



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio:
ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E
CONTROLO DE INFEÇÃO NO DOENTE CRÍTICO

NURSES STRATEGIES IN PREVENTION AND
CONTROL OF INFECTION IN CRITICAL ILL PATIENT

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

Por:

Annisia Michelly Ávila Costa

Lisboa, 2024



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio:
***ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E
CONTROLO DE INFEÇÃO NO DOENTE CRÍTICO***

NURSES STRATEGIES IN PREVENTION AND
CONTROL OF INFECTION IN CRITICAL ILL PATIENT

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

Por

Annisia Michelly Ávila Vasconcelos Costa

Sob a orientação de Prof. Doutora Isabel Rabiais

Lisboa, 2024

**Para quem não sabe para qual porto navegar,
nenhum vento é favorável.
Sêneca**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, estar aqui hoje a escrever estas palavras e por toda a força e resiliência que me deu para trilhar este caminho até o fim.

A minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Isabel Rabiais, que acreditou em mim desde a Pós-Graduação, e me amparou em tempos muito desafiadores, não tenho palavras para expressar a minha profunda gratidão.

Ao meu padrinho, mentor e amigo de todas as horas, pela palavra certa, na hora certa e pelo sempre precioso empurrão. Obrigada por nunca teres desistido de mim!

Minha profunda gratidão aos meus colegas André, Mark e Joana, sem vocês teria sido muito mais difícil chegar aqui.

Ao Rafael Valente, por me teres dado a mão e me puxado do fundo.

A minha irmã e meu cunhado por estarem sempre.

Ao meu marido, obrigada por teres sempre acreditado em mim e por teres sido o mais precioso apoio e suporte neste árduo caminho. Este percurso foi nosso. É uma sorte ter-te ao meu lado.

A luz dos meus olhos, meu querido e doce Lourenço, fazes de mim uma pessoa melhor, ser tua mãe é uma bênção.

RESUMO

Este relatório enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” integrada no plano curricular do 17º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Este documento pretende demonstrar de forma crítica e reflexiva, as competências adquiridas ao longo dos estágios, e a sua importância no desempenho das funções enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Foi realizada uma revisão *scoping*, que visou mapear a melhor evidência sobre as estratégias do enfermeiro na prevenção e controlo de infeção no cuidado ao doente crítico. Esta investigação permitiu realçar as competências fundamentais dos enfermeiros na prevenção e controlo de infeção, sendo responsáveis por assegurar e providenciar um aumento da qualidade, da acessibilidade, da equidade e da eficiência dos cuidados de saúde dirigidos para os direitos e necessidades das pessoas que cuidam.

Foram realizados dois estágios em contextos clínicos distintos, contudo no mesmo hospital, em Lisboa. O primeiro estágio decorreu no Atendimento Urgente, que permitiu mobilizar e adquirir conhecimentos e competências nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e sua família, nos diferentes contextos de urgência. O segundo estágio foi realizado na Unidade de Cuidados Intermédios, permitindo mobilizar e adquirir conhecimentos e competências na área da prestação de cuidados ao doente/família em situação crítica.

Palavras-chave: Pessoa e Família em Situação Crítica; Competências; Prevenção e Controlo de Infeção; Estratégias; Enfermeiros.

ABSTRACT

The report is part of the Curricular Unit “Final Internship and Report” included in the curricular plan of the 17th Master's Degree in Nursing, in the specialization area of Medical-Surgical Nursing: Nursing for the Person in Critical Situation, at the Lisbon Nursing School of the Portuguese Catholic University. This document aims to critically and reflectively demonstrate the skills acquired during the internships and their importance in performing functions as a future Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing. A *scoping* review was conducted, which aimed to map the best evidence on the nurse's strategies in the prevention and control of infection in the care of critically ill patients. This research highlighted the fundamental skills of nurses in the prevention and control of infection, being responsible for ensuring and providing an increase in the quality, accessibility, equity, and efficiency of healthcare directed towards the rights and needs of the people they care for.

Two internships were carried out in different clinical contexts, but in the same hospital in Lisbon. The first internship took place in the Urgent Care, which allowed the mobilization and acquisition of knowledge and skills in the care provided to the person in a critical situation and their family, in different emergency contexts. The second internship was conducted in the Intermediate Care Unit, allowing the mobilization and acquisition of knowledge and skills in the area of care for the patient/family in a critical situation.

Keywords: Person and Family in Critical Situation; Skills; Infection Prevention and Control; Nurse Strategies.

LISTA DE ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS E DE SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AU – Atendimento Urgente

BO – Bloco Operatório

CVC – Cateter Venoso Central

CVP – Cateter Venoso Periférico

CHC - Clorohexidina

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgico

EPI – Equipamento Proteção Individual

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ISBAR – Identificação, Situação atual, Avaliação e Recomendações

ITU – Infecção Trato Urinário

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
2. ENQUADRAMENTO DO FENÓMENO EM ESTUDO.....	21
3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	29
4. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	35
4.1 ESTÁGIO NO ATENDIMENTO URGENTE.....	35
4.2 ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS.....	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
APÊNDICES	71
APÊNDICE I – FORMAÇÃO: PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFEÇÃO – HIGIENIZAÇÃO MÃOS.....	73
APÊNDICE II – PÓSTER HIGIENIZAÇÃO MÃOS	85
ANEXOS.....	87
ANEXO I – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NAS III JORNADAS DE ENFERMAGEM DA ESSATLA.....	89
ANEXO II – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ORAL NAS III JORNADAS DE ENFERMAGEM DA ESSATLA	91

INTRODUÇÃO

A área da prevenção e controlo de infeção têm sido bastante estudadas nas últimas décadas, com o intuito de melhorar a prática nos contextos da prestação de cuidados e diminuir o número de infeções. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Direção Geral da Saúde (DGS), têm desenvolvido e divulgado um conjunto de recomendações de boas práticas, integradas no desenvolvimento de políticas de qualidade nas unidades de saúde e na prevenção e controlo de infeção.

Os conceitos de cuidados seguros e de qualidade estão intimamente ligados às boas práticas na prevenção e controlo da infeção, contudo, as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) continuam a ser um grave problema de segurança do doente (OMS, 2011).

As IACS são reconhecidas como o efeito adverso mais frequente na prestação de cuidados de saúde. Todos os anos, milhões de pessoas sofrem com essas infeções, que representam um grave problema de saúde pública a nível mundial. Apesar dos esforços concertados para acabar com este flagelo, os dados epidemiológicos indicam que a incidência destas infeções continua a aumentar (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Na enfermagem, Florence Nightingale é uma referência devido ao seu trabalho revolucionário no hospital de Scutari durante a Guerra da Crimeia, que mudou as bases do cuidado. Ela foi pioneira nas ações relacionadas com o controlo de infeções e, em 1863, enfatizou a importância de práticas de higiene pessoal e manutenção de um ambiente limpo e seguro na prestação de cuidados de saúde. Graças a essas medidas, Florence Nightingale conseguiu reduzir a taxa de mortalidade de 33% para 2%(Martins & Benito, 2016).

O conceito de IACS é muito abrangente e está associado à prestação de cuidados de saúde, independentemente de onde são prestados e do nível de cuidados, sejam agudos, reabilitação, ambulatório, continuados ou domiciliários (Direção-Geral de Saúde, 2017). Deste modo, é evidente que esta é uma área onde os profissionais de saúde e, concretamente, os enfermeiros podem desempenhar um papel fundamental, na otimização das suas práticas que se traduzirão, incontestavelmente, em melhores resultados no que diz respeito à incidência de IACS.

Sendo o enfermeiro um dos principais agentes na prevenção e controlo de infeção, possui competências específicas na conceção de planos de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, e lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção. Nomeadamente, diagnostica as necessidades do serviço e estabelece estratégias para as implementar, atualiza o plano de prevenção do serviço com base na evidência e estabelece os procedimentos e circuitos exigidos na prevenção e controlo de infeção face às vias de transmissão, salvaguardando o cumprimento dos procedimentos estabelecidos, monitoriza, regista e avalia as medidas implementadas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os cuidados de saúde exigem, cada vez mais ao enfermeiro, rigor técnico e científico, e por isso a diferenciação e especificação é cada vez mais uma realidade. De acordo com a alínea 3, do artigo 4º, do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros “O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Decreto-Lei nº 161/96, 1996).

Enquanto especialista, e de acordo com o Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro, o enfermeiro adquire um conjunto de competências comuns extensíveis

a todas as áreas da prestação de cuidados, que assentam em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

A enfermagem enquanto profissão passa por uma construção interativa e contínua entre a pessoa e o meio, e essa interação é influenciada pelo conjunto de saberes do enfermeiro e a sua aplicabilidade no processo de cuidar. O processo de cuidar incentiva ao desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, isto é, ao desenvolvimento de competências (Serrano et al, 2011).

Devido à crescente preocupação em evidenciar o cuidado como a essência da profissão, base do ensino e da prática de enfermagem, determina-se a construção do saber da enfermagem enquanto ciência em plena evolução. A profissão de enfermagem tem evoluído a par da evolução da humanidade e nas relações entre os indivíduos e a natureza, no entanto, é com Florence Nightingale que nasce um novo paradigma científico e um campo de conhecimentos, que enfatiza a necessidade de uma educação formal, organizada e científica dos profissionais (Espírito Santo & Porto, 2006).

Os modelos teóricos de enfermagem foram um contributo imprescindível para a profissão, uma vez que os seus descritivos apresentavam vivências da prática profissional, descrevendo ações realizadas pelos enfermeiros, que servem de base para a implementação da prática baseada na evidência. Estes modelos teóricos foram desenvolvidos para classificar conceitos, descrever e explicar fenómenos, e determinar a área de domínio da profissão. (Fontes et al, 2014).

Desde os tempos de Florence Nightingale, que os fenómenos dominantes em enfermagem, gravitam em torno de quatro conceitos metaparadigmáticos: Pessoa, Saúde, Ambiente e Cuidados de Enfermagem. Estes conceitos são igualmente

definidos pela Ordem dos Enfermeiros como os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Os colégios da especialidade de enfermagem médico cirúrgica, definiram os padrões de qualidade dos cuidados especializados nesta área de intervenção, de modo a constituírem um referencial para a prática especializada, que incentive a reflexão e criação de projetos de melhoria contínua da qualidade.

