se por anestesia, *“a aplicação de técnicas sujeitas a princípios fisiológicos e farmacológicos, que permite a adaptação do organismo ao estímulo do ato cirúrgico, garantindo a sua homeostasia e evitando efeitos secundários significativos para o doente”* (Duke & Rosenberg, cit in AESOP, 2012 p. 111). Assim, são igualmente importantes todas as fases que completam o processo anestésico, sejam elas a fase de indução, a de manutenção ou a de reversão.

No que ao procedimento cirúrgico diz respeito, o preenchimento do protocolo da cirurgia segura, dá ao enfermeiro a visão transversal do procedimento, onde são inclusivamente abordadas as perdas expectáveis e o tempo cirúrgico proposto, de forma a permitir uma avaliação criteriosa no decorrer da cirurgia com o propósito de perceber se o sucedido está dentro do expectável ou se está a ir além disso e por conseguinte, exige revisão do modo de atuação com respetiva adequação da abordagem predefinida. É fundamental por isso e dependendo das cirurgias, ir realizando controlo gasimétrico para avaliar as perdas hemáticas e eventual necessidade de transfusão de hemoderivados, despistar desregulação iónica com a eventual necessidade de reposição de iões e ainda o eventual ajuste de parâmetros ventilatórios. Quanto à monitorização hemodinâmica contínua, é também essencial com o propósito de despistar necessidade de incluir determinados fármacos, adequados a cada situação em específico.

É aqui perceptível que a atuação é baseada na premissa da antecipação, embora aconteça em algumas situações particulares ter de se corrigir alterações que ocorram. Ainda assim, quando garantida a vigilância ativa e monitorização continua essas alterações são passíveis de correção atempada e adequada.

### **1.6 — Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica**

1.6.1 — Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica;

Embora o contexto do estágio que estou a realizar seja em BOC de urgência são inúmeras as situações em que as pessoas em situação crítica que admitimos estão conscientes e orientadas em todas as vertentes. Desta forma, é frequente apresentarem níveis de ansiedade, preocupação e receios elevados, demonstrando muitas vezes medo de não acordarem da cirurgia.

Cabe também ao enfermeiro, principalmente sendo especialista e por forma a dar resposta às competências que o seu grau preconiza, abordar de forma adequada o procedimento que irá ocorrer, desmistificando convicções incorretas e gerindo a ansiedade e os medos vivenciados por forma a permitir que a pessoa tenha uma indução anestésica mais serena e, por conseguinte, um despertar mais tranquilo. De acordo com IMLE (1990), o cuidado de enfermagem tem uma forte expressão no processo explorativo da transição, através da gestão das expectativas e experiências, na identificação de eventos causadores de stress e na perceção sobre como os alicerces internos e externos podem ser vantajosos ou não, na transição e principalmente a encarar a assimilação da transição.

Ações simples como apresentarmo-nos à pessoa no momento do acolhimento, dizermos quem somos e que iremos estar com ela em sala, informar sempre até ao momento da indução anestésica todos os passos que damos de modo a que a pessoa saiba o que está a ser feito e porque está a ser feito, são mais valias e ferramentas na gestão da ansiedade.

Além disso, é importante que a sala esteja previamente preparada para que no momento da entrada do doente não se verifica um ambiente de azafama, não se sinta tensão nos profissionais ou até que algo está descontrolado, pois isso só transmitirá insegurança e aumentará a ansiedade do mesmo.

É igualmente importante explicar previamente como irá ser o despertar, pois por mais confusa que a pessoa esteja nesse momento, irá com certeza reter alguma informação e essa só facilitará todo o processo.

Na elaboração do plano dos cuidados da pessoa em situação crítica, a sua família não deve ser deixada de parte e é função do enfermeiro, caso o doente se encontre acompanhado de algum familiar, transmitir informações claras por forma a gerir a ansiedade e o medo demonstrados por estes.

Particularmente, até ao momento ainda não tive nenhuma situação direta com familiares, pois todos os doentes a quem fiz o acolhimento estavam apenas acompanhados

de Enfermeiro e Assistente operacional, contudo é importante ter em atenção esta questão para agir adequadamente nas situações em que tal se verifique.

### **3- Maximiza a intervenção em prevenção e controlo da infeção e resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil de adequadas**

Atendendo a que um dos meus objetivos específicos para este estágio está precisamente relacionado com a prevenção e controlo de infeção na abordagem aos acessos vasculares, portas por excelência para a corrente sanguínea e via direta para a disseminação de agentes microbianos, esta é uma competência para a qual olho com particular interesse.

Em BO o controlo de infeção não se limita à abordagem aos acessos vasculares, sendo que qualquer cirurgia tem associado o risco de infeção. Deste modo, este tema deve ocupar uma posição de destaque nas preocupações da equipa multidisciplinar, por forma a que sejam asseguradas medidas que garantam que o sucesso da cirurgia e a respetiva recuperação do doente não fica comprometida em consequência de uma eventual infeção associada aos cuidados cirúrgicos.

No que à abordagem aos acessos vasculares diz respeito e aos cateteres venosos centrais (CVC) em específico, por vezes é necessário a colocação CVC e é competência do enfermeiro de anestesia a preparação do material e a colaboração no procedimento. Tal como já abordei, por vezes existem vários profissionais de anestesia (médico anestesista e internos de anestesia) na sala e porque também estão em momento de aprendizagem a execução deste procedimento está incluída, o problema surge quando há manuseio em simultâneo do material e da pessoa. Cabe ao enfermeiro de anestesia, principalmente se for especialista garantir que as medidas de assepsia estão garantidas e são cumpridas. É essencial não dar margem a que se possa comprometer o sucesso da reabilitação apenas por não cumprimento das medidas preconizadas. Assim, o enfermeiro tem um papel preponderante no que ao equipamento de proteção individual utilizado diz respeito, havendo vezes em que é necessário reforçar a importância da utilização de bata esterilizada em complemento às luvas esterilizadas.

A higienização do BO é outro tema, mais abrangente e deve ter como princípio proporcionar um ambiente seguro ao procedimento cirúrgico e deve ser realizada por forma a que se minimize a exposição dos utentes e dos profissionais aos microrganismos potencialmente infecciosos (Susana Madaleno, 2014).

Como premissa básica devem considerar-se todos os pacientes, tal como, todos os procedimentos cirúrgicos potencialmente infetados e contaminados, respetivamente. Deste

modo, o procedimento correto deverá ser transversal a qualquer tipo de cirurgia, devendo apenas ser tomados cuidados adicionais em circunstâncias em que se encontrem presentes microrganismos epidemiologicamente significativos (Carvalho e Bianchi, 2016).

Exemplo disto é a conjuntura vivida, relativamente à Covid 19, que obriga a que pessoas com SARS-CoV-2 positivo sejam isoladas das restantes e que os próprios profissionais de saúde intervenientes na cirurgia tenham equipamento de proteção individual específico, atendendo às características tão particulares do respetivo vírus.

Tive oportunidade de integrar uma dessas cirurgias, a pessoa em causa estava com SARS-CoV-2 positivo e tinha-lhe sido diagnosticada apendicite com peritonite, havia necessidade de ida ao BOC de urgência, tendo exigido a mobilização de recursos humanos e materiais para as salas operatórias que estavam adstritas a este fim, limitando por isso a dinâmica intra bloco e exigindo à equipa presente uma capacidade antecipatória superior à habitual.

Respeitando as indicações da *World Health Organization* (2002), em circunstâncias em que estejamos perante utentes infetados ou colonizados com microrganismos epidemiologicamente importantes, é categórica a utilização de medidas adicionais e adequadas à via de transmissão. Assim, justifica-se a criação de um circuito próprio e adequado aos doentes, que tal como a pessoa que referi, têm SARS-CoV-2 positivo, por forma a quebrar cadeias de transmissão.

A higienização do ambiente é uma medida fundamental no controlo da contaminação e na promoção de um ambiente seguro para o doente e para os profissionais. Sendo que a formação e o treino de boas práticas a higienização do bloco operatório, são fundamentais para a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, e as normas orientadoras constituem padrões de referência para os profissionais de saúde, orientando-os na sua prática clínica (Susana Madaleno, 2014).

Tive ainda oportunidade de durante uma semana alterar totalmente a realidade do contexto prático que estava a desenvolver, pois tive o privilégio de poder colaborar com o GCL – PPCIRA.

Este é um grupo constituído por elementos do Centro Hospitalar e que conta com a cooperação de vários “elos de ligação” das muitas equipas dos múltiplos serviços para assegurar a eficácia da sua missão. De acordo com a DGS<sup>13</sup>, consiste em implementar uma

---

<sup>13</sup> <http://www.chlc.min-saude.pt/sistema-integrado-da-qualidade-e-seguranca/grupo-de-coordenacao-local-programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeccoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-ppcira/> (consultado a 28/05 às 16h)

abordagem estruturada multidisciplinar e multiprofissional de prevenção e controlo de infeção associada a cuidados de saúde, promovendo a eficácia clínica e limitando a toxicidade e a emergência de resistências microbianas.

Embora tenha sido uma passagem efémera, reconheço que a mesma se demonstrou preponderante no desenvolvimento e aquisição dos objetivos a que me propus. Foi um estágio muito abrangente, pois reuniu num só local múltiplas exigências, nomeadamente, competências humana, teórica e técnica.

Corroboro com Ana Paula Reis & Alcina Silva (2014, p.204), quando referem que *“o bloco operatório é um autêntico “laboratório”, onde a junção de vários agentes pode provocar a todo o momento uma “explosão”.*”, sendo a melhor estratégia, consolidar e adquirir novos conhecimentos, que possibilitem desenvolver a competência de antecipar.