No âmbito deste relatório, destaca-se o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEEMC), na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEEMC, concretamente na alínea 1, artigo nº 3, as competências específicas são: “a) cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; b) dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; c) 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.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018b, p. 19359).

Considerando esta área de especialização, é importante esclarecer a definição de Pessoa em Situação Crítica – “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.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018b, p. 19362).

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (2005), artigo 88, alínea c), os enfermeiros, com vista à excelência do exercício profissional, têm o dever de garantir uma atualização contínua dos seus conhecimentos tendo por base uma formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. Ou seja, na procura da qualidade dos cuidados e num melhor desempenho, é necessário a atualização

continua dos conhecimentos através da formação, quer seja em contexto académico ou em contexto laboral. A atualização de conhecimentos é fundamental para o desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa e exigente, que permita às pessoas obter cuidados de enfermagem personalizados às necessidades de cada pessoa (Moreira et al, 2014).

A excelência nos cuidados enfermagem passa por promover uma atitude crítica e reflexiva em oposição a uma prática baseada na automatização de comportamentos, estimulando a tomada de decisões com base no Código Deontológico e nos princípios éticos que regulam a profissão assim como na evidência científica. De acordo com este pressuposto surgiu a minha necessidade de adquirir competências específicas para prestar cuidados seguros e de qualidade, decidindo prosseguir com os estudos para o Mestrado com especialização em Enfermagem.

Este relatório está integrado no percurso académico que visa, profissionalmente, a obtenção do título de Enfermeiro Especialista e, academicamente, a obtenção do grau de Mestre e enquadra-se no âmbito da UC “Estágio Final e Relatório” integrada no plano curricular do 17.º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa.

A realização deste relatório tem como objetivo descrever e analisar o percurso realizado e a aquisição das competências exigidas. Uma vez que me foi permitida a creditação académica na Unidade Curricular (UC) “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica”, este processo integrou dois momentos de prática clínica, um em contexto de serviço de urgência e um segundo em contexto de Unidade de Cuidados intermédios (UCIM). Nestes contextos, assumi como referenciais o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011b), o

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Este relatório está estruturado, nesta introdução, e em três diferentes capítulos, nos quais estão incluídos o resumo da revisão *scoping* realizada, o enquadramento conceptual e a descrição dos cuidados à Pessoa em Situação Crítica, numa perspetiva de desenvolvimento de competências nos diferentes contextos de aprendizagem e, por fim, as considerações finais. Este documento foi redigido de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e foi utilizada a norma de referenciação bibliográfica da *American Psychological Association 7th edition*.

2. ENQUADRAMENTO DO FENÓMENO EM ESTUDO

Prestar cuidados baseados na melhor e mais atual evidência científica, responsabiliza-nos enquanto enfermeiros, cuja necessidade de rever e refletir constantemente sobre a prática leva a que se procure novas ações que a possam tornar mais eficaz e eficiente (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Nas últimas décadas tem-se observado uma mudança nas políticas de saúde, direcionadas cada vez mais para parâmetros como a sustentabilidade dos sistemas de saúde, a equidade no acesso à saúde e a qualidade dos cuidados prestados. Estes parâmetros tornaram-se não só um referencial, mas também uma forma de promover mudanças nas políticas e nos sistemas de saúde (Silva, 2012).

A prevenção e o controlo de infeção devem ser uma das pedras basais dos cuidados de saúde. Os conceitos de cuidados seguros e de qualidade estão intimamente ligados às boas práticas na prevenção e controlo da infeção, contudo, as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) continuam a ser um grave problema de segurança do doente.

As IACS são o efeito adverso mais frequente na prestação de cuidados de saúde, sendo que todos os anos milhões de pessoas sofrem com estas infeções. São consideradas um problema grave de saúde pública a nível mundial, e apesar dos esforços dedicados a resolvê-lo, os dados epidemiológicos revelam que estes tipos de infeções continuam a aumentar (Direção-Geral da Saúde, 2017).

A implementação das intervenções de enfermagem advém dos melhores e mais atuais resultados da investigação científica (Nunes, 2018). O enfermeiro participa na conceção de planos, define estratégias, gere e lidera a implementação, prevenção e controlo de IACS, capacitando as equipas de profissionais que o rodeiam (Alves & Sousa, 2022). Como tal e por ser uma área que consideramos de enorme pertinência para um cuidar seguro e imprescindível no desenvolvimento de competências de EEEMC, considerámos adequada a realização de uma revisão da literatura onde mapeamos a melhor evidência sobre as estratégias mobilizadas pelo enfermeiro na prevenção e controlo de infeção, no cuidado ao doente crítico.

A *Scoping Review* intitulada “Estratégias do Enfermeiro na prevenção e controlo de infeção no cuidado ao doente crítico” que resultou desta pesquisa, não foi disponibilizada de forma integral, neste relatório, porque será publicada numa revista a definir.

Esta *Scoping Review* foi realizada de acordo com a metodologia do Joanna Briggs Institute (The Joanna Briggs Institute, 2024). Assumiu como objetivo mapear a melhor evidência sobre as estratégias do enfermeiro na prevenção e controlo de infeção no cuidado ao doente crítico. O objetivo delineado, surgiu da questão de revisão: Quais são as estratégias utilizadas pelo enfermeiro na prevenção e controlo de infeção no cuidado ao doente crítico?

Para a definição dos critérios de inclusão, foi utilizado a mnemónica “PCC”, de acordo com as recomendações da JBI para “*scoping reviews*”. Esta representa os termos população, conceito e contexto. A população alvo são todos os enfermeiros que cuidam de doentes críticos, o conceito definido são as estratégias de prevenção e controlo de infeção e o contexto são todos os contextos de cuidados críticos, sem quaisquer restrições no que se refere a especialidades médicas e/ou cirúrgicas.

Foi definido pelos autores, que os artigos pesquisados e selecionados estariam escritos em português, espanhol e inglês, visto que, constituem os idiomas de domínio dos revisores; com o limite temporal 2019 a 2024, para tentar obter informação mais atualizada, visto ser uma temática em constante atualização, e disponíveis de forma integral e gratuita.

A estratégia de pesquisa visa localizar estudos publicados e não publicados (literatura cinzenta). Numa primeira fase, foi realizada uma busca inicial limitada na MEDLINE, CINAHL, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MedicLatina e na Cochrane Central Register of Controlled Trials, através da plataforma EBSCO para identificar artigos sobre o tema.

Numa segunda fase, após esta criteriosa análise, foram selecionados os seguintes conceitos MeSH: Nurse Specialists; Nurse Practitioners; Nurses; Nurse's role; Infection Control; Health Strategies; Prevention and Control; Cross Infection; Critical Care Nursing; Critical Care; Emergency nursing; Emergencys; Operating Rooms; Intensive Care Unit e as palavras chave: Nurse Attitudes e Nurs* (com a truncatura *). Foi construída uma equação de pesquisa recorrendo aos operadores booleanos AND e OR.

Após a pesquisa, foram encontrados 419 artigos no motor de busca EBSCO. Os 419 artigos foram posteriormente carregados para a aplicação gestora de referência RAYYAN®, que identificou 63 artigos duplicados, tendo restado 356 artigos para leitura de título e resumo.

Após todo o processo de seleção, foram excluídos 301 após análise de títulos e resumos, ficaram 55 artigos para leitura integral e para análise e discussão 15 artigos, que cumpriam os critérios de elegibilidade e inclusão.

Foram vários os resultados obtidos pela análise dos artigos. A revisão traduz múltiplas estratégias e intervenções fundamentais que os profissionais de

enfermagem devem adotar para garantir a segurança dos doentes e a eficácia dos cuidados prestados.

A importância da prevenção e controlo de infeção nas unidades de saúde tem sido estudada ao longo dos anos, alertando para as estratégias, procedimentos e protocolos eficazes a implementar, de modo que os profissionais de saúde possam diminuir, evitar e mesmo controlar as infeções dos doentes que cuidam.

A rápida mutação de microrganismos, a resistência e a inexistência da descoberta de novos antimicrobianos, bem como os fatores de risco dos doentes que precisam de cuidados intensivos, levam a um aumento de transmissão de microrganismos multirresistentes.

A abordagem por parte dos profissionais de saúde à temática “prevenção e controle de infeções” parece ser multifacetada, envolvendo tanto a implementação de protocolos padronizados quanto a adaptação a situações específicas, como a pandemia de COVID-19. Melo et al. (2023), referem a abordagem da equipa de enfermagem na prevenção da infeção de derivação ventricular externa e lombar, em doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), que traduzem as principais intervenções de enfermagem direcionadas à prevenção de infeção: a higienização das mãos; implementação de técnicas assépticas; uso de pensos oclusivos com clorohexidina; verificação das características do líquido cefalorraquidiano e avaliação de sinais inflamatórios. O estudo revela que aplicar estas medidas evita riscos de infeção e complicações.

Hassan et al (2022), referem que alguns estudos revelaram que a adesão à *bundle* de ventilação está associada à diminuição da ocorrência de pneumonia associada à ventilação (PAV), mas pouco se sabe sobre sua associação com a diminuição de eventos associados à ventilação. O estudo recomenda então que os enfermeiros apliquem a *bundle*: elevação da cabeceira da cama de 35 a 45 graus; suspensão da

sedação e avaliação da possibilidade de extubação; profilaxia de úlcera péptica e Trombose Venosa Profunda, e uso de clorhexidina para higiene oral; visto ter sido associada a redução do risco de infecções associadas à ventilação.

De acordo com a revisão sistemática elaborada por Cooper (2021), as evidências indicaram com certeza moderada, que a clorhexidina sob a forma de colutório oral ou gel reduz provavelmente a PAV. A criação de rotinas de higiene oral, com frequência e método definidos, ajudam na redução deste tipo de infecção.

Hori et al. (2021) e Ng et al. (2021), abordaram as estratégias de controlo de infeção que foram adotadas no hospital e que contribuíram para a proteção dos profissionais de saúde da infeção por SARS-CoV-2, nomeadamente médicos e enfermeiros. Referem que os profissionais de saúde devem prestar cuidados a doentes com COVID-19, cumprindo as precauções contra doenças infecciosas, designadamente criar um internamento e UCI dedicados à COVID-19; garantir o uso adequado de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e aplicar as precauções baseadas com o tipo de isolamento; formação sobre a colocação e remoção de EPI e sobre a COVID-19; garantir o uso de máscaras dentro do hospital e durante o trajeto; garantir o distanciamento social, a correta higiene das mãos, avisos sobre ventilação e proibição de visitas hospitalares, verificação de temperatura e sintomas a todos os doentes e profissionais à entrada do hospital.