Tive oportunidade de explorar diferentes abordagens ao doente crítico, mediante a função que me encontrava a desempenhar, sempre sustentada pela premissa importante de que todas as posições dos intervenientes são fulcrais e todas de importância equivalente, pois sem qualquer uma das peças é impossível garantir sucesso na execução, além de que, importa frisar que neste processo há apenas uma peça principal, o responsável pela necessidade da existência dos profissionais de saúde intervenientes, ou seja, a pessoa em situação crítica com necessidade de intervenção cirúrgica. Deste modo, o respeito pela importância do papel de cada um, sustenta a construção de uma equipa coesa, dinâmica e unidirecional, pois a missão é transversal apesar das funções específicas que cada elemento executa, o bem-estar da pessoa em situação crítica.

Enquanto enfermeira em *“Estágio de Vigilância e Decisão Clínica”* importa dar resposta a dois grandes chavões, descritos pela AESOP (2006, p.288) *“O saber – fazer”*, onde é desenvolvida a operacionalidade do saber teórico, onde implica interpretar os saberes, ter em memória os resultados da interpretação e permite ao enfermeiro realizar ações como saber observar e registar e *“O Saber ser/Saber – estar”*, também designada de *“competência comportamental”*, constituída por capacidades que permitem a cooperação eficaz com o outro. Este é o saber que possibilita ouvir, comunicar, negociar, trabalhar em equipa, ter iniciativa, abertura à mudança, etc. No BO em particular, este *“saber”* dá resposta à adaptação do comportamento apropriado face a determinado incidente.

De acordo com Ana Paula Reis & Alcina Silva (2014, p.204), *“o risco no BO é uma aposta na qualidade, apresentando-se na atualidade como um trunfo para o sucesso e nesta área tão específica, fortalece o cumprimento dos princípios inerentes ao doente na criação de um ambiente mais seguro.”*.

Enquanto futura Enfermeira Especialista esta foi a minha principal preocupação, dar resposta a este propósito e não comprometer a sua concretização. Assim sendo, senti necessidade de aliar a este estágio uma parceria embora pequena no GCL – PPCIRA para garantir uma resposta mais adequada, coesa e fundamentada a princípios tão básicos mas tão basilares como “o controlo de infeção”, que segundo a AESOP (2006, p.47) “*está diretamente relacionado com a assepsia e com todos os procedimentos relacionados com o ambiente cirúrgico, comportamento dos profissionais e tratamento dos dispositivos médicos, de modo a limitar ao máximo, a infeção nasocomial<sup>14</sup> ligada ao ato cirúrgico*”.

Posso assim concluir que esta foi uma experiência muito enriquecedora, que contribuiu em muito para o meu crescimento profissional e pessoal, senti-me desafiada, pois saí da minha zona de conforto, contudo considero ter dado resposta de forma satisfatória aos inúmeros desafios que foram surgindo pelas características do serviço e também propostos pela enfermeira orientadora. Sinto por isso que foram criadas oportunidades de aprendizagem, que garantiram a aquisição de competências e que servirão como alicerces que sustentarão a consolidação dessas, bem como a aquisição de novas competências.

## **2.2.VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO (VMER)**

Como segundo estágio estive em contexto extra-hospitalar numa VMER alocada a um Hospital Central da grande Lisboa, também este com um total de 180 horas de contacto, no período compreendido entre 06 de setembro de 2021 e 27 de outubro de 2021.

De acordo com o Despacho nº5561/2014, os Serviços de Urgência Polivalente e os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica devem integrar uma VMER.

Este é um meio diferenciado de emergência extra-hospitalar e corresponde a uma viatura ligeira que é acionada em simultâneo com uma ambulância, que atua na total dependência direta dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). A equipa é constituída por um enfermeiro e um médico e garante a “*prestação de cuidados de saúde para a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita, em situações de emergência*” (Decreto-Lei n.º 34/2012, p. 749). Todas as VMER dispõem de equipamento de Suporte Avançado de Vida (SAV).

---

<sup>14</sup> **Infeção Nasocomial:** Infeções adquiridas em instituições de saúde (Manual de Boas Práticas – Programa Nacional de controlo da Infeção do Ministério da Saúde & Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge, 2002 - p. 7)

A equipa de Enfermeiros é constituída por 16 elementos, afetos ao Centro Hospitalar e na sua maioria exercem funções no Serviço de Urgência Geral Polivalente (UGP) e em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), sendo que cerca de 2/3 são especialistas e/ou mestres. Quanto à equipa médica é mais difícil de caracterizar pois embora haja uma escala de elementos, a rotatividade dos mesmos é mais frequente, sendo que a maioria são especialistas ou internos de especialidade de Medicina Interna, Anestesia e Medicina Intensiva.

Entende-se por emergências extra-hospitalares “*toda a situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe experienciada por pessoa, grupo ou comunidade, que exige uma avaliação e intervenção imediatas, no momento e local, garantindo um atendimento de qualidade, integral e oportuno*” (OE, 2018c, p. 10759). Assim sendo, a OE (2018c) define como sendo imprescindível uma intervenção imediata, com base numa abordagem diferenciada para poder garantir à pessoa o suporte efetivo e absoluto desde o local da ocorrência até à unidade de saúde de referência, assegurando a continuidade dos cuidados.

Segundo o Despacho n.º 10109/2014, para o sucesso da cadeia de cuidados de emergência médica, considera-se “*essencial a sua articulação, integração e continuidade de cuidados, envolvendo técnicos de saúde com vários níveis de diferenciação e formação adequadas na área da emergência médica, aliadas a um significativo conjunto de conhecimentos, capacidades e competências comuns*” (Ministério da Saúde (MS), 2014, p. 20233).

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é um organismo do MS que tem como principal missão definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), de forma a garantir uma pronta e correta prestação de cuidados à população (Decreto-Lei n.º 34/2012).

As chamadas de emergência efetuadas para o número 112 são recebidas em centrais de emergência da Polícia de Segurança Pública (PSP) e as emergências da área da saúde reencaminhadas para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), onde médicos e técnicos recebem os pedidos de socorro e no menor espaço de tempo avaliam e disponibilizam os meios mais adequados para cada situação, em tempo útil.

O INEM tem diversos meios de atuação no terreno entre eles ambulâncias, motas, viaturas de Suporte Imediato de Vida (SIV), helicópteros e as VMER, que através da complexa rede de telecomunicações disponível, podem solicitar meios de reforço para o local da ocorrência, assim como selecionar a receção hospitalar das vítimas.

Nas últimas décadas, com a rápida evolução da sociedade, o aumento da esperança média de vida e a respetiva complexidade das comorbilidades, a industrialização, o desenvolvimento das tecnologias e o reforço da rede rodoviária proporcionou-se um aumento da densidade populacional nas grandes cidades e periferias que contribuíram para o aumento da sinistralidade e de eventos médicos emergentes que exigiram a adequação dos serviços de saúde de forma a que os serviços de urgência cheguem o mais rápido possível à vítima e não o contrário. Assim sendo, foi criado um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM).

De acordo com o que se encontra definido no Manual de Socorrismo S.R.P.C.B.A. – Divisão de Prevenção, Formação e Sensibilização na página 3 do 1º capítulo define-se SIEM como Sistema Integrado de Emergência Médica, *“conjunto de ações coordenadas de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, que resultam da intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes do sistema de saúde nacional, de modo a possibilitar uma atuação rápida, eficaz e com economia de meios em situações de emergência médica. Compreende toda a atividade de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a adequada referenciação do doente urgente/emergente.”*

O SIEM é representado pela estrela da vida em que cada uma das suas seis pontas representa uma das fases deste sistema, a Detecção, o Alerta, o Pré -Socorro, o Socorro, o Transporte e por fim o Tratamento na Unidade de Saúde.

Para integrar a equipa de VMER é exigido ao enfermeiro e médico uma formação específica em emergência médica, nomeadamente em SAV e SAV em trauma, tendo o enfermeiro a função acrescida de condução, para a qual detém as necessárias e obrigatórias competências em condução defensiva para veículos em marcha de emergência (Circular Normativa n.º 1/2014.)

Na sua formação base, o enfermeiro adquire competências que garantem a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo o enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica detentor de competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de intervenção de emergência, em rigorosa articulação com os CODU e no respeito pelas normas e orientações internacionalmente aceites.

Em 2007 a OE publicou uma lista de orientações relativas às atribuições do enfermeiro no extra-hospitalar, além das funções próprias de cada enfermeiro de cuidados

gerais, direcionadas para cuidados de enfermagem ao doente crítico e sua família. Mais tarde, em 2013, o conselho diretivo do INEM emitiu a Deliberação n.º 20/2013 que define as orientações para os enfermeiros do extra-hospitalar.

Segundo o parecer do conselho jurisdicional 121/2012, “*os enfermeiros e médicos da VMER trabalham sempre em equipa na qual o somatório tem de ser superior à simples soma aritmética das partes*” (OE, 2012a, p. 2).

A evolução dos tempos exigiu a adequação de múltiplas estruturas, incluindo as de saúde no que à capacidade de resposta diz respeito. É por isso “*exigido aos enfermeiros que exercem a sua atividade com o doente crítico uma necessidade de atualização de conhecimentos teórico-práticos, competências técnicas e execução de gestos life-saving. A prática clínica de excelência pressupõe um conjunto de conhecimentos baseados melhor evidência científica*” (Nelson Coimbra, 2021, p. XV).

A concretização deste estágio, mais do que qualquer outro, tem por base a oportunidade de experienciar um conceito diferente da premissa do cuidado de enfermagem que pratico. Na VMER há uma inversão na abordagem pois não é a pessoa que se dirige ao profissional num ambiente que lhe é familiar, mas sim, o profissional que se dirige à pessoa, num local que não lhe traz qualquer suporte. A par desta característica implícita e que por si só me desperta interesse, pois considero que ao desafiar-me a sair da minha zona de conforto aprendo e acrescento sempre algo ao meu percurso, alia-se o cenário de incerteza, que exige raciocínio rápido e capacidade de tomada de decisão que culmina na execução eficaz, motivo pelo qual considero a área da emergência extra-hospitalar uma componente fundamental na assistência à pessoa em situação crítica e sua família, com importante expressão no volume de admissões nos serviços de urgência.