Não esquecer que todas as intervenções de enfermagem, têm um potencial de transmissão de microrganismos e por isso, muitas são as medidas a adotar para as evitar. Pandian et al. (2021), destacam que para reduzir o risco, deve-se utilizar EPI adequados e referem a necessidade de protocolos para reduzir o risco de transmissão de infeção.

Chapman et al. (2021), abordaram o impacto do banho diário com solução de clorhexidina 4% e a substituição da roupa de cama, na incidência de infeções

associadas aos cuidados de saúde, numa unidade de cuidados intensivos médico-cirúrgicos e uma unidade de telemetria pós-operatória, tendo chegado à conclusão que esta prática contribuiu para reduzir em 52% a infeção na UCI e na unidade de telemetria pós-operatória reduziu em 45%. Referem que a realização do banho diário com solução de clorohexidina a 4%, aumenta inicialmente os custos, contudo são recuperados com a redução das IACS.

Sendo o cateter venoso central (CVC), considerado um dispositivo invasivo, tem associado um elevado risco de infeção; deste modo existe também a preocupação de intervir de forma a minimizar este risco. Silva et al. (2021), alertam para as fragilidades nos conhecimentos dos enfermeiros que prestam cuidados a doentes com CVC e referência à *bundle* da inserção do CVC, destacando as principais medidas: higiene das mãos; precauções máximas de barreira; assepsia da pele com clorohexidina e evitar o uso de veia femoral.

Também os cateteres venosos periféricos (CVP), são uma preocupação crescente para os enfermeiros. São colocados diariamente em unidades de saúde, em doentes críticos, semicríticos e não críticos, estando associados a infeções recorrentes. Assim, a equipa de enfermagem necessita de ter consciência das suas práticas, de modo a prevenir esta ocorrência. Nickel (2020), refere que uma eficaz higiene das mãos é a base de todos os esforços para a prevenção de infeções e que a má execução é uma realidade e provavelmente um fator importante no desenvolvimento de infeções relacionadas com a colocação e gestão do CVP. A implementação de medidas para prevenir é fundamental e para isso é necessária formação, de modo a dar conhecimento e capacitar os profissionais para a correta gestão do acesso venoso.

As infeções urinárias associadas a cateteres têm sido uma realidade e a abordagem por parte dos profissionais de saúde é fundamental. Shadle et al. (2021) descrevem medidas que reduzem as infeções do trato urinário associadas a cateteres em ambientes de UCI, que passam pelo uso adequado de cateter, inserção e remoção

adequadas e manutenção apropriada. O estudo conclui que as intervenções conduzidas por enfermeiros podem desempenhar um papel importante na redução de infecção do trato urinário por cateter vesical.

O envolvimento dos enfermeiros nos programas de gestão antimicrobiana, foi destacado por Sloan & Dudjak (2020), de modo a melhorar os resultados e atingir as metas, visto que são parte integrante dos cuidados. Os autores apelam à consciencialização dos enfermeiros sobre a importância dos programas de gestão de antimicrobianos, tendo em conta que são intervenientes na prevenção da resistência dos mesmos. O artigo consciencializa profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, sobre a importância da sua participação nos programas de gestão dos antimicrobianos, visto que são os enfermeiros que prestam cuidados diretos de forma contínua, avaliam e monitorizam sob 24 horas os doentes internados e têm uma noção da evolução ou não da situação clínica face à terapêutica implementada. São também os enfermeiros que administram a terapêutica e sendo eles também responsáveis pelo que administram, devem ter um olhar mais atento relativamente aos cuidados a ter, de modo a prevenir a resistência aos antimicrobianos.

Foram identificadas inúmeras estratégias e intervenções fundamentais desde a implementação de medidas básicas, como higiene das mãos e uso adequado de EPI, bem como precauções de isolamento baseadas nas vias de transmissão, até protocolos mais específicos, como as medidas de prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação e técnicas de inserção de dispositivos médicos, onde cada intervenção desempenha um papel de extrema importância na redução da transmissão de microrganismos e na prevenção de infeções. Destacam ainda a importância da pesquisa contínua para aprimorar as práticas existentes e desenvolver novas estratégias para prevenir infeções. É um campo dinâmico e em constante evolução, onde a colaboração entre pesquisadores, profissionais de saúde e formuladores de políticas desempenham um papel crucial.

É interessante ver como a formação e a educação contínua dos profissionais de saúde são destacadas em muitos dos artigos como fatores-chave para a eficácia das medidas preventivas. A formação contínua e a educação são fundamentais para garantir que os profissionais de saúde estejam atualizados sobre as melhores práticas e evidências científicas mais recentes.

Em suma, a prevenção e o controle de infecções são pilares essenciais da prática de enfermagem em ambientes de saúde, e por isso, cabe ao enfermeiro implementar estratégias eficazes e guiar a sua prática com base na evidência, uma vez que os enfermeiros assumem uma responsabilidade determinante na proteção da saúde dos doentes e na promoção de resultados positivos.

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Ao longo do seu percurso profissional é importante que o Enfermeiro adquira um conjunto de competências e habilidades específicas, que lhe possibilite atuar de forma autónoma e em equipa multidisciplinar, proporcionando cuidados de qualidade e que desenvolva a sua autonomia na procura de novos conhecimentos e capacidade de desenvolver competências específicas aos contextos onde se insere.

O meu percurso profissional, sempre em contexto hospitalar e maioritariamente na área médico-cirúrgica, esteve sempre estreitamente relacionado com o cuidado à Pessoa em Situação Crítica. Para permitir o meu desenvolvimento enquanto enfermeira, a transição para o 2º ciclo de estudos, pareceu-me a decisão correta a tomar. Foi com este propósito que me propus a realização do Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Durante a minha prestação de cuidados enquanto enfermeira, procuro dar resposta aos problemas individuais das pessoas de quem cuido diariamente, procurando respeitar os seus hábitos, as suas rotinas e, sobretudo, as suas necessidades e problemas.

Para conseguir dar respostas aos desafios com que nos deparamos diariamente, estou de acordo que o desenvolvimento académico e profissional dos enfermeiros, deve guiar-se na perspetiva de uma Enfermagem Avançada. Enfermagem Avançada não significa enfermagem com mais tecnologia, mas sim “Enfermagem com mais Enfermagem” (Silva, 2007, p. 18), ou seja, com mais conhecimento científico do corpo da disciplina e da profissão. A fonte deste conhecimento só pode

ter origem nas teorias de enfermagem e no seu contributo fundamental para a prática diária da prestação de cuidados (Rodrigues, 2024).

Acredito que é nestes conceitos que a enfermagem deve centrar-se, para dar resposta à complexidade dos contextos profissionais atuais, com cuidados altamente diferenciados e de elevada complexidade, do qual beneficiam uma abordagem multidisciplinar (Rodrigues, 2024).

As teorias desempenham um papel crucial tanto na investigação como na prática de Enfermagem, para além de orientarem o processo de investigação, comprovam a sua utilidade na prática, ao passo que a investigação contribui para o desenvolvimento da teoria e verifica-a, criando um ciclo contínuo de aperfeiçoamento (Fortin et al., 2009). A teoria de enfermagem é o corpo de conhecimentos que sustenta a prática dos cuidados em Enfermagem e as teorias variam pelo seu nível de abstração e esfera de ação. A teoria suporta a existência da enfermagem enquanto disciplina académica, sendo vital para a prática da profissão (Nunes, 2018).

Neste sentido, é inquestionável o contributo de uma teórica, que se integra no paradigma da transformação, Merle Mishel com a *Teoria da Incerteza na Doença* (Mishel, 1988), que assume particular importância, na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica.

Esta é uma teoria de médio alcance pois inclui fenómenos ou conceitos específicos e se refletem na prática em várias situações no contexto de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004). Na teoria, a autora caracteriza a incerteza como um estado mental que resulta de pistas insuficientes com as quais se forma uma estrutura mental, ou uma representação interna de uma situação ou evento (Mishel, 1988).

A Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, aplica-se às fases de pré-diagnóstico, diagnóstico e tratamento quer de doenças agudas ou crónicas e

organiza-se em torno de três conceitos principais que enquadram a incerteza ao longo do processo de doença. São eles, os antecedentes de incerteza, o processo de apreciação da incerteza e o modo de lidar com a mesma (Mishel, 1990).

Esta incerteza está relacionada com a variabilidade no padrão de sintomas da doença, com a complexidade dos cuidados e tratamento, com a falta de informações sobre a doença e tratamento e com a imprevisível natureza do percurso da doença (Reis & Rabiais, 2021). Considera-se que altos níveis de incerteza sobre a doença e ansiedade, individualmente, podem condicionar as estratégias de adaptação dos membros da família. A incerteza revela-se presente, constante, um perigo e uma oportunidade. A incerteza associada ao desfecho dos episódios e das intervenções a realizar, pode constituir um constrangimento à própria prestação de cuidados à pessoa em situação crítica (Reis & Rabiais, 2021).

A incerteza é apreciada como uma oportunidade nova e probabilística, não é um estado que se deseje alcançar ou rejeitar: a incerteza existe e é inerente ao processo de doença (Alligood, 2018; Mishel, 1988, 1990).

No contexto de doença, a incerteza apresenta-se, de forma distinta, sobre quatro formas: 1) ambiguidade relacionada com o estado da doença; 2) complexidade relacionada com o tratamento; 3) ausência de informação relacionada com o diagnóstico e a severidade da doença e 4) imprevisibilidade no percurso da doença e prognóstico (Mishel, 1988).

Assim, o doente deve ser capaz de confiar nos recursos sociais e nos prestadores de cuidados de saúde, se a incerteza puder ser vista como uma parte normal da vida, pode tornar-se uma força positiva para múltiplas oportunidades positivas (Mishel, 1988; Mishel, 1990). Em outras palavras, quando a incerteza é encarada como oportunidade, ao invés de ameaça, é interpretada como algo positivo, culminando na adaptação da pessoa (De Oliveira et al., 2022).