Neste estágio, o cenário altera-se completamente sendo os recursos físicos, materiais e até humanos francamente racionados. O ambiente é aleatório, a equipa não tem qualquer controlo sobre ele e o mais certo é que não apresente as condições necessárias para a adequada prestação de cuidados, sendo a principal preocupação garantir condições de segurança. Quanto aos recursos materiais e humanos são os existentes na viatura médica, onde a carga é limitada tal como o número de profissionais, estando disponíveis um enfermeiro e um médico e dois tripulantes da ambulância (Bombeiros voluntários ou TAE) que por vezes não estão disponíveis no imediato, salvo situações de exceção, como o caso de trauma com cenário multi-vítimas, onde são ativados meios complementares de apoio.

Portanto, fazendo uma análise detalhada das diversas competências e unidades de competência abordadas nos documentos supramencionados é possível identificar correlação entre a minha ação e a proficiência adquirida através da mesma.

Das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento OE nº 140/2019 de 6 de fevereiro), tive oportunidade de explorar:

**A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontologia profissional**

A VMER é um local peculiar onde as questões de índole ética e legal têm muita relevância e devem ser corretamente avaliadas pois pode haver várias entidades (Bombeiros voluntários, TAE, PSP, Bombeiros Sapadores) e recursos em interação e não podemos comprometer o desempenho de nenhuma delas por desconhecimento ou não adequação de normas/princípios.

Atendendo a que a maioria das ativações são para residência própria, em ambientes que não são de domínio do profissional, exige-se fundamentação teórica de retaguarda para poder agir em segurança e conformidade com os princípios deontológicos que regem a profissão por forma a salvaguardar as ações de modo a não condicionar o decurso da situação e os profissionais.

Na VMER, mais do que em qualquer outro local, senti que as Unidades curriculares de “*Ética de Enfermagem*” e “*Direito da Saúde*” são de relevância ímpar. As situações que ocorrem em ambiente de rua são muito mais insólitas, incomuns e exigentes do ponto de vista de raciocínio célere e ação sem hesitação, do que em qualquer outro local. Pelo que ter conhecimento e suporte para poder agir em conformidade com cada situação torna-se uma ferramenta tão essencial quanto o conhecimento técnico-científico.

**A2 – Garante práticas de cuidados que respeitemos direitos humanos e as responsabilidades profissionais**

Sendo que muitas das ocorrências sucederem na via pública ou em locais sem a privacidade adequada, cabe ao profissional de saúde responsável pela prestação de cuidados, garantir que a privacidade e dignidade da pessoa estão asseguradas ou na menor das hipóteses que foram tidas em consideração e que o plano de cuidados é definido dentro dos recursos disponíveis para minimizar o seu compromisso.

Em situações como alteração de estado de consciência na via pública, há que avaliar a possibilidade de encaminhar a pessoa à ambulância para realizar uma observação mais detalhada sem comprometer a privacidade desde que não condicione o sucesso da atuação.

Em situações que não o permitam, como é o caso de PCR em via pública, onde o objetivo primordial é a recuperação e estabilização da pessoa, é importante que não se descorem os princípios. Por forma a tentar minimizar o comprometimento da privacidade deve criar-se um perímetro de segurança que reduza a exposição da vítima e é da responsabilidade do enfermeiro, principalmente sendo especialista, dar resposta às competências que regulamentam a sua especialidade e tentar fazer com que as mesmas sejam asseguradas.

### **B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro**

A VMER é um serviço peculiar e com características muito próprias, desde logo não há nenhum elemento que lhe seja exclusivo, todos trabalham em regime de disponibilidades e a equipa de trabalho é de apenas um elemento de cada, enfermeiro e médico. Aqui o contacto entre pares é apenas no período de rendição não sendo criada por isso uma dinâmica de trabalho como em outros serviços, há protocolos predefinidos para que a abordagem seja unânime, coesa e não comprometa o desempenho do próximo. Exemplo disso é a carga da viatura médica, que está pré-estabelecida e respeita uma diretriz decidida em equipa, não estando à mercê da vontade própria a organização da mesma. Deste modo, encontrar-me num regime de 180h e orientar projetos institucionais num “serviço” com características tão específicas seria demasiado ambicioso e pouco realista. Contudo, considero que a minha abordagem se coadunou com os demais elementos, tendo ido ao seu encontro sem destabilizar o ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual seguro sentido na equipa.

Ao longo de todo o estágio segui sempre as orientações da equipa, tive sempre preocupação de apenas intervir em cenários com condições de segurança asseguradas e sem comprometer as indicações dos elementos da equipa que integrava.

### **C1 – Gere os cuidados de enfermagem otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde**

Com a VMER o trabalho desempenhado é sempre o ponto de partida para a continuidade dos cuidados, o passo seguinte exige articulação com outras unidades de saúde que darão prossecução ao plano de cuidados.

Assim sendo, a articulação com a equipa de saúde é das competências mais desenvolvidas, pois é necessário avaliar de forma eficaz a situação em específico, compreender o que é executável fora de uma unidade hospitalar, realizá-lo de forma indicada e posteriormente gerir o encaminhamento da pessoa e o seu respetivo acompanhamento a uma unidade de saúde, mais ou menos específica de acordo com a situação e tendo sempre presente quais os recursos disponíveis para a situação em específico.

Na VMER tive oportunidade de experienciar essa abordagem e tomada de decisão, pois se existiram situações em que a nossa ação apenas passou por avaliação da pessoa no local e encaminhamento da mesma a um SU acompanhada de Bombeiros ou TAE, outras foram as situações em que esse encaminhamento exigia monitorização e cuidados nossos na Ambulância, com acompanhamento da pessoa em situação crítica até à Sala de Emergência/Reanimação ou Trauma e ainda em casos de EAM encaminhamento com acompanhamento direto da pessoa até à sala de hemodinâmica sem necessidade de abordagem inicial no serviço de Urgência .

No que diz respeito à unidade de competência de delegação de tarefas, numa das saídas que tive, acidente de viação por despiste de motociclo com uma vítima de trauma em PCR à nossa chegada, a necessidade de delegação de determinadas tarefas (Sapadores e TAE) tornou-se indispensável. Aí a delegação de tarefas passa, além da consciência de que apenas as tarefas podem ser delegadas, não os cuidados, é vital supervisioná-las de modo a garantir que essas estão a ser corretamente desempenhadas, para que não se comprometa a concretização das mesmas. Exemplo disso foi a colocação do compressor torácico mecânico (LUCAS) pelo TAE, tarefa vital e que se incorretamente executada teria repercussões graves, logo foi essencial a monitorização da sua execução para garantir que a sua eficácia não era posta em causa.

## **C2 – Adapta liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados**

Uma das condições mais essenciais ao correto desempenho é a capacidade de adaptação às circunstâncias, exemplo disso é todos os profissionais da VMER, sem exceção, trabalham em serviços com inúmeros recursos e valências. Embora a ação seja suportada pelos conhecimentos teóricos e a formação contínua, é fundamental saber adequar a abordagem, que será seguramente diferente em via pública, em casa, na UGP, na UCI ou no BO, de forma a otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades, indispensável para garantir a qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo destas 180h tive a possibilidade de integrar uma equipa que me proporcionou a oportunidade de amadurecer esta competência e agir sempre com essa consciência, adaptação.

## **D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade**

Este é um campo de estágio particularmente rico nesta competência, a diversidade de ocorrências, cenários, equipas e instituições com as suas respetivas filosofias é tão vasta que se torna inevitável o desenvolvimento desta capacidade.

De acordo com as necessidades identificadas, o plano de cuidados delineado e com o encaminhamento necessário, deve ponderar e definir-se a resposta mais adequada, o que exige, em muitas circunstâncias assertividade.

Mais do que em qualquer serviço, na VMER a capacidade de comunicação, a habilidade para fazê-lo e o saber ser enfermeiro são atributos fundamentais. “*Os enfermeiros que trabalham em contexto de emergência necessitam de habilidades especiais de comunicação, o que pode afetar tanto o seu sucesso profissional, como a satisfação dos doentes.*” (Mehmet et al., 2011, p. 398). De acordo com Rodrigues & Martins (2012, pg. 33) “*a dimensão humana está relacionada com o apoio e a relação de ajuda, (...) a informação ao doente e família assume uma proporção bastante significativa*”. Assim, é expectável que o enfermeiro antecipe as necessidades da pessoa e sua família, promovendo o ambiente terapêutico e o conforto, de modo a evitar angústia desnecessária (Swickrad, 2014).

## **D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidencia científica**

A definição de “*prática clínica baseada na evidência científica*” pressupõe que a tomada de decisões sobre a adoção de cuidados perante cada pessoa em situação crítica seja realizada de forma consciente, explícita e criteriosa, obedecendo à evidencia científica mais atual (Stacket, 1996).

A par das condições de segurança garantidas para a equipa, a segurança da pessoa em situação crítica é a preocupação fulcral da equipa e isso leva à necessidade de adotar uma prática consentânea e que se reja pela melhor evidência disponível. Só assim é possível prestarem-se cuidados de excelência e garantir que esses são o fio condutor de todos os elementos da equipa, não dependendo do elemento presente. Cabe ao enfermeiro especialista fomentar este espírito e fazê-lo cumprir.

Neste estágio tive oportunidade de contactar com vários elementos que têm especialidade ou estão em vias de obtê-la. Desse modo é notória a preocupação na busca contínua de conhecimento e torna-se natural num ambiente em que todos se esforçam por trabalhar bem e dar a resposta mais adequada a cada situação.

Quanto à implementação de protocolos, a VMER é um local onde trabalhar com um padrão é muito facilitador, haver linhas condutoras e critérios bem definidos leva à coesão de equipa e à ação consentânea, essencial ao sucesso do desempenho. E foi francamente notório, apesar das características pessoais de cada elemento, que todos desempenhavam a sua função de forma semelhante e seguem a mesma filosofia.

Das competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem Médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (Regulamento OE nº 429/2018 de 16 de julho) tive oportunidade de abordar:

### **1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica**

São inúmeras as ativações para situações de fim de vida, onde o processo de gestão de falência orgânica muitas vezes não é pacífico para a família e onde a resolução desta questão não foi devidamente esclarecida e preparada.

São inúmeras as vezes que a VMER é acionada para alteração de estado de consciência em doentes em fase terminal, onde é notório que aquela evolução seria espectável no decurso da doença de base daquela pessoa, tornando-se claro, que em muitas dessas situações, aquela família não foi devidamente informada e, por conseguinte, não tinha disponíveis recursos nem mecanismos de *coping* que lhes garantissem numa resposta mais adequada que não a de ativação de meios de emergência. Em situações como estas, a comunicação eficaz é a melhor ferramenta, atendendo a que é um aspeto determinante da prática de enfermagem, visto ser um elemento fundamental na relação estabelecida entre enfermeiro/doente e/ou família.” (Phaneuf, 2002).

Assim, é fundamental compreender o que a família sabe da doença do seu ente, qual a expectativa que lhe foi apresentada e mediante essa informação transmitir de forma clara, mas com linguagem simples e delicada qual o ponto de situação. Numa situação terminal, em que a pessoa doente esteja com semblante confortável, devemos abordar com a família a possibilidade de ficar em casa, tratando depois com o médico assistente da verificação e certificação do óbito. Caso a família não se sinta capaz para vivenciar a evolução espectável, deve apresentar-se a solução de encaminhar a pessoa ao hospital sem demonstrar qualquer julgamento de ação ou repúdio.

A teoria do conforto de Kolcaba fornece uma abordagem fundamental para a prática de cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida ao defender que o conforto assume um papel importante nos cuidados de enfermagem e resulta da satisfação das necessidades da pessoa como um todo – ser holístico.

O recurso ao serviço de urgência por pessoas em fim de vida é frequente, sobretudo quando existem sintomas descontrolados e sendo a VMER o mecanismo de atuação mais diferenciado é ativado por defeito. Portanto, embora possamos considerar numa visão mais abrangente, que o alvo da VMER não se coaduna com a pessoa com necessidade de cuidados em fim de vida, estas situações têm uma expressão considerável, não devendo ser deixadas

ao acaso. Por terem características próprias e planos de intervenção delicados, a relação enfermeiro, pessoa e família é fundamental para o sucesso da prestação de cuidados.

### **3 – Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e 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**

Num local como a VMER a resistência aos antimicrobianos não é colocada em questão, pois no extra-hospitalar não há prescrição ou administração de antibióticos. Contudo a primeira abordagem à pessoa em situação crítica, apesar de em grande número de situações haver outras prioridades, tem de considerar-se importante a prevenção e o controlo da infeção. Em vários cenários são necessários procedimentos invasivos que quando não corretamente executados podem potenciar a infeção. E apesar de em algumas circunstâncias a prioridade passar por manter aquela pessoa viva, quando o critério de ação não se baseia em *live saving* esta é uma medida de importância extrema. Pois não pode pensar-se num plano de ação contido, deve ter-se uma visão contínua que permita ao profissional definir uma abordagem com perspetiva a longo prazo. Desse modo, é essencial que se evite a partir do ponto zero a propagação de qualquer mecanismo de infeção.

É função do enfermeiro, principalmente do enfermeiro especialista, garantir que os procedimentos de controlo de infeção, baseados nas normas de prevenção, são considerados e implementados.

Atendendo a que o meu tema de abordagem se rege precisamente por esta temática, comecei por realizar uma pesquisa sobre procedimentos multissetoriais de prevenção da infeção relacionada com dispositivos intravasculares no adulto, quais as suas indicações e contra-indicações e desse modo construir a minha estratégia de ação sempre fundamentada com a evidência científica. Obviamente num estágio como o da VMER é essencial ter bom senso e ter em consideração as características de cada local, a cinemática de cada intercorrência e a prioridade de cada situação, não obstante o foco é a melhoria contínua e tendo conhecimento é mais fácil implementar medidas que se tornem prática diária, sendo que quando não aplicáveis haja por parte de quem não o realizou consciência disso e uma justificação válida para tal.

De acordo com “*As orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar*” (2007, OE), o papel do enfermeiro é fundamental junto da pessoa em situação crítica e respetiva família, uma vez que tem formação humana, técnica e científica adequado à prestação de cuidados em situações de maior complexidade e constrangimento, possuindo

competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependente no seio da equipa de emergência.

Estou convicta de que me esforcei ao longo deste percurso de aprendizagem para apropriar-me de todo o conhecimento proporcionado, habilidades adquiridas e desenvolvidas, e que com cada colega e em cada situação, das mais básicas às mais complexas, tirei o melhor partido de forma a construir e consolidar o meu percurso de forma mais rica e coesa.

### **2.3.UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – CIRURGIA CARDIOTORÁCICA (UCI CCT)**

O terceiro e último contexto de estágio, à semelhança dos demais, foi também constituído por um total de 180 horas de contacto, tendo ocorrido no período compreendido entre 28 de outubro de 2021 e 20 de dezembro de 2021 numa UCI de um hospital central. A UCI “*é uma estrutura hospitalar complexa dotada de sistemas 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 tenha, possibilidade de se recuperar*” (Conselho Regional de Medicina, 1995).

Segundo o relatório de 2017 da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação, “*as camas de nível III (vulgarmente designadas de intensivas) devem ser destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e portanto necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico; as camas de nível II (vulgarmente designadas de intermédias) devem ser destinadas a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva*” (República Portuguesa, 2017).

A UCI CCT é apenas parte de um serviço que engloba diferentes níveis de cuidados, desde Nível III – Cuidados Intensivos, organizado em *open space*, Nível II – Cuidados Intermédios (que se encontrava encerrada) e Serviço de Enfermagem Cardiorácica. A unidade é composta por um total de 9 camas e conta com um rácio enfermeiro/doente de 1 para 1 ou de 1 para 2, de acordo com a instabilidade deste. Acrescem-se 2 camas de isolamento, em quartos preparados para receberem pessoas com necessidade de cuidados de nível III, com pressão positiva ou negativa, dependendo da necessidade. É ainda constituída pela ala Pediátrica, que apresenta um total de 3 camas para 2 enfermeiros.

A UCI CCT funciona como UCPA Cardiorácica no período de 48h em cirurgias/pós-operatórios lineares. Dá resposta aos doentes vindos do BO, existente no mesmo piso e onde estes são submetidos a cirurgias valvulares, coronárias ou mesmo transplante cardíaco ou pulmonar, sendo o centro de referência nacional neste último.

Quanto aos recursos humanos, têm um total de 5 equipas de enfermagem com cerca de 15 elementos/cada, além de 4 elementos de apoio à gestão e da enfermeira-chefe.

Uma das particularidades da UCI CCT é o seu circuito de assistência ao doente, este é iniciado com a consulta pré-operatória, seguindo-se a admissão pós-operatória, e tratando-se de um pós-operatório linear permanecem na Unidade durante as 48h seguintes. Posteriormente é realizada a transferência para a enfermaria (com telemetria transmitida para a UCI durante as primeiras 24h), e finalmente a alta para domicílio com acompanhamento até 1 ano de pós-operatório, na consulta de *follow-up*, implementada desde 2004. Contudo, o serviço como um todo e a equipa de enfermagem em particular, estão sempre disponíveis via telefónica, caso o doente tenha alguma dúvida a esclarecer, seja essa relacionada com algum sinal ou sintoma de alarme ou até com a evolução da ferida cirúrgica.

Numa Unidade com um carácter tão específico e diferenciado quanto o da UCI CCT é determinante que os enfermeiros reúnam competências de alta complexidade e detalhe no desempenho das suas ações.

Preconiza-se que o enfermeiro de UCI alie a capacidade de mobilizar as suas competências profissionais a uma qualificação adequada, resultando numa prática que conjugue os conhecimentos técnicos e científicos, o domínio da tecnologia e sem comprometer a humanização nos cuidados ou a abordagem holística (Camelo HS, 2012).

Sou da opinião que enquanto profissionais da área das ciências devemos manter o conhecimento atualizado e a formação contínua deve ser encarada como necessária para a adequada prestação de cuidados, atendendo a que o conhecimento é dinâmico e são os estudos constantes que promovem a evolução.

Respeitando este princípio, encaro o Mestrado com Especialidade como uma ferramenta válida para a prestação de cuidados seguros, fundamentados e onde é incutido que a dúvida fomenta a busca por conhecimento.

Ao longo do estágio considero ter trabalhado com o propósito de adquirir competências que me permitissem prestar cuidados seguros e de qualidade à pessoa em situação crítica, de forma dinâmica e mediante qualquer situação decorrente da evolução do doente a meu cuidado.

Realizarei em seguida a análise do meu percurso tendo por base as competências esplanadas nos seguintes documentos, “*Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*” e nas “*Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica*”, discriminadas respetivamente, no Regulamento da Ordem dos Enfermeiros nº 140/2019 de 6 de fevereiro e no Regulamento da Ordem dos Enfermeiros nº 429/2018 de 16 de julho.

Das competências comuns do enfermeiro especialista evidencio:

**A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontologia profissional**

No decurso da ação as tomadas de decisão são constantes e garantir que estas são baseadas nos princípios, valores e normas deontológicas que regulam a profissão salvaguarda a qualidade dos cuidados prestados. Em serviços como a UCI CCT em que na maioria das vezes os utentes são admitidos ainda sedados é importante assegurar que a prática profissional respeita os princípios deontológicos da profissão de forma a comprometer ou colocar em causa a idoneidade dos cuidados prestados.