Mishel publicou inicialmente o seu modelo de medição em 1981, o seu modelo teórico original em 1988 e a sua teoria reconceptualizada em 1990 (Alligood, 2018) com grande enfoque na gestão da doença crónica. Apesar disso, esta teoria tem também sido aplicada em contextos de doença aguda, na Pessoa em Situação Crítica e em UCI (Cypress, 2016).

A admissão neste tipo de contextos ocorre, em contexto de doença aguda ou doença crónica agudizada, de forma súbita, originam uma importante perceção de ameaça, as preocupações sobre um futuro incerto podem gerar muito stress e o rápido desenvolvimento deste tipo de situações muitas vezes inviabiliza, o desenvolvimento de estratégias de *coping* e a adaptação adequada (Flórez et al., 2018). Desta forma, os sentimentos de incerteza e choque instalam-se, pois é desconhecido qual será o destino da pessoa internada, bem como quais as probabilidades de sobrevivência, invalidez ou morte (Cypress, 2016).

A presença de incerteza em contexto de Serviço de Urgência, UCI e na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica está amplamente documentada, como estando presente, quer nos doentes, quer na família dos doentes internados (Flórez et al., 2018; Iverson et al., 2014; Hughes et al., 2005; Johansson et al., 2005).

A Teoria da incerteza na doença de Mishel, possibilita uma compreensão profunda do impacto da falta de informações adequadas, no estado mental e cognitivo dos doentes e sua família. Ao abordar de forma eficaz esta incerteza, os profissionais de saúde podem melhorar de maneira significativa a experiência e os resultados dos doentes de quem cuidam.

Ao utilizarmos o referencial teórico de Merle Mishel, devemos adequar os cuidados de enfermagem por meio das suas intervenções especializadas à Pessoa em Situação Crítica e sua família, facilitando a gestão da incerteza, através da disponibilização de informação relevante, no processo de admissão, durante o internamento, ou

quando identificamos que são necessárias, adaptando-as as necessidades individuais.

Do cruzamento da teoria com a prática, surgirá uma prática significativa, baseada nos valores e nos conhecimentos da enfermagem. Para isso, é necessário manter presentes as teorias de enfermagem sob o risco da sua extinção (Barrett, 2002), como forma de incentivar o desenvolvimento e a excelência na prestação de cuidados de enfermagem (Rodrigues, 2024).

4. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Foi meu objetivo durante os estágios, implementar e demonstrar na prática clínica, o contributo das aprendizagens dos últimos semestres, ao prestar cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica e sua família. O curso de Mestrado, abordou vários conteúdos focados no desenvolvimento das Competências de Enfermeiro Especialista, enfatizando a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Ao longo do próximo capítulo procuro realizar uma reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas durante os estágios e a sua importância no desenvolvimento de competências de EEEMC. Foram elaborados dois subcapítulos, de acordo com cada local de estágio.

4.1 ESTÁGIO NO ATENDIMENTO URGENTE

Os serviços de urgência “são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médica” (Despacho Normativo nº 11/2002, 2002). Frequentemente são o primeiro contato do cliente com os serviços de saúde. No caso do Hospital onde fiz o estágio, este serviço é um Atendimento Urgente, que funciona todos os dias entre as 08h e as 22h.

Ao realizar um curso de Mestrado na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, considero que o estágio num serviço de urgência é uma excelente

oportunidade para aprofundar e adquirir novos conhecimentos técnicos, éticos e relacionais no cuidado à pessoa em situação crítica/família, fundamentais para a aquisição de competências de enfermeiro especialista.

Neste serviço são prestados cuidados de saúde ao doente adulto e pediátrico. Existe no serviço em cada turno pelo menos um médico de Medicina Interna, a restante equipa é constituída por médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF). Têm ainda o apoio de diversas especialidades (Cirurgia Geral, Ortopedia, entre outros que estão na consulta), Imagiologia e Patologia Clínica.

O serviço é constituído por diversos setores, sendo eles divididos por:

- Triagem - utiliza o Sistema de Triagem de Manchester que atribui uma prioridade aos doentes consoante as queixas dos mesmos;
- Sala de Observações Adulto - com 4 camas, uma dedicada a reanimação, com equipamento para ventilação não invasiva (VNI) e invasiva, ventilador de transporte e 4 cadeirões;
- Sala de Observação de Pediatria – com 2 camas e 1 cadeirão;
- Sala de tratamento – existem 2 salas de tratamento;
- Sala com cadeirões – funciona como sala multiusos, para administração de medicação, sala de espera;
- Sala de Pequena Cirurgia;

A equipa de enfermagem é constituída por 21 enfermeiros e uma Enfermeira Responsável. Em cada turno existe um enfermeiro chefe de equipa e 3 equipas em horário de trabalho do tipo roulement.

Foi possível observar, que nem sempre o enfermeiro chefe de equipa é especialista, pois existem elementos que são reconhecidos como peritos não só pelo tempo de experiência, como pela formação que têm na área do doente crítico, demonstrando capacidades extraordinárias na compreensão e resolução das situações mais críticas

que surgem. Estes são os enfermeiros cuja atuação é um misto de experiência, conhecimento e intuição, que se adaptam facilmente às situações, focam-se no essencial e cuja postura é reconhecida pelos colegas e pelos doentes (Benner, 2001).

A Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMIH) é da responsabilidade do Atendimento Urgente e é constituída por médicos e enfermeiros deste serviço, sendo o chefe de equipa médico e de enfermagem que dão resposta às chamadas.

Objetivos de Estágio e atividades desenvolvidas

As primeiras 180 horas de contacto previstas na UC Estágio Final e Relatório foram desenvolvidas no Atendimento Urgente (AU), que pertence a um hospital privado na área de Lisboa, entre 19/02/2024 e 08/04/2024.

O objetivo geral passou pelo desenvolvimento de competências de EEEMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Para concretizar este objetivo, desenvolvi uma prática reflexiva e um pensamento crítico perante situações do dia-a-dia, fundamentei as minhas intervenções de enfermagem com a evidência científica, e promovi o meu autodesenvolvimento pessoal e profissional. De forma a tornar exequível o objetivo geral, delineei dois objetivos específicos com as respetivas atividades, que serão anunciadas de seguida.

Objetivo Específico 1: Desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de Atendimento Urgente.

Uma vez que não possuía experiência profissional em AU, foi necessário um período de integração tendo sido essencial o conhecimento das normas e protocolos existentes no serviço, método de trabalho utilizado, visita ao serviço, registos de Enfermagem, conhecimento do circuito do doente no AU e demonstração de capacidade de trabalhar de maneira adequada com a equipa multidisciplinar.

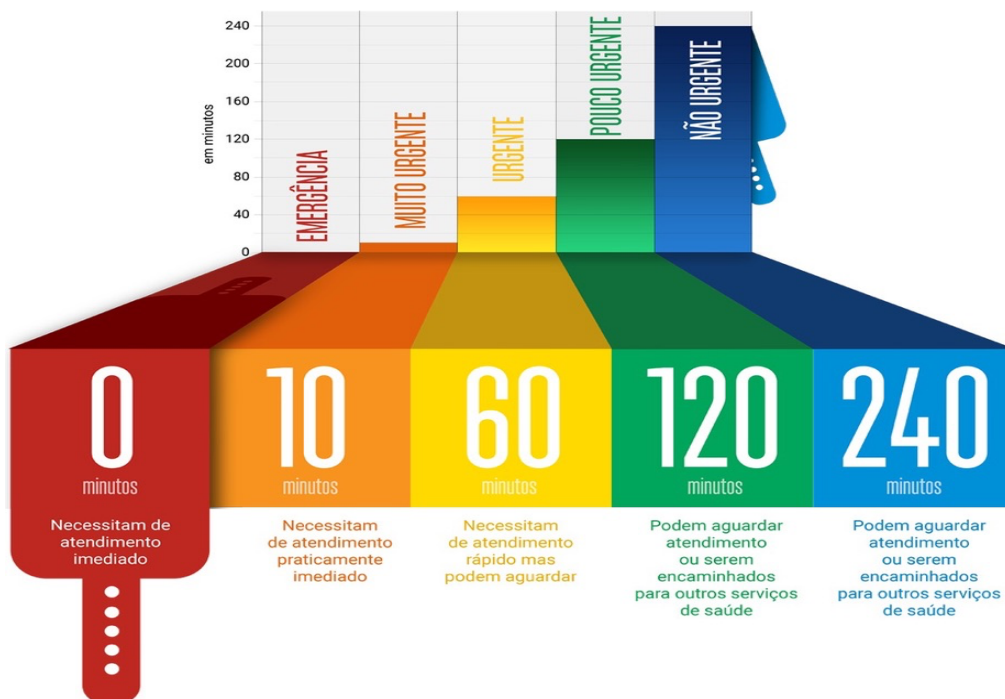
O enfermeiro orientador incentivou-me sempre a conhecer as leis que serviam de base às tomadas de decisão, já que lidar diariamente com problemas éticos, requer conhecimento e informação sobre leis. A tomada de conhecimento, dos aspetos legais, torna a tomada de decisão, enquanto Enfermeiros Especialistas, mais fundamentada, indo ao encontro das Competências Comuns previstas para o Enfermeiro Especialista, na medida em que, “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 (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

De forma a realizar o objetivo proposto, no desenvolvimento de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais de EEEMC na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica/família, foi essencial prestar cuidados nos vários setores do AU. Aqui, existe sempre um chefe de equipa, responsável pela gestão da equipa (assegurando que cada elemento está no seu posto), pelo correto fluxo dos doentes, pela gestão dos doentes para o internamento. Como o meu orientador em muitos turnos assumia funções de chefe de equipa, tive a oportunidade de participar na organização e colaborar na gestão do serviço.

Posto de triagem

No AU deste hospital, a prioridade dos doentes admitidos, é feita através da Triagem de Manchester. Este procedimento concebe um atendimento efetuado por critérios técnicos de gravidade, procurando oferecer um acolhimento mais adequado ao caso específico de cada doente.

Com base no fluxograma, são atribuídas pulseiras de acordo com o nível de gravidade do doente.



Fonte: Grupo Português de Triage. Disponível em:
http://www.grupoportuguestriage.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=Itemid=110

Durante o período de permanência na triagem foi possível identificar os níveis de prioridades atribuídas, assim como fazer a gestão da afluência de doentes, de modo que fossem atendidos de forma mais eficiente e eficaz, de acordo com o seu estado. A triagem de Manchester surge para assegurar que os doentes sejam atendidos por ordem de gravidade, de acordo com a sua situação clínica.