Devido aos inúmeros protocolos em vigor na unidade o enfermeiro tem autonomia, suportada por estes, para realizar várias intervenções sem necessidade de consultar o médico previamente. Exemplo disso é o manejo ventilatório, onde o desmame está devidamente documentado e segmentado por diferentes etapas que culminam na extubação; o controlo gasimétrico, para adequação de ritmos das inúmeras perfusões ou a realização de balanços hídricos rigorosos, para gestão da administração de fluídos.

Estes protocolos com valor legal, suportam a ação do enfermeiro e conferem a possibilidade de agir de acordo com a sua avaliação, estando esta segmentada e previamente contemplada em documentos elaborados pela equipa multidisciplinar.

Embora suportado pelos protocolos existentes, o enfermeiro tem de demonstrar elevada competência técnica e científica, assim, optei por compilar os diferentes protocolos das situações mais frequentes da unidade, estuda-los e apropriar-me dos seus conteúdos para estar ciente do que os constituía e ao longo dos turnos, e de acordo com a autonomia que me era dada, fui colocando em prática as suas indicações (sob supervisão do enfermeiro orientador), garantindo que também eu à semelhança dos restantes enfermeiros que constituíam a equipa trabalhávamos de forma coesa, unidirecional e respeitando um propósito comum.

**A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais**

As UCIs têm características específicas de acordo com as necessidades das pessoas, embora a UCI CCT em particular tenha detalhes ainda mais peculiares, nomeadamente a indicação de, até ao primeiro levante, manter os locais da abordagem cirúrgica expostos para garantir que é realizada uma monitorização adequada do penso cirúrgico (características e quantidade do repasse), além de poder ser feita uma abordagem célere em caso de necessidade (por exemplo no contexto de uma PCR).

Apesar desta indicação é importante salvaguardar que os cuidados prestados não comprometem a proteção dos direitos humanos ou tão pouco põem em causa a privacidade ou a dignidade da pessoa.

Ao longo do estágio tive sempre o cuidado de, apesar de não vestir a pessoa, cobrir com lençol as áreas íntimas e sempre que era realizado qualquer procedimento que exigisse exposição corporal, garantir que as cortinas que individualizavam a unidade eram previamente fechadas de forma a que a intimidade da pessoa não fosse exibida, mesmo em circunstâncias de sedação e conseqüentemente ausência de consciência do próprio.

Cabe ao enfermeiro, ainda mais enquanto futura enfermeira especialista, garantir que os cuidados prestados garantem a segurança sem comprometer o direito à privacidade, ainda que estando numa posição aparentemente vulnerável.

### **B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.**

Reafirmando a pertinência do meu estudo, tentei ao longo do estágio ter comportamentos promotores de boas práticas, tendo-me comprometido a facultar ao serviço o poster com a informação reunida na realização da *Scoping Review*, com o objetivo de fomentar práticas de melhoria contínua e garantir a qualidade dos cuidados prestados. O Código Deontológico do Enfermeiro diz-nos no artigo 88º (OE, 2015) que a prática baseada na evidencia enfatiza que os enfermeiros devem fazer uma reflexão sistemática da sua práxis de forma a sustentá-la com bases científicas.

### **B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro**

Ao longo do estágio esta foi uma das minhas principais preocupações, pois considero que esta competência está na base do que é ser enfermeiro e do que o ato de cuidar engloba.

Cabe ao enfermeiro responsável pela prestação de cuidados a determinada pessoa em situação crítica garantir que o ambiente que a envolve é terapêutico e seguro. Sabemos que qualquer pessoa internada numa UCI tem risco de instabilidade, porém garantir um ambiente seguro pressupõe criar condições que minimizem ao máximo possível os riscos a que estão

sujeitos e essa foi sem dúvida uma preocupação que esteve presente durante a minha prestação de cuidados.

De forma a garantir um ambiente terapêutico há que ter consciência que este é um elemento fundamental no que concerne aos cuidados de enfermagem e na sua prática “(...) *os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente*” (Conselho de Enfermagem, 2001, p.10). Estando ciente deste conceito, considero ter-me esforçado por manter esta premissa presente durante a minha ação.

### **C1 – Gere os cuidados de enfermagem otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde**

Como já mencionei, em situações lineares a permanência da pessoa no nível III deve ser de apenas 48h, pelo que a articulação dos cuidados entre as diferentes equipas que constituem a CCT é fundamental.

Numa das transferências que realizei para a enfermaria, após devidamente realizada a transmissão das intercorrências desde a admissão até esse momento aos colegas que iam ficar responsáveis pela prestação de cuidados ao doente, e já depois de estar na unidade, a telemetria (transmitida para os monitores da UCI durante as primeiras 24h) alarmou e apresentava linha isoelétrica. Deslocamo-nos de imediato à enfermaria com o intuito de validar se estava tudo bem com a pessoa ou se tinha sido alguma desconexão de cabos. Esta situação ilustra a articulação entre as diferentes equipas e gestão dos cuidados de enfermagem entre as mesmas, em que o propósito culmina no bem-estar da pessoa e na prestação de cuidados de qualidade.

### **D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidencia científica**

Enquanto futura Mestre em Enfermagem devo promover e participar em trabalhos de investigação que contribuam para o progresso da enfermagem. “*A investigação e o desenvolvimento da ciência estão intimamente ligados ou são mesmo um só, não sendo possível ciência sem investigação*” (Teixeira & Barbieri-Figueiredo, 2020, p.8).

Quando criamos conhecimento, aplicamos o que alcançámos de forma a sustentar a prática e nessa abordagem estamos a agir de acordo com a evidencia que obtivemos.

Ao longo deste percurso trabalhei na realização de uma *scoping review* intitulada de “*Estratégias de adesão dos profissionais de saúde às recomendações de prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares*”, e foi-me possível reunir uma série de informação que fui usando como sustentação da minha prática. A par disso, todas as pesquisas que fui realizando sobre os diferentes temas que fui sentindo necessidade de aprofundar foram servindo como fonte de sustentação teórica à minha prática.

Assim sendo, corroboro com Teixeira & Barbieri-Figueiredo (2020, p.18) quando referem que “*para o desenvolvimento da disciplina e otimização dos cuidados, a investigação em Enfermagem assume particular importância.*”.

Das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica:

## **2- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**

Não é possível abordar esta competência sem relembrar o internamento de um doente submetido a cirurgia de transplante pulmonar, que esteve na UCI CCT durante praticamente todo o tempo do meu estágio, devido às inúmeras complicações que foi apresentando ao longo do seu internamento.

Inicialmente admitido no nível III, por ausência de vaga nos quartos de isolamento, a principal preocupação foi recriar o melhor possível um ambiente de isolamento, assisti à sua admissão na UCI e na sua transferência estavam envolvidos 12 profissionais, entre eles, 3 enfermeiros do BO, 2 médicos anestesistas, 2 A.O., 2 perfusionistas (responsáveis pela calibração do ECMO) e os 3 enfermeiros da UCI CCT.

Era uma pessoa com múltiplas comorbilidades, nomeadamente hábitos toxicófilos, previamente internado numa UCI polivalente por descompensação multiorgânica e proposto a transplante pulmonar por falência de órgão, já conectado a ECMO há alguns dias. A sua situação era de grande instabilidade e o transplante foi realizado como medida de último recurso, pelo que a expectativa para o desenvolvimento da situação era grande. Numa circunstância comum as visitas são condicionadas numa fase inicial pós transplante, contudo, devido à pandemia essa questão tinha ainda mais obstáculos, sendo à data apenas permitida uma pessoa, por um tempo reduzido, num horário pré agendado e mediante apresentação de comprovativo de teste covid com resultado negativo.

De qualquer forma, houve o cuidado de logo que oportuno estabelecer contacto telefónico com a pessoa de referência (neste caso era a sua irmã), de modo a estabelecer relação terapêutica e devido à complexidade do quadro e ao prognóstico reservado, gerir o melhor possível a ansiedade e expectativas.

A transferência para os quartos de isolamento ocorreu no dia seguinte, tive oportunidade de realizar turno no dia da primeira visita da sua familiar e consequentemente poder aplicar as unidades de competência inerentes a esta competência em específico. Foi importante fazer uma contextualização previa do que iria encontrar, pois o utente ainda se encontrava sob ventilação mecânica invasiva (VMI), com variados interfaces, sedado e havia

a necessidade de utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) específicos. Assim, a gestão de expectativas e a preparação para o contexto era fundamental para a correta aceitação do cenário em causa e sendo o enfermeiro que **assiste a pessoa, familiar/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica**, considero que esta situação em particular foi uma grande oportunidade de desenvolvimento no meu processo formativo de futura enfermeira especialista.

Este exemplo ilustra também o processo de transição saúde/doença, sendo que “*ao aplicar o cuidado diante de eventos de transição surge o “cuidado transicional”*” (Zagonel, 1999, p.29), e pude sentir na minha abordagem, que a comunicação desempenhou um papel importante como estratégia preventiva ao surgimento de emoções como desorientação, stress ou ansiedade. Questionei ainda a familiar se queria que a acompanhasse até junto do seu ente e com o seu consentimento foi possível trabalhar mais ainda a gestão da relação terapêutica baseada no respeito e suportada por protocolos terapêuticos.

### **3- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos perante pessoas em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.**

De acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, Despacho nº1400/A 2015, Diário da República, II Série, de 10 fevereiro, um dos vários objetivos estabelecidos passa pela prevenção e o controlo das infeções e das resistências aos antimicrobianos (Rodrigues, 2019). Deste modo, a promoção de cuidados de qualidade estão em muito correlacionados com a promoção de cuidados que impeçam o desenvolvimento de IACS que comprometam a estabilidade da pessoa.

Num contexto tão específico quanto o da UCI CCT, o intuito passa por manter o doente o menor tempo na unidade de forma a tornar o processo de reabilitação o mais célere e inócuo possível.

A transferência para a enfermaria, ainda que num período inicial sob telemetria na UCI CCT, pressupõe que a pessoa se encontre hemodinamicamente estável, sem necessidade de perfusões contínuas que lhe garantam suporte aminérgico, adrenérgico ou iónico e livre de suporte ventilatório. Assim, para que estejam reunidas as condições ótimas, é necessário que os cuidados de enfermagem prestados sejam coniventes com o objetivo.

Qualquer desequilíbrio existente pode comprometer os *timings*, pelo que na prestação de cuidados tive sempre em atenção que todas as intervenções desenvolvidas respeitassem os princípios de assepsia de modo a que não houvesse margem para o surgimento de IACS.

Aquando da admissão da pessoa em situação de pós-operatório era essencial que se reunissem pelo menos 3 enfermeiros, uma dinâmica exigente embora fosse a garantia de que eram cumpridas as *guidelines* desde o momento zero. O enfermeiro que iria ficar responsável pela prestação de cuidados recebia as informações do colega que tinha assumido a posição de enfermeiro de anestesia no BO, enquanto os outros 2 enfermeiros transferiam e posicionavam a pessoa, garantindo que todos os dispositivos médicos e os múltiplos interfaces estavam devidamente acondicionados e os níveis das drenagens e aportes devidamente registados, pois manter o equilíbrio orgânico é tão fundamental quanto o êxito da cirurgia a que a pessoa foi submetida.

Qualquer que seja a circunstância da pessoa internada na UCI CCT, ainda que submetida a uma cirurgia que tenha sido linear, é frequente serem-lhe aplicados inúmeros dispositivos, como sendo, cateter venoso central, linha arterial, drenos torácicos, tubo orotraqueal, acessos para técnica de substituição renal, *extracorporeal membrane oxygenation* (ECMO) ou drenos conectados a mecanismo de “*Cell Saver*”<sup>15</sup>. Deste modo, e pela frequente manipulação destes é tão fundamental garantir a monitorização do risco de infeção, quanto assegurar que os profissionais de saúde estão despidos para essa realidade.

Atendendo ao anteriormente descrito, reitero a pertinência do estudo a que me propus, tendo assumido desde início do estágio o compromisso de divulgar o tema que estudei e ir dando a conhecer, até em conversas informais, quais as conclusões a ia chegando, tendo ficado acordada a divulgação do trabalho final através do meu enfermeiro orientador, aquando da sua conclusão.

Considero que este foi um estágio exigente, tendo sido várias as situações em que me foi solicitado espírito crítico para poder tomar as melhores decisões, todavia tive sempre consciência que esse era o caminho necessário para a construção do enfermeiro especialista que pretendo ser. Benner (2001) diz-nos que o enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica, sendo um percurso construído ao longo da sua vida profissional.

Findo este conjunto de estágios, intensifico a consciência de que este é um caminho contínuo, onde o desenvolvimento profissional surge ao longo do tempo e a busca pela evolução é um processo que exige dedicação, estando cada vez mais convicta de que “*o enfermeiro resulta de um processo de construção, assente numa prática implicada e*

---

<sup>15</sup> **Cell Saver (sistema de transfusão autóloga):** Instrumento que coleta sangue perdido no intraoperatório, filtra e reinfunde na própria pessoa. (Cassandra, et al., 2004)

*refletida, centrada nas pessoas e nas suas necessidades de cuidados. A relação entre os saberes e a construção de competências desenvolve-se a partir do conhecimento em enfermagem: empírico, pessoal, estético, ético, sociopolítico” (Carper, 1978; Fawcett et al, 2001; While, 1995, cit por Pinho, 2020, p. XXIII).*

### 3. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório teve como propósito demonstrar o percurso realizado ao longo da 14ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade em Enfermagem Médico – Cirúrgica na vertente de Pessoa em Situação Crítica, com o intuito de desenvolver competências que alicerçassem o meu crescimento como futura Enfermeira Mestre e Especialista, considerando que este é um processo gradual e assim sendo, é contínuo e evolutivo.

De acordo com a Lei nº95/2019 de 4 de setembro da Lei de Bases da Saúde, nº3 da Base XXVIII, “*os profissionais de saúde têm o direito a aceder à formação e ao aperfeiçoamento profissionais, tendo em conta a natureza da atividade prestada, com vista à permanente atualização de conhecimentos*” (Diário da República, 2019, p.64).

Cada indivíduo tem o seu próprio *background* e este confere-lhe a capacidade de adaptação aos eventos. Quando iniciamos um estágio temos todo um conhecimento profissional que adquirimos no percurso que fizemos até então, não sendo possível marginalizá-lo, e aliamos a esses, os conhecimentos teóricos aprofundados e adquiridos aquando das aulas previamente lecionadas. O facto de ter trabalhado 6 anos num serviço de Internamento de Medicina Interna e trabalhar há 3 anos num serviço de Urgência Geral e Polivalente de um Hospital da grande Lisboa, confere-me algum conforto na abordagem a doentes em situação de urgência e emergência, uma vez que as intervenções realizadas não constituíram uma total novidade. Contudo, a especificidade das situações, a complexidade tecnológica e o recurso a determinadas técnicas invasivas que desconhecia, tornaram-se num desafio ao meu desenvolvimento. Apesar disso, atendendo às características das equipas e o facto de estar no papel de estudante colocou-me numa posição diferente e que a meu ver favoreceu a perceção de determinadas particularidades e beneficiaram a aquisição de competências.

Evidencio a análise crítica e reflexiva, individual e coletiva, realizada quer com os enfermeiros orientadores clínicos, como com a professora orientadora pedagógica, como exercício essencial no processo de crescimento e de consolidação de competências, “*a prática reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos*

*seus saberes e suas práticas*” (Santos, 2004, p.59). Este exercício aparentemente simples, consciencializa e afere a prática, possibilita pensarmos sobre o que foi feito, porque foi feito e se o repetiremos numa situação futura, daí corroborar com Benner (2001) ao considerar que distinguir e relatar o conhecimento, a competência e a habilidade implicados no quotidiano da enfermagem, promove a sua compreensão de forma mais expressa, facilitando a apreciação dos seus próprios trabalhos e, conseqüentemente, capacita para uma prestação de melhores cuidados.

É indiscutível o papel dos estágios na aquisição e consolidação de competências, dada a possibilidade de vivenciar situações em diferentes contextos e principalmente poder fazê-lo enquanto estudante, pois ajuda a filtrar e focar no essencial, que é a aprendizagem.

Fazendo uma análise retrospectiva dos prós e contras de todas as experiências que vivenciei, identifico como benéfico ter tido o privilégio de cruzar-me com equipas solícitas, quanto um processo de aprendizagem exige. Sem a disponibilidade dos profissionais que constituem cada um dos locais por onde passei seria impossível traçar o caminho que realizei e não tenho quaisquer dúvidas que foram essenciais à consolidação de conhecimentos. Além disso, o contacto com realidades e exigências diferentes das do meu quotidiano demonstraram-se um desafio na aprendizagem e funcionaram como força motriz para as constantes pesquisas bibliográficas que robusteceram o meu desempenho prático e subsidiaram a área de conhecimento deste Mestrado em Enfermagem.

A oportunidade de experienciar ambientes em fases diferentes de abordagem à pessoa em situação crítica foi uma mais-valia na construção de um conhecimento prático mais abrangente.

Como ponto menos benéfico tenho de mencionar a durabilidade dos estágios, que embora se torne exigente por ter de ser conjugado com a atividade profissional, sendo constituídos apenas por 180h em cada momento, torna-se muitas vezes num obstáculo para a obtenção dos objetivos propostos.

Relativamente à escolha do tema, surgiu pela constatação da relevância que os profissionais das equipas de todos os serviços por que passei atribuem ao controlo de infeção e das dificuldades que estes mencionaram em fazer cumprir os objetivos traçados pelas comissões de controlo de infeção hospitalar.

As infeções associadas aos cuidados de saúde constituem um problema sério e está fortemente correlacionada com a qualidade dos cuidados prestados, desse modo é imprescindível que os profissionais de saúde reflitam a prática e que esta se retrate na mudança de comportamentos. Face ao exposto, considerei que a minha intervenção devia

basear-se na busca de estratégias que promovessem a adesão às boas práticas e consequentemente, ganhos em saúde.

Embora não tenha tido a oportunidade de expor nos serviços quais as estratégias identificadas como facilitadoras e promotoras da adesão dos profissionais de saúde às recomendações de prevenção da infecção associada aos dispositivos intravaculares, por ter intenção de facultar o resumo da *Scoping Review* e o *Poster* (APENDICES V e VI) realizados e poder apenas divulgá-lo após a sua apresentação no 16º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem organizado pela UCP do Porto (ANEXOS IV e V), comprometi-me com os serviços a posteriormente à divulgação do mesmo realizar uma breve apresentação dos resultados obtidos com a intenção de poder funcionar como veículo uniformizador de boas práticas, qualidade e segurança dos cuidados prestados.

O Curso de Mestrado tem como desígnio fomentar “*uma cultura científica de inovação e criatividade pelo desenvolvimento de projetos de intervenção e investigação*” (UCP, 2018, p.6) sob uma “*visão integradora da saúde, fundamentada em valores éticos, científicos e culturais*” (UCP, 2018, p.6). Suportado por Rodrigues (2015) posso afirmar que o grau de mestre fomenta a busca pela evidência científica e capacita o enfermeiro de competências que lhe possibilitarão desenvolver projetos de investigação com intuito de fundamentar a sua prática clínica de modo a contribuir para a excelência na prestação de cuidados, bem como para a preservação do corpo da Disciplina.

Com a elaboração de uma *Scoping Review*, sustentei a componente de investigação exigida para a obtenção do grau académico de Mestre, tendo sido todo o percurso formativo suportado pela constante pesquisa bibliográfica e partilha de conhecimento.

Na vertente profissional, possuí o título de Enfermeiro Especialista “*aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem*” (OE, 2019, p.4744), sendo que a atribuição deste título “*pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem o objeto do presente Regulamento*” (OE, 2019, p.4744).