O enfermeiro deve ser capaz de, perante os sintomas apresentados pelos doentes, identificar a queixa inicial (avaliação inicial), determinar qual o discriminador que melhor se adapta ao problema, escolhendo o fluxograma certo, para que seja possível atribuir a prioridade correta.

Com o apoio do enfermeiro orientador procedi à triagem dos doentes, pela perceção dos seus sintomas, respondendo ao fluxograma e atribuindo uma cor consoante a sua prioridade, pois este procedimento compreende o atendimento efetuado por critérios técnicos de gravidade, procurando oferecer um acolhimento mais justo e adequado ao caso específico de cada doente. Foi possível prestar cuidados diferenciados, na identificação precoce do problema e possível resolução do mesmo, permitindo o encaminhando do doente, de acordo com a sua queixa principal. É

essencial ouvir o que os doentes dizem, mas é imprescindível saber interpretá-las adequadamente, para não atribuir prioridades inadequadas. Deparei-me com uma situação em que um doente, pálido, temperatura de 38º e com uma dor abdominal difusa e que o doente desvalorizou, mas pela adequada observação do seu quadro geral, constatou-se que o doente poderia estar a minimizar a dor e não valorizar outros sintomas, perante isso foi conduzido para o SO, onde posteriormente após observação médica e realização de outros exames foi transferido para o Internamento, para ir ao Bloco, onde foi submetido a uma apendicectomia. Dessa forma a correta avaliação do Enfermeiro e uma adequada avaliação inicial do doente, foram fulcrais para o correto tratamento.

Sala de Tratamento

Os doentes são reencaminhados para este posto após a observação médica, para que seja administrada terapêutica, realizada colheita de sangue e outros espécimes, como urina e expetoração, execução de técnicas como colocação de sonda nasogástrica ou drenagem vesical. Aqui, antes da realização dos procedimentos de enfermagem, procurei perceber a queixa e relacionar com a prescrição médica. Caso uma prescrição levantasse dúvidas, procurava esclarecer com o enfermeiro orientador e equipa médica, que mostraram total disponibilidade e contribuíram para o processo de aprendizagem.

Na sala de pequena cirurgia, tive a oportunidade de colaborar com os médicos e cirurgiões na realização de vários procedimentos, instrumentar pequenas cirurgias, suturar feridas e executar tratamentos a pessoas com feridas mais ou menos complexas.

A passagem pela sala de tratamentos foi de extrema importância durante o estágio, pela diversidade de situações experimentadas. Foi um sector que exigiu muita pesquisa bibliográfica e aplicação na prática dos conhecimentos adquiridos, para conseguir prestar cuidados de qualidade, dando resposta as situações com que me fui deparando.

A incerteza e complexidade subjacentes ao cuidar do doente que se encontra em situação crítica, exigem uma intervenção segura e imediata por parte dos profissionais, devido ao risco iminente de falência de uma ou mais funções vitais. Concomitantemente, as preocupações primordiais nessas situações centram-se na monitorização constante do doente, na estabilização hemodinâmica, no controlo da ventilação e de uma série de alterações fisiopatológicas que colocam em risco a vida da pessoa (Nunes, 2015).

O enfermeiro na prestação de cuidados tão complexos, tem de aplicar os conhecimentos científicos na prática, ter capacidade de lidar com o imprevisto, capacidade de observação, análise, rapidez ao estabelecer prioridades e a agir, sendo importante refletir sobre a tomada de decisão como elemento fulcral na qualidade dos cuidados prestados em todos os domínios da intervenção de enfermagem. Para isso é importante um conhecimento sólido, experiência e fundamentalmente uma prática reflexiva e pensamento crítico em oposição a uma prática rotineira dos cuidados.

Ao prestar cuidados de enfermagem, procurei assumir a responsabilidade pelos meus atos e atos delegados, exercendo a supervisão dos mesmos. Procurei que as minhas decisões fossem suportadas por princípios, valores e normas deontológicas. Devemos recorrer a competências de tomada de decisão baseadas numa prática responsável tendo por base princípios éticos, valores e normas deontológicas, com vista a promover a proteção dos direitos humanos e dignidade do doente.

Sala de Observação (SO)

Aqui, são admitidos os doentes a quem foram atribuídos a prioridade “Urgente” ou “Muito Urgente”, correspondente às cores amarelo e laranja. Também são admitidos os doentes que pela sua instabilidade hemodinâmica, precisam de uma maior vigilância, cuidados mais frequentes e alguns que precisam de ser estabilizados, antes de serem transferidos para o internamento. Contudo, quando

não há vagas no internamento, os doentes acabam por ficar no SO, durante mais tempo, apesar de não ser o correto, por vezes era a solução encontrada para dar resposta em períodos de grande afluência.

Na admissão no SO, o enfermeiro realiza o acolhimento, colheita de dados e observação do doente. Nessa fase, a elaboração do processo de enfermagem teve por base os conhecimentos adquiridos de forma a identificar precocemente os problemas existentes, procurando evitar o agravamento, estabelecendo os diagnósticos de enfermagem e planeando as intervenções de enfermagem adequadas, implementando-as e avaliando a sua eficácia.

Foram realizados registos clínicos de enfermagem individualizados e completos que permitisse uma transição de cuidados de saúde segura e, nos momentos de passagem de turno, a informação foi transmitida de acordo com a metodologia ISBAR.

Por vezes, os doentes aqui internados necessitam de procedimentos invasivos, neste posto tive a oportunidade de colaborar na colocação de um Cateter Venoso Central (CVC) e na colocação da VNI. É imprescindível o apoio ao doente e sua família, explicando os procedimentos, a atuação e expectativas com a evolução do doente, de forma a manter uma relação terapêutica com o doente/família em estado crítico. Procurei manter um discurso pessoal e fundamentado, com uma postura profissional, utilizando estratégias de comunicação verbal e não verbal.

No AU, são vários os fatores que influenciam a tomada de decisão, que pode comprometer a segurança e os direitos dos doentes, como a elevada carga de trabalho, a pressão para reduzir o tempo de atendimento, a existência de conflitos familiares. Investi no desenvolvimento de um conjunto de competências que me permitiram respeitar a autonomia dos doentes e fundamentar os meus cuidados nos princípios da beneficência, não-maleficência e da justiça, tendo em atenção as crenças e valores de cada pessoa.

Para fomentar o meu desenvolvimento profissional, foi de extrema importância compreender o regime jurídico que enquadra o consentimento informado,

“qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido” (Assembleia da República, 2001). Saliento também, a importância e significado de *livre e esclarecido*, isto é, a ausência de qualquer coação e validação do entendimento transmitido (Deodato, 2017).

Para assegurar o direito à informação e a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos cuidados prestados, tive atenção à forma de prestar consentimento, “o consentimento é válido seja qual for a forma, podendo esta ser verbal, escrita ou mesmo gestual se a pessoa se encontrar impossibilitada de falar” (Deodato, 2017, p. 207). Para dar resposta a estes pressupostos, empenhei-me em estabelecer uma comunicação clara, utilizando linguagem adequada e esclarecendo as dúvidas que iam surgindo. Procurei envolver a família nos cuidados, sempre que era este o desejo do doente.

Objetivo Específico 2: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança do doente e/ou família no Controlo da Infecção no âmbito do Atendimento Urgente.

Durante a prestação de cuidados, esforcei-me por manter o foco na segurança do doente em todos os momentos, de forma a contribuir para aumentar e uniformizar as boas práticas que se caracterizam por cuidados seguros e de qualidade.

É importante salientar que, o enfermeiro, no exercício da sua prática profissional, deve garantir a atualização contínua dos seus conhecimentos, identificando áreas de maior necessidade, apostando na formação contínua e no aperfeiçoamento das suas práticas.

Em discussão com o enfermeiro orientador, foi identificado que durante o ano de 2024, o hospital dará início a auditorias às precauções básicas de controlo de infeção e adesão à higiene das mãos, portanto aproveitei a oportunidade e como o tema da minha revisão da literatura era mapear as estratégias do enfermeiro na prevenção e

controle de infecção, realizei uma sessão de formação sobre a higienização das mãos, (APÊNDICE I) e ao longo do estágio, com a intenção de “divulgar resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4749), critério integrado nas competências comuns dos enfermeiros especialistas – baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica, aproveitei para partilhar com a equipa, os resultados da *scoping review*, partilhando os artigos encontrados e os resultados extraídos.

A formação sobre a higienização das mãos, foi considerada uma mais-valia para o serviço, pois senti que a equipa estava muito interessada em estratégias de prevenção e controlo de infecção e em identificar áreas de melhoria.

O enfermeiro, enquanto EEEMC, tem um papel de relevo na prevenção e controlo das IACS. Deve apresentar um conhecimento atualizado sobre as mais recentes práticas baseadas em evidências. Deve ter e mobilizar um pensamento crítico na implementação de estratégias ativas na prevenção e controlo de infecção, nos diferentes contextos da prestação de cuidados, demonstrando conhecimentos específicos na área.

Enquanto formador e dinamizador, deve investir em programas de melhoria contínua de qualidade, desenvolvendo e atualizando procedimentos de prevenção e controlo de infecção.

Com os seus conhecimentos poderá consciencializar e influenciar a equipa à adesão a boas práticas, na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Considero que este estágio me permitiu desenvolver conhecimentos e competências que, no futuro irão contribuir para o meu crescimento e desenvolvimento, enquanto EEEMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

4.2 ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

As restantes 180 horas de contacto previstas na UC Estágio Final e Relatório foram desenvolvidas numa Unidade de Cuidados Intermédios de um hospital privado na área de Lisboa, entre 09/04/2024 e 31/05/2024.

As Unidades de Cuidados Intermédios (UCIM) enquadram-se nas unidades hospitalares que prestam assistência intensiva, no entanto, a um nível de assistência menos intensiva que as tradicionais Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Destinam-se a doentes agudos com falência iminente ou estabelecida de funções vitais, que necessitam de monitorização contínua, em que o seu estado não é suficientemente crítico para exigir internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), mas cuja situação requer um acompanhamento mais próximo e frequente do que no Internamento Médico-Cirúrgico.

As UCIM funcionam como áreas de ligação entre as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e as enfermarias hospitalares, servindo de suporte ao funcionamento das UCI pois “permitem a alta precoce dos doentes, de forma a rentabilizar os recursos humanos e materiais utilizados(...) permitem reduzir os dias de internamento e as taxas de readmissão na UCI” (Lima & Branco, 2017, p 13-14).

A UCIM está localizada no piso 1 do Edifício A, ao lado do Bloco Operatório, que possui 3 salas operatórias. A unidade integra também o recobro cirúrgico, com camas dedicadas como UCPA (unidade de cuidados pós-anestésicos). É constituída por 8 unidades funcionais, cada uma equipada com monitor de sinais vitais, rampas de oxigénio e de ar comprimido, aspirador de secreções, e um carro de emergência equipado com desfibrilhador. Uma das unidades está equipada com um ventilador

e um equipamento para ventilação não invasiva, seringa e bomba infusora. O horário de funcionamento é das 8 até às 24 horas durante a semana e, ao fim de semana apenas em regime de exceção.

Está localizado num ponto central, um balcão com 4 computadores onde estão presentes os enfermeiros e a secretária da unidade. O médico de Medicina Interna está de chamada para o serviço, com exceção de quando existem doentes instáveis.

Os enfermeiros distribuem-se dois pelo turno da manhã e dois pelo turno da tarde. A unidade recebe uma média de 30 doentes diariamente, adultos ou crianças, sendo que o principal objetivo é a estabilização hemodinâmica dos doentes, do ponto de vista anestésico e cirúrgico, antes de os encaminhar para o serviço de internamento. Também providencia apoio aos doentes do foro médico que estão no internamento e necessitem de estabilização hemodinâmica.

A equipa de enfermagem é constituída por 24 enfermeiros e um enfermeiro responsável. A equipa médica e de enfermagem tem o treino e a experiência necessários para lidar com qualquer situação do foro médico ou cirúrgico, incluindo a identificação de situações que recomendem transporte inter-hospitalar para instituições onde os doentes possam receber cuidados específicos não existentes no Hospital.

Objetivos de Estágio e atividades desenvolvidas

Objetivo Específico 1: Desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica em contexto de Unidade de Cuidados Intermédios.

Para dar resposta a este objetivo, comecei por um período de integração, aprofundando o conhecimento do serviço de forma a integrar-me no método de trabalho preconizado, normas e protocolos existentes e registos de Enfermagem.

O Código Deontológico do Enfermeiro define no artigo 112º, que o Enfermeiro assume o dever de integrar a equipa de saúde, colaborando com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços.

A minha integração neste serviço foi gradual, a equipa multidisciplinar sempre se mostrou disponível para tornar o meu estágio rico em conhecimentos. Assim, sempre que surgiram novas situações, foi-me dada oportunidade de aprendizagem retirando qualquer dúvida que surgisse, obtendo esclarecimentos quer pela equipa de Enfermagem quer pela equipa médica ou através da análise crítica de diversas situações com o enfermeiro orientador, o que tornou possível o consolidar de conhecimentos.

Neste estágio mobilizei conhecimentos e habilidades na deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação, perante situações que exigiram meios de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e efeitos adversos. Aqui deparei-me com doentes com necessidade de VNI por agravamento do seu estado de saúde e queda do score na Escala de Coma de Glasgow, doentes com complicações pós-operatórias e alterações hemodinâmicas. Foi sem dúvida uma multiplicidade de diagnósticos e situações que exigem uma rápida atuação médica e de Enfermagem, perante situações imprevistas e doentes em situação crítica que contribuíram para o meu desenvolvimento de competências de EEEMC.

Segundo Nunes (2018), as boas práticas em enfermagem são um processo efetivo, resultante da investigação científica, que aglutinam as “dimensões científica, técnica e humana, suportando as respostas humanas e as necessidades da pessoa ou grupo

concreto, procurando a máxima satisfação do cliente”, para atingir o resultado desejado (Nunes, 2018, p. 13).

Os cuidados à pessoa em situação crítica devem ser altamente qualificados e exigem observação, colheita de dados eficientes e de forma sistemática, com o objetivo de conhecer a pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e assegurar uma intervenção eficiente e em tempo útil. Demonstrei competências para trabalhar em equipa multidisciplinar, participando nas discussões da equipa de forma ativa para a resolução de problemas, recorrendo sempre a evidências científicas e sob a supervisão do meu orientador.

Uma experiência marcante vivenciada neste estágio foi o transporte de doentes críticos para outras unidades de saúde. Esta área de intervenção é contemplada no Regulamento de Competências Específicas do EEEMC, na medida em que o Enfermeiro Especialista “dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação (...) assegurando meios de evacuação e transporte” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363).

O transporte destes doentes é um desafio, que exige um grande esforço logístico e que deve ser gerido por uma equipa especializada e treinada. Segundo a Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos nas Recomendações de transporte de doentes críticos (2023), o transporte deve ser planeado e preparado adequadamente, sendo vital para prevenir eventos adversos.

O enfermeiro deve realizar uma perspicaz avaliação inicial do doente e uma correta monitorização, deve providenciar recursos adequados e comunicar eficazmente, para prevenir complicações durante o transporte. Foi possível realizar a transferência de um doente em estado crítico intra-hospitalar, após uma ocorrência no BO. O doente estava com entubação orotraqueal e com necessidade de ventilação mecânica invasiva, após a estabilização hemodinâmica, fizemos o transporte.

Independentemente do motivo e qual o tipo de transferência, é de extrema importância o planeamento. Cabe também ao enfermeiro transportar a mala de emergência, monitorizar o doente, avaliar os sinais vitais ao longo de percurso assim como o estado de consciência do doente e verificar também antes da saída, o correto funcionamento dos equipamentos.

Uma situação pouco frequente na Unidade de Cuidados Intermédios é a utilização da VNI devido ao agravamento do estado de saúde dos doentes aqui internados. A ventilação não invasiva (VNI) é uma terapia de suporte ventilatório alternativa à ventilação mecânica invasiva (VMI), utilizada cada vez mais em contexto hospitalar, com ênfase na Unidade de Cuidados Intermédios e Intensivos, valências onde a prevalência de doentes internados em situação crítica com necessidade de VNI é superior (Pinto, 2013). Apesar do sucesso da sua atuação depender de critérios rigorosos, a sua aplicação traz inúmeras vantagens, como a redução da taxa de infeções respiratórias associadas à VMI e, por conseguinte, a redução da taxa de mortalidade, do tempo de internamento e dos custos associados (Hess, 2013).

De forma a dar resposta ao que me foi solicitado, basear a praxis clínica na evidência científica e porque era uma área que considerava mais desafiante, foi essencial o estudo sobre o funcionamento da, sobre as modalidades ventilatórias (volume, pressão ou ambas), indicações e contraindicações para o uso de VNI, critérios para instituição e para sua suspensão. O plano de cuidados em particular, permitiu-me também aprofundar conhecimentos sobre as modalidades de ventilação não invasiva e o seu efeito no doente, as principais complicações associadas e elaborar diagnósticos de enfermagem de uma forma estruturada, com a respetiva planificação e avaliação dos cuidados.

Dado a proximidade entre a UCIM e o bloco operatório (BO), tive a oportunidade de passar alguns turnos no BO. Durante este período procurei e foi-me dada oportunidade, de desenvolver competências ao nível da atuação ao doente crítico

cirúrgico/anestésico. Foi possível conhecer as normas e protocolos existentes, método de trabalho preconizado, registos de Enfermagem, processo de admissão e alta do doente, os procedimentos cirúrgicos mais habituais em cada especialidade cirúrgica e intervenções de Enfermagem.

Foi uma experiência muito enriquecedora, o ambiente do BO é extremamente exigente, onde se executam técnicas e procedimentos anestésicos-cirúrgicos que obrigam a que os enfermeiros sejam altamente qualificados e que respondam às exigências das funções em tempo útil. Para isso compete-lhes assegurar o benefício, a humanização dos cuidados e a segurança dos doentes.

Particpei no posicionamento do doente para a técnica cirúrgica e para a indução anestésica, particpei na indução e manutenção anestésica de bloqueio do plexo braquial, sedação, anestesia geral balanceada, anestesia local e raquianestesia auxiliando na promoção de ventilação eficaz. Particpei na entubação orotraqueal, e preparação de Drug Infusion Ballon (DIB) endovenosos para controlo da dor no pós-operatório, também tive a oportunidade de ver o funcionamento de um Cell Saver. Promovi a manutenção da temperatura corporal, mantendo sempre uma avaliação intensiva dos parâmetros vitais e balanço hídrico do doente, quando indicado. Após as cirurgias, particpei no despertar do doente e acompanhei-o ao recobro cirúrgico, onde permaneceram em vigilância.

Um dos pontos-chave é a vigilância intensiva e despiste de sinais e sintomas de complicações que pudessem surgir, apresentando-me apta a atuar em situações de urgência e emergência. De ressaltar uma situação em que pelas perdas hemáticas repentinas, a doente apresentou um episódio de bradicardia severa recorrendo-se á administração de atropina para estabilizar a frequência cardíaca.