Enquanto futura Enfermeira Especialista e Mestre tenho o ónus da responsabilidade do aprofundamento de conhecimentos e saberes científicos que suportem a minha prática.

Através do conhecimento alargado é possível estruturar a abordagem de forma a promover cuidados de melhor qualidade e facilitadores do processo de gestão de

desequilíbrio causado pela doença. De acordo com a Teoria das Transições, abordada por Afaf I. Meleis “*transição é um tema contemporâneo que surge da teoria de crise*” (Zagonel, 1998, p.57), embora quando tida consciência do contexto no qual ocorre a transição, torna-se mais fácil identificar os recursos e intervenções facilitadoras no processo de crescimento.

Com a construção de um profissional com competências acrescidas, esta é uma teoria que suporta a ação, pois “*ao realizar um cuidado baseado num modelo de transição, está a contribuir-se para o aumento das possibilidades de auxílio ao indivíduo, não enfocando apenas a cura*” (Zagonel, 1999, p. 30), tendo como objetivo um cuidado holístico e promovendo uma transição do processo saúde – doença, saudável e impulsionadora do equilíbrio. Considerando esta perspetiva, “*(...) pensar em termos de transição promove a continuidade não apenas ao longo do tempo, mas também em todas as dimensões da pessoa*” (Meleis et al, 2010, p. 31). Assim, priorizam-se cuidados orientados de acordo com a “*(...) realidade do ser humano como único, considerando o ambiente envolvente, a saúde e a própria conceção dos cuidados*” (Rabiais, 2016, p.46).

Findo este ciclo de estudos, estou consciente que sou hoje uma profissional diferente, mais ponderada na ação e no que a mesma pode transmitir à pessoa em situação de doença e/ou sua família, bem como com a melhoria do meu desempenho no seio das equipas multidisciplinares, num sublinhado à perceção de que este é um processo de constante e permanente busca por novas aprendizagens, baseadas na evidência e no estado da arte.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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>
- 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 - ISBN: 972-8535-97-X
- 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>
- Buresh, B & Gordon S. (2006). Do Silêncio à Voz. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas - ISBN: 978-989-748-007-2
- Camelo HS. Competências profissionais do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.2012; 20(1): 1-9
- Carvalho, R.; Bianchi, E. (2016). Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação - 2ª Ed - Editora Manole, São Paulo - ISBN: 978-85-204-4208-1
- Cassandra D. Josephson MD, Christopher D. Hillyer MD (2004). Handbook of Pediatric Transfusion Medicine, 27-43. <http://doi.org/10.1016/B978-012348776-6/50006-6>
- Chick, N.; Meleis, A.I. (1986). *Scholarly Commons Transitions : A Nursing Concern Transitions : A Nursing Concern*. 237–257.

- Circular. Normativa n.º 1/2014. *Formação VMER e SIV – Enfermeiros*. Lisboa: INEM;
- Coimbra, Nelson et al. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência - Lidel Enfermagem* - ISBN: 978-989-752-574-2
- 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>
- Costa, I. C. (2011). Transições. In *Literatura e Sociedade* (Issue 15, p. 14). <https://doi.org/10.11606/issn.2237-1184.v0i15p14-41>
- Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de Fevereiro. Diário da República n.º 32 – I Série. Lisboa: Ministério da Saúde;
- Decreto-Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Diário da República n.º 181/15 – I Série A. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Deliberação n.º 20/2013. *Definição da estrutura funcional dos trabalhadores da carreira especial de enfermagem no instituto nacional de emergência médica*. Lisboa: INEM;
- Decreto-Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Diário da República n.º 181/15 – I Série A. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- 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 da Saúde. (2017). *E Controlo De Infecções E De Resistência Aos*. 8, 24. [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)
- Direção Geral da Saúde. (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. *Norma Nº022/2015 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>
- Duarte, A., Martins, O., et. al (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lidel Enfermagem – ISBN: 978-972-7579-58-4
- Duarte,A., Martins, O. et al. (2019). *Controlo de Infecção Hospitalar*. Lidel Enfermagem - ISBN: 978-989-752-341-0
- 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>
- Gode, W. (1993). Formação Pessoal. Lisboa, Portugal: Gradiva - ISBN: 972-662-314-6
  - ICS (2021). Guia da Unidade Curricular - Estágio Final e Relatório". Lisboa.
  - IMLE, M. A Third trimester concerns of expectant parents in transition to parenthood. *Holistic Nursing Practice*, v.4, n. 3, p. 25-36, 1990
  - JBI. (2020) JBI Manual for evidence synthesis: scoping reviews chapter. Disponível em: <https://jbi.global/scoping-review-network/resources>
  - Le Boterf G. (2003) Desenvolvimento a Competência dos Profissionais. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed - ISBN: 85-363-0129-5
  - Leandro, T. A., Nunes, M. M., Teixeira, I. X., Lopes, M. V. de O., Araújo, T. L. de, Lima, F. E. T., & Silva, V. M. da. (2020). Desenvolvimento das Teorias de Médio Alcance na Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1–8.
  - Lei de Bases da Saúde (2019). <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
  - Meleis, A. I. Facilitating transition: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, St. Louis, v. 42, n. 6, p. 255-59, 1994
  - 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
  - Mehmet, A. K., Cinar, O., Sutçigil, L., Congologlu, E. D., Haciomeroglu, B., Canbaz, H., Yaprak, H., Jay, L., & Ozmenler, K. N. (2011). Communication skills training for emergency nurses. *International Journal of Medical Sciences*, 8(5), 397–401. <https://doi.org/10.7150/ijms.8.397>
  - Ministério da Saúde. (2012). Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro. *Diário Da República N.º 32 - 1ª Série. Ministério Da Saúde*, 748–750. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/07/04-Decreto-Lei-34-2012-de-14-de-fevereiro.pdf>
  - 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 (2014). Despacho nº10109/2014 de 6 de agosto de 2014. *Diário da República*, 2ª Série - N.º150-6 de agosto de 2014

- Ministério da Saúde (2015). Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro de 2015. Diário da República, 2ª série - Nº28, 38882 (2-10)
- 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>
- 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://leticiawfrancomartins.pbworks.com/w/file/etch/97972008/Cap 9 Moreira.pdf](http://leticiawfrancomartins.pbworks.com/w/file/etch/97972008/Cap%209%20Moreira.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>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual, enunciados descritos - Conselho de Enfermagem, 2001.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento nº122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da república, 2ª série - Nº35 - 18 de fevereiro de 2011 (8648-8653)
- Ordem dos enfermeiros. (2012). *Parecer Nº09/2012: 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\\_CE.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer19_CE.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2012a). Parecer CJ 121/2012: Avaliação do enfermeiro em estagio e condução na VMER, 2012/2015
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico do Enfermeiro. Anexo pela Lei nº156/2015. Ordem dos Enfermeiros

- Ordem dos Enfermeiros (2018a). Regulamento nº429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na area de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na area da pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2ª série - Nº135 - 16 de julho de 2018. 19354-19359
- Ordem dos Enfermeiros (2018b). Regulamento nº429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na area de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na area da pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2ª série - Nº135 - 16 de julho de 2018. 19359- 19370
- Ordem dos Enfermeiros. (2018c). *Regulamento n.º 226/2018 Regulamento de Competências Acrescidas Diferenciadas em Emergência Extra-Hospitalar*. Diário da República, 2.ª série-N.º 74-16 de abril de 2018. 0, 10758–10764.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº26*, 6 de fevereiro de 2019. 4744–4750.
- Phaneuf M. (2002). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação - Língua Portuguesa (2005). Lusociência. - ISBN: 972-8383-84-3
- Pinho, José António et al. (2020) - Enfermagem em Cuidados Intensivos. Lidel Enfermagem. - ISBN: 978-989-752-419-6
- Qual a diferença entre cirurgia de emergência, de urgência e eletiva?. (2014). <https://cardiopapers.com.br/qual-diferenca-entre-cirurgia-de-emergencia-de-urgencia-e-eletiva/>
- Rabiais, I. (2016). A Centralidade do Estudante na Aprendizagem do Cuidado: A natureza da interação no processo de cuidar. Lisboa: Novas Edições Académicas.
- Reboul, O. (1983). O que é aprender. Coimbra: Edições Almedina.
- Rodrigues, F., Pereira, M., & Amendoeira, J. (2015). a Transição Paradigmática Da Saúde E Suas Reflexões Na Enfermagem Como Disciplina. *Reviista Rede de Cuidados Em Saúde*, 9(1), 1–8. Obtido em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/2516/1281>
- Rodrigues, L. M. M., & Martins, J. C. A. (2012). Vivências dos Enfermeiros ao

Cuidar do Doente Crítico Durante o Transporte Marítimo. *Pensar Enfermagem*, 16, 26–41.

- Sackett D, Rosenberg W, Gray J, et al. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312(7023):71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Swickrad, et.al. Adaption of th AACN synergy model for patient care to critical care transport. *Critical Care Nurse* 2014; 34 (1): 16-28
- 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>
- 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
- Watson, J. O Pensamento Transformativo e um Curriculum de Cuidar. Citado por Watson, J. (2002). *Rumo a um Curriculum de Cuidar. Uma nova pedagogia para a Enfermagem*. Lisboa: Lusociência
- World Health Organization. (2002). Prevenção de infeções adquiridas no hospital - Um guia prático. *Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge*, 93. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/manuais-de-boas-praticas/prevencao-de-infeccoes-adquiridas-no-hospital-um-guia-pratico-pdf.aspx>

- 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>
- Zagonel, I. P. S. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(3), 25–32. <https://doi.org/10.1590/s0104-11691999000300005>
- Zagonel, I. P. S. (1998). O Cuidado de Enfermagem na Perspetiva dos Eventos Transicionais Humanos. *Acta Paul. Enf.*, V. 11, n. 2, maio/ago, 56-63. 1998
- Zeichner, K. (1993). *A Formação Reflexiva de Professores: Ideias e Práticas*. Lisboa: Educa



# ANEXOS



# ANEXO I – Certificado de Frequência na Ação de Formação “Cuidados o Doente em Condição Crítica”



CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA  
CENTRAL

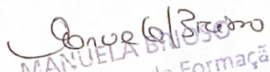


## DECLARAÇÃO

Declara-se que **JORDANA MARCELO DA COSTA DE OLIVEIRA MONIZ MOREIRA** frequentou a **Ação de Formação “Cuidados ao Doente em Condição Crítica”** realizada no dia **4 de Maio de 2021**, com a duração total de **8 horas e 30 minutos**.