Considero que durante este estágio tive a oportunidade de administrar protocolos terapêuticos complexos e de recorrer a normas de procedimentos de enfermagem,

os quais são essenciais na prevenção de complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Após o ato anestésico/cirúrgico o doente é transferido para a UCIM/UCPA. Segundo a AESOP (2006), é o período mais curto e crítico, em que o doente conjuga os riscos associados aos fármacos anestésicos e à intervenção cirúrgica, o que implica uma grande agressão para o organismo, exigindo um cuidado especial ao doente, e enfermeiros com competências nesta área. De acordo com a mesma, o enfermeiro desta unidade desenvolve a sua atuação ao longo de seis fases: preparação da unidade para acolher o doente, onde é aquecida a cama e preparados os sistemas de monitorização para receber o doente, a segunda fase é a avaliação inicial, onde compete a avaliação da função cardiovascular, a função respiratória, as alterações sensoriomotoras, os soros, pensos, drenos, a avaliação do estado de consciência, o conforto e a avaliação da dor. Tive oportunidade de receber vários doentes, permitindo-me realizar uma correta avaliação dos mesmos. A terceira fase diz respeito ao estabelecimento dos diagnósticos de Enfermagem, avaliando o doente, elaborando o plano de cuidados e realizando os registos de forma estruturada, com a respetiva planificação e avaliação dos cuidados. A próxima fase é a elaboração do plano de cuidados: vigilância, manutenção e/ou melhoria da função cardio-circulatória, nesta unidade vigiam-se parâmetros vitais de 15 em 15 minutos na primeira hora da chegada do doente, na segunda hora de 30 em 30 minutos e a partir daí de 1 em 1 hora, ou claro, sempre que o enfermeiro considere necessário reavaliar. A vigilância da função renal e do equilíbrio hidroeletrólítico, onde se avalia o balanço hídrico do doente de forma a detetar alterações, são vigiados de 1 em 1 hora nesta unidade, ou ajustados à gravidade da situação. Importa também verificar alterações do estado de consciência, proceder à avaliação e tratamento da dor, promover o conforto e o bem-estar psicológico e espiritual, verificar a função motora, sendo importante nesta fase identificar o tipo de anestesia utilizado no procedimento anestésico-cirúrgico. A quinta fase é a implementação

do plano elaborado, onde o enfermeiro põe em prática o que elaborou no plano de cuidados e por fim a última fase é a avaliação para a preparação da alta/transferência, nesta unidade a escala utilizada para a avaliação do doente nesta fase é a AKE Score.

Tive oportunidade de participar em todo o processo desde a chegada do doente até à sua transferência. Foi possível gerir respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional, demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

O controlo eficaz da dor é um direito dos doentes e um dever dos profissionais de saúde, cuja intervenção deve visar o bem-estar da pessoa e a humanização dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2008). O EEEMC “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica”, através do recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363). A dor possui uma conotação negativa, é subjetiva, única e abrange a pessoa nas suas componentes física e emocional, implicando uma abordagem multidimensional e multidisciplinar (Direção Geral da Saúde, 2012).

As boas práticas determinam que a dor deve ser continuamente avaliada e registada, pois só a sua monitorização constante permite o uso de estratégias adequadas (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Na UCIM, o controlo eficaz da dor é muito valorizado, a dor é avaliada de acordo com a Escala Numérica, existem protocolos de controlo de dor e nos doentes do pós-operatório os esquemas fixos de analgesia são cumpridos e têm sempre medicação em SOS prescrita. São realizados registos completos da dor, onde são registadas as características da dor, quais as estratégias/intervenções realizadas para seu alívio, se foram ou não benéficas, pois o registo completo permite também à equipa médica realizar uma história da dor e adequar o plano terapêutico (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

O cuidar do Enfermeiro numa UCIM não faz referência apenas às competências técnicas, mas também às competências relacionais e comunicacionais como fatores que aumentam a qualidade dos cuidados prestados.

A doença súbita ou agudização de doença de base, que implica um internamento inesperado, num ambiente onde a complexidade e o risco de vida estão presentes, geram ansiedade e stress tanto no doente como na sua família (Benner et al., 2011). A incerteza revela-se presente, constante, um perigo e uma oportunidade. A incerteza aceite por todos como inevitável solicita uma visão atenta no sentido de a delimitar, com estratégias claras e confiáveis, definidas por e para todos os envolvidos. De acordo com Mishel (1988), a fase de apreciação da incerteza é capital para a pessoa e sua família, vivendo com esperança a sua presença, no processo de transição saúde-doença.

Na perspetiva de Mishel (1988), para além do diagnóstico de doença crítica ou da sua severidade, outras situações se apresentam e comprometem a apreciação da incerteza, nomeadamente a não explicitação clara dos procedimentos terapêuticos ou a não intervenção antecipada na dor ou no desconforto. A família refere que por vezes o maior fator limitador, que limita a apreciação da incerteza, é a tentativa de entender a linguagem clínica, os termos técnicos utilizados. A preocupação da equipa em construir a comunicação com a família, emerge como condição facilitadora, porque capacita e produz oportunidade de apreciação da incerteza. A família procura uma comunicação que no imediato e pela continuidade, a capacita para apreciar o incerto e o imprevisto.

A comunicação é o processo de partilha de informação e emoções entre pessoas, sendo um instrumento básico da enfermagem, fundamental à profissão, que permite o acesso à informação, conhecimento e satisfação das necessidades do doente e família, assegurando uma confiança mútua (José, 2010).

A Teoria da incerteza na doença de Mishel, possibilita uma compreensão profunda do impacto da falta de informações adequadas no estado mental e cognitivo dos doentes e sua família. Ao abordar de forma eficaz essa incerteza, os profissionais de saúde podem melhorar de maneira significativa a experiência e os resultados dos doentes de quem cuidam.

De forma a dar resposta às necessidades dos doentes/famílias, procurei aprofundar o conhecimento de técnicas de comunicação com o doente/família, mostrei disponibilidade para ouvir e esperar pelo momento adequado para intervir, interpretei a comunicação não-verbal do doente. No decorrer da interação com os doentes, procurei desenvolver um discurso pessoal e fundamentado aplicando estratégias de comunicação verbal e não-verbal. Mantive uma postura profissional e disponibilidade para esclarecer dúvidas. Por vezes a escuta ativa, a nossa presença efetiva, leva à diminuição dos níveis de ansiedade, promovendo confiança e bem-estar. Tive sempre em consideração que para concretizar uma comunicação eficaz é fundamental assegurar que a informação transmitida é compreendida na totalidade pelo recetor.

Foram focos de preocupação no primeiro contato, a promoção do conforto, permitir a expressão de sentimentos/preocupações, desmistificar o ambiente/equipamento, facilitar a comunicação e explicar o funcionamento do serviço. Tive a oportunidade de participar no processo de acolhimento dos doentes, orientando a minha intervenção, no sentido de avaliar e colmatar as necessidades do doente, e quando possível da sua família, atuando como facilitadora no processo de adaptação à situação de doença, contribuindo para a humanização dos cuidados.

Objetivo Específico 2: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança ao doente, no âmbito das precauções básicas de Controlo de Infecção na Unidade de Cuidados Intermédios.

As IACS dificultam o tratamento adequado ao doente, constituem um problema reconhecido globalmente pela sua relevância e prevalência, aumentando o risco de mortalidade e morbilidade (OMS, 2011). Centrada na melhoria da qualidade dos cuidados e na promoção da segurança, a Organização Mundial de Saúde refere que estas dificultam e atrasam o tratamento dos doentes e que também contribuem para o consumo acrescido de recursos. Como EEEMC este é um ponto fundamental, visto que uma competência específica do enfermeiro especialista é “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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” (Ordem dos Enfermeiros, 2018b, p. 19359). Esta premissa determina a necessidade do desenvolvimento de conhecimentos e aquisição de competências que contribuam para aumentar e uniformizar boas práticas que se caracterizam por cuidados seguros e de qualidade.

A Ordem dos Enfermeiros, define como competência do enfermeiro especialista a criação, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade e promoção de um ambiente seguro, nomeadamente através da adoção de um “papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4747). Em conformidade com o estágio anterior, no âmbito daquelas que são as competências comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente no domínio da melhoria contínua e porque também estão previstas para o ano de 2024, auditorias internas neste serviço, neste sentido e de forma a sensibilizar a equipa para as precauções básicas do controlo de infeção, partilhei os resultados obtidos com a *scoping review*, repliquei a sessão de formação sobre a higienização das mãos, que tinha realizado no AU e elaborei um poster (APÊNDICE II), sobre a importância da higienização das mãos.

O objetivo de partilhar os resultados obtidos com a revisão da literatura, foi divulgar junto da equipa multidisciplinar, informação atualizada sobre a prevenção

e controlo de infeção, desde a implementação de medidas de isolamento básicas, conforme as vias de transmissão dos microrganismos, aos “feixes de intervenção” definidos para a prevenção do local cirúrgico; da infeção urinária associada ao cateter vesical; da pneumonia associada a entubação e da infeção relacionada com cateter venoso central (Direção-Geral da Saúde, 2022), à higienização das mãos e uso adequado de Equipamento de Proteção Individual (EPI). Cada intervenção desempenha um papel de extrema importância na redução da transmissão de microrganismos e na prevenção de infeções, contribuindo desta forma para a melhoria contínua da qualidade e criação de um ambiente terapêutico e seguro.

Tendo em consideração que o contexto complexo e variado dos cuidados críticos exige o recurso a técnicas invasivas, o risco de desenvolvimento de infeções é elevado, pelo que o EEEMC deve desenvolver competências na área da prevenção e do controlo da infeção, zelando pela promoção de estratégias e criação de projetos centrados nesta problemática (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Durante o estágio considero que cumpro escrupulosamente as medidas de prevenção e controlo de infeção, fomentado também a formação, divulgando e fomentando a aquisição de conhecimentos, que são ferramentas essenciais para a prestação de cuidados baseados na evidência.

Considero que durante este estágio integrei conhecimentos adquiridos durante a componente teórica e decorrentes da prática profissional, zelei pelos cuidados prestados na área de EEMC, promovi a formação em serviço e identifiquei situações de melhoria para a qualidade e segurança do doente e dos profissionais, maximizando a intervenção na prevenção e controlo de infeção.

De acordo com os objetivos específicos definidos, foram mobilizados conhecimentos que me permitiram obter, consolidar e otimizar novas competências, alcançando assim, com sucesso, os objetivos estipulados.

Os momentos formativos realizados, assim como as reflexões sobre a prestação de cuidados seguros contribuíram para a prestação de cuidados especializados, fundamentados e com base na evidência científica, mas também para o crescimento pessoal e profissional como EEEMC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente relatório possibilitou a descrição, análise e reflexão fundamentadas do percurso formativo aos longo do curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, procurando comprovar a aquisição e desenvolvimento das competências de EEEMC e de Mestre em Enfermagem. Ressalto a importância dos estágios realizados, neste processo de aquisição de competências, pela necessidade de mobilização e integração dos conhecimentos adquiridos durante o período teórico na prática clínica.

A realização da revisão da literatura, que culminou na elaboração da *scoping review*, permitiu a divulgação dos conhecimentos adquiridos, com a participação com uma comunicação oral nas III Jornadas Internacionais de Enfermagem da ESSATLA e na elaboração do artigo científico que será publicado em revista a definir. Para garantir a segurança do doente e a qualidade dos cuidados, os enfermeiros necessitam de atualizar sistematicamente a sua prática, através da “observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada, de dados” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19363). Na prestação de cuidados, o enfermeiro incorpora na prática os resultados da sua investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2001). De acordo com o emanado no Código Deontológico, no artigo 76º, o enfermeiro tem o dever de “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos (...) adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 8078).