Lisboa, 26 de Maio de 2021

 A Área de Gestão da Formação

  
MANUELA BRÁS  
Área de Gestão da Formação  
CHLC, EPE

Declaração N.º 4867/2021/CS  
URGÊNCIA GERAL/HSJ

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



## **ANEXO II - Certificado de Frequência na Ação de Formação “Precauções Básicas de Controlo de Infeção/Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão”**



CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA  
CENTRAL



ÁREA DE GESTÃO DA FORMAÇÃO

### **DECLARAÇÃO**

Declara-se que **JORDANA MARCELO DA COSTA DE OLIVEIRA MONIZ MOREIRA** frequentou a **Ação de Formação “Precauções Básicas de Controlo de Infeção / Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão”** realizada no dia **24 de Maio de 2021**, com a duração total de **6 horas**.

Lisboa, 17 de Junho de 2021

Área de Gestão da Formação

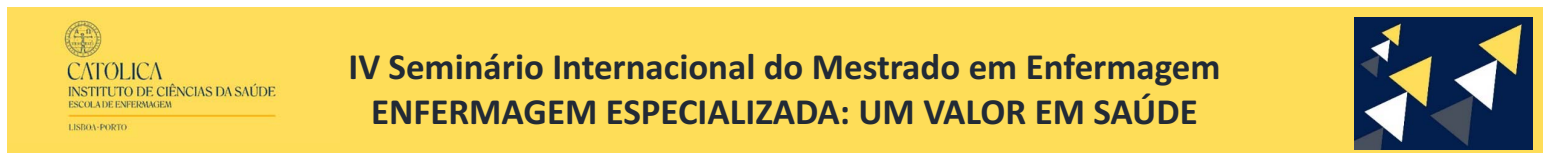
Catarina Soeiro  
Técnica Superior  
Área de Gestão da Formação

*Declaração N.º 5828/2021/CF  
URGÊNCIA GERAL/HSJ*

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



## ANEXO III – Certificado de participação no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem com o tema “Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde”



### CERTIFICADO



Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **JORDANA MARCELO DA COSTA DE OLIVEIRA MONIZ MOREIRA**, participou no **IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, 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 IV – Certificado de participação no 16º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem

 <p><b>CATÓLICA</b> INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM LISBOA · PORTO</p>	 <p><b>CATÓLICA</b> CIIS · CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE LISBOA · PORTO · VISEU</p>
<p>Declara-se que</p> <p><b>Jordana Moniz Moreira</b></p> <p>participou no <b>16º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem</b>, que decorreu nos dias 12 e 13 de Maio de 2022, online na Universidade Católica Portuguesa, no Porto, com duração total de 13 horas.</p> <p style="text-align: right;">_____ <i>(Diretor da Escola de Enfermagem – Porto)</i></p> <p style="text-align: center;">Porto, 13 de maio de 2022</p> <p style="text-align: right;">DecPres ISNR 1718/2022</p>	



**ANEXO V – Certificado de apresentação do *Poster* subordinado ao tema “Estratégias de adesão dos profissionais de saúde às recomendações de prevenção da infeção aos dispositivos intravasculares: Scoping Review” no 16º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem**

 <p><b>CATOLICA</b> INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM LISBOA · PORTO</p>	 <p><b>CATOLICA</b> CINS · CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE 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 <i>Poster</i> 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 style="text-align: right;">_____ (Diretor da Escola de Enfermagem – Porto)</p> <p style="text-align: center;">Porto, 13 de maio de 2022</p> <p style="text-align: right;">DecCL 16ISNR 865/2022</p>	



# APÊNDICES



## APÊNDICE I - EXPRESSÃO DE PESQUISA

Pesquisa Via EbscoHost – 5/12/2021

Search Terms	Search Opctions	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	<a href="#">View Results (2457988)</a> <a href="#">View Details Edit</a>

		Search modes – 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 Complicance in Intravenous Practice for Infection	Questionários autoaplicáveis com análise de dados através	Investigar o conhecimento da prática IV para prevenção e	136 enfermeiros que atuam em hospitais de	As variáveis deste estudo foram mensuradas por meio de um questionário	Constatou-se correlação significativa entre a adesão à prática EV para prevenção de infeção	4.b

	Prevention among Nurses in Small and Medium Hospitals  Choi Sung Ae; Jeong Sun Young (2020)	de estatísticas descritivas, teste independentes e regressão múltiplas usando o IBMSPSS	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	pequeno e médio porte	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		
Artigo 3	Results of a multifaceted educational intervention to prevent peripheral venous catheter-associated bloodstream infections  Mercedes Garcia-Gasalla, María Arrizabalaga-Asenjo, Carmen Collado-Giner, Lola Ventayol-Aguiló, Antonia Socias-Mir, Adrián Rodríguez-Rodríguez, María Cruz Perez-Seco, Antoni Payeras-Cifre (2019)	Análise estatística com recurso a software de estatística IBMSPSS	Avaliar o impacto das medidas de prevenção de infeção num hospital universitário em Espanha	Hospital Son Llàtzer, um hospital universitário de 380 leitos em Palma de Mallorca	Foi implementado um “bundle” voltado para os enfermeiros, equipa médica e pacientes e criada uma equipa responsável pelo controlo de infeção de cateteres	Obteve uma diminuição na taxa de infeção da corrente sanguínea associada CVP e o declínio foi maior para gram negativos	3.d
Artigo 4	Plastic in patient study: Prospective	Auditoria prospetiva da	Melhorar o cumprimento das	Paciente internados na	Após a auditoria inicial, um grupo de	Os dados demográficos basais foram semelhantes nos grupos	4.b

	<p>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>	<p>adesão à documentação do PIVC e às diretrizes de monitorização</p>	<p>diretrizes de documentação e de monitorização do PIVC na enfermaria de um centro de intervenção secundária</p>	<p>enfermaria geral com PIVCS nos períodos de 30 de Agosto a 12 de Novembro de 2014</p>	<p>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</p>	<p>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.</p>	
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>	<p>Questionários aos profissionais de saúde para avaliar os seus conhecimentos sobre prevenção do CVC-IR</p>	<p>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</p>	<p>40 médicos e 60 enfermeiros das UTIs do Hospital Universitário Alexandria Main</p>	<p>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 prevenção do questionário CVC-RI e ferramenta II – lista de verificação observacional de gerenciamento de CVC</p>	<p>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 conhecimento estatisticamente maior do que os enfermeiros sobre os seguintes itens: fisiopatologia do CVC-RI e antisepsia da pele. Não houve diferenças significativas entre o conhecimento de médicos e</p>	4.b

						enfermeiros em outro itens, exceto cuidados com CVC, onde os enfermeiros apresentam conhecimento significativamente maior.	
Artigo 6	<p>Prevention of central venous catheter-related infection in the neonatal unit: a literature review</p> <p>Jacqueline E.Taylor; Susan J.McDonald; Kenneth Tan (2014)</p>	Revisão de literatura publicada	Discutir as inúmeras estratégias baseadas na evidencia 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	<p>The role of nurses working in emergency and critical care environments in the prevention of intravascular catheter-related bloodstream infections</p> <p>Dominique M. Vandijck; Sonia O. Labeau; Marion Secanell; Jordi Rello; Stijn I. Blot (2008)</p>	Revisão da Literatura	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	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 para os enfermeiros	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 implementação bem-sucedida e cumprimento dessas recomendações	4.a

			emergência e cuidados intensivos ou profissionais responsáveis pela vigilância controlo de infeções				
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>	Estudo descritivo transversal	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.	64 participantes de uma amostra total de 92 potenciais participantes	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.	O complexo ambiente do bloco operatório apresenta barreiras, que contribuem para a não adesão às orientações. Essas barreiras precisam ser identificadas para planear estratégias de melhoria	4.b
Artigo 9	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	Estudo de intervenção com comparação antes e depois	Identificar problemas associados aos cuidados com o cateter e avaliar a eficácia das intervenções iniciadas por enfermeiros para reduzir CABIs.	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	Os dados foram 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)	No primeiro ano, os fatores de risco para CABS 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	4.b

	Toshie Tsuchida; Kiyoko Makimoto; Masayo Toki; Keiko Sakai; Emiko Onaka; Yoshiko Otani (2006)			dezembro de 2022. Participaram neste estudo uma unidade cirúrgica, uma unidade de clínica médica, uma unidade de diálise e a UTI		intervenções com base nos resultados da vigilância.	
--	--	--	--	---	--	--	--

### 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	



#### APÊNDICE IV – Caracterização dos Artigos

<b>Nº do Artigo</b>	<b>Ano</b>	<b>País de Origem</b>
1	2018	Espanha
2	2020	Coreia
3	2019	Espanha
4	2016	Austrália
5	2014	Egipto
6	2014	Austrália
7	2008	Bélgica
8	2018	Austrália
9	2006	Japão



**APÊNDICE V – Resumo do *Poster* com o tema “Estratégias de adesão dos profissionais de saúde às recomendações de prevenção da infecção aos dispositivos intravasculares: Scoping Review”**

**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>;

<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 Infecções 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 infeção 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 infeção hospitalar, em que a consciencialização da cultura organizacional relativa ao controlo de infeção 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-controlo-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 infeção por enfermeiros em hospitais de pequeno e médio porte Fatores que influenciam a adesão na prática intravenosa para prevenção de infeções 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>