Tendo em consideração que a situação crítica na qual o doente se encontra pode colocar uma ou mais funções vitais em risco de falência imediata, exige-se uma prestação de cuidados altamente qualificada e uma vigilância e monitorização

constante (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Posto isto, torna-se imperioso que os enfermeiros não só alicercem a sua prática em evidência atual, como promovam e integrem os resultados da sua investigação na criação e implementação de *guidelines*, guias orientadores de boas práticas e protocolos, nas instituições onde exercem a sua atividade profissional.

Tendo em consideração o elevado número de procedimentos realizados e a complexidade dos mesmos, o enfermeiro assume uma responsabilidade particular que exige, além do conhecimento científico, responsabilidade, habilidade técnica e estabilidade emocional, para organizar o processo de cuidar, coordenar e controlar o trabalho da equipe de enfermagem, mantendo, desta forma, as unidades adequadas aos doentes, livres de possíveis infeções.

A análise crítica e reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMC e de Mestre em Enfermagem, com recurso às situações experienciadas em estágio e fundamentadas em evidência científica e nos documentos reguladores da profissão, permitiu a autoavaliação do percurso realizado, cujas competências objetivadas no curso foram desenvolvidas com sucesso, evidenciando a minha evolução enquanto pessoa e profissional.

Tendo em consideração o caminho percorrido até aqui, considero ter alcançado os objetivos definidos para o relatório, que será posteriormente submetido a prova pública, para a obtenção do grau de Mestre e do título de EEEMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, encerrando um ciclo que me permitiu crescer pessoal e profissionalmente, desenvolvendo meus horizontes para outras realidades e motivando-me a trilhar novos caminhos em busca de cada vez mais conhecimentos, sempre com o foco de prestar cuidados de saúde seguros e de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP). (2006). *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. (1ª Reimpressão, março 2012). Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-972-8930-16-5

Alligood, M. R. (2018). *Nursing theorists and their work* (9a th). Elsevier.

Alves, I., & Sousa, A. (2022). *O caminho para a aquisição de competências diferenciadas em enfermagem: prevenção e controlo de infeção* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa.

Assembleia da República. (2001). *Resolução da Assembleia da República no1/2001. (2001). Convenção da Biomedicina e Protocolo Adicional. Diário da República*.

Barrett, E. A. M. (2002). What is Nursing Science? *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 51–60. <https://doi.org/10.1177/089431840201500109>

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto.

Benner, P.; Kyriakidis, P.; Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach* (2ª ed.). New York, United States of America: Springer.

Chapman, L., Hargett, L., Anderson, T., Galluzzo, J., & Zimand, P. (2021). Chlorhexidine Gluconate Bathing Program to Reduce Health Care–Associated Infections in Both Critically Ill and Non–Critically Ill Patients. *Critical Care Nurse*, 41(5), e1–e8. <https://doi.org/10.4037/ccn2021340>

Clayton, M; Dean, M; Mishel, M. (2018). Theories of Uncertainty in Illness. In: SMITH, M. J.; LIEHR, P. Eds. **Middle range theory for nursing**. 4. ed. New York: Springer Publishing; p. 49–82.

Cooper, A. S. (2021). Oral Hygiene Care to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Critically Ill Patients. *Critical Care Nurse*, 41(4), 80–82. <https://doi.org/10.4037/ccn2021314>

Cypress, B. S. (2016). Understanding Uncertainty Among Critically Ill Patients in the Intensive Care Unit Using Mishel's Theory of Uncertainty of Illness. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(1), 42. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000152>

Decreto-Lei nº 161/96, 161, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996).

Deodato, S. (2017). *Direito da saúde: Coletânea de legislação anotada* (2a ed. revista e aumentada). Almedina.

Direção Geral da Saúde. (2012). “Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda”. Norma Clínica. <https://normas.dgs.minsaude.pt/2012/10/29/organizacao-das-unidades-funcionais-de-dor-aguda>

Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/controlo-da-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>.

Direcção-Geral da Saúde. (2022a). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central — NORMA CLÍNICA: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central>

Direcção-Geral da Saúde. (2022b). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico—NORMA CLÍNICA: 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022. https://normas.dgs.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Direcção-Geral da Saúde. (2022c). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical—NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Direcção-Geral da Saúde. (2022d). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação—NORMA CLÍNICA: 021/2015 de 16/12/2015. Atualizada a 17/11/2022. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf

De Oliveira, T. M. G., De Jesus, C. A., & Pinho, D. L. M. (2022). Reflexão sobre a teoria da incerteza na doença no alcance do paciente cirúrgico com câncer / Reflection on the theory *azilian Journal of Development*, 8(2), 14545–14552. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n2-399> of uncertainty in disease in the reach of the surgical patient with cancer. *Br*

Espírito Santo, F. H. D., & Porto, I. S. (2006). De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: A evolução de um saber/fazer. *Escola Anna Nery*, 10(3), 539–546. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000300025>

Fontes, D., Oliveira, A., Silva, R., & Almeida, A. (2014). Modelos teóricos de enfermagem: contribuições para a prática profissional. *Revista de Enfermagem*, 20(1), 34-42.

Flórez Torres, I. E., Montalvo Prieto, A., & Romero Massa, E. (2018). Incertidumbre en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Investigacion En Enfermeria: Imagen y Desarrollo*, 20(1), 44–N.PAG. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-1.icfp>

Fortin, M.; Côte, J.; Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Hassan, E. A., Elsaman, S. E. abdelmotalb. (2022). Relationship between ventilator bundle compliance and the occurrence of ventilator-associated events: a prospective cohort study. *BMC Nursing*, 21(1), 207. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00997-w>

Hesse, D.R. (2013). Noinvasive ventilation for acute respiratory failure. *Respiratory Care*, 58(6), 950-969.

Hori, H., Fukuchi, T., Sanui, M., Moriya, T., & Sugawara, H. (2021). Comprehensive infection control measures prevent hospital-acquired severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection: A single-center prospective cohort study and seroprevalence survey. *PLOS ONE*, 16(10), e0257513. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257513>

Hughes, F., Bryan, K., & Robbins, I. (2005). Relatives' experiences of critical care. *Nursing in Critical Care*, 10(1), 23–30. <https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2005.00091.x>

Iverson, E., Celious, A., Kennedy, C. R., Shehane, E., Eastman, A., Warren, V., & Freeman, B. D. (2014). Factors affecting stress experienced by surrogate decision-makers for critically ill patients: Implications for nursing practice. *Intensive & critical care nursing: the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 30(2), 77–85. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.08.008>

José, H. (2010). Comunicar as más notícias. *Nursing*, 22(263), 10.

Johansson, I., Fridlund, B., & Hildingh, C. (2005). What is supportive when an adult next-of-kin is in critical care? *Nursing in Critical Care*, 10(6), 289–298. <https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2005.00136.x>

Lima, R. P. & Branco, V. (2017). Unidade de Cuidados Agudos Diferenciados: Um Ano de Atividade. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 1(24), 13-18.

Martins, D. F., & Benito, L. A. O. (2016). Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. *Universitas: Ciências Da Saúde*, 14(2). <https://doi.org/10.5102/ucs.v14i2.3810>

Melo, R. L. A., Valença, C. S. A. de A., Bandeira, A. O. R., Costa, S. M. dos S., Almeida, K. dos S., & Furtado, B. M. de A. S. M. (2023). Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Infecções Relacionadas a Cateter de Derivações do Líquido Cefalorraquidiano. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 17(1). <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2023.257285>

Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in Illness. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>

Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256–262. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1990.tb00225.x>

Moreira, F., & Ferreira, E. (2014). Teoria, prática e relação na formação inicial na enfermagem e na docência. *Educação, Sociedade & Culturas*, 41, 127– 148. <https://doi.org/10.34626/esc.vi41.295>

Ng, B. H., Low, H. J., Nik Nuratiqah, N. A., Faisal, A. H., Soo, C. I., Periyasamy, P., & Ban, A. Y. L. (2021). Understanding of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and the practice of preventive measures among doctors and nurses in a university teaching hospital- A cross-sectional study. *The Medical Journal of Malaysia*, 76(4), 454–460.

Nickel, B. (2020). Hiding in Plain Sight: Peripheral Intravenous Catheter Infections. *Critical Care Nurse*, 40(5), 57–66. <https://doi.org/10.4037/ccn2020439> .

Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 1(23), 187-199.

Nunes, L. (2018). Para uma epistemologia de enfermagem (2ª edição). Loures, Portugal: Lusodidata.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*.

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*.

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica em Diário da República, 2º Serie - Nº135 - 16 de julho de 2018.*

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). PARECER N.º 15 / 2018—*Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva.*

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, Série II, N.º 135, 19359-19370.*

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019—Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II, 4744-4750.*

Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos— Recomendações 2023.* https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2015). *Evidence of hand hygiene to reduce transmission and infections by multidrug resistant organisms in health-care settings.*

Pandian, V., Morris, L. L., Brodsky, M. B., Lynch, J., alsh, B., Rushton, C., Phillips, J., Rahman, A., DeRose, T., Lambe, L., Lami, L., u, S. P. M., Garza, F. P., Maiani, S., Zavalis, A., Okusanya, K. A., Palmieri, P. A., McGrath, B. A., Pelosi, P., ...

Brenner, M. J. (2020). Critical Care Guidance for Tracheostomy Care During the COVID-19 Pandemic: A Global, Multidisciplinary Approach. *American Journal of Critical Care*, 29(6), e116–e127. <https://doi.org/10.4037/ajcc2020561>

Paiva, J.A.; Fernandes, A.; Granja, C.; Esteves, F.; Ribeiro, J., Nóbrega, J.J.; Vaz, J.; Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência: Medicina Intensiva. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

Parse, Rosemarie et al. (2000). Nursing Theory-Guided Practice: A Definition. *Nursing Science Quarterly*, 13(2), 177–177. <https://doi.org/10.1177/08943180022107474>

Pinto, P.S. (2013). Ventilação Não Invasiva: uma prática fundamentada em evidência científica. *Nursing Magazine Digital*, 288, 1-14.

Reis, D., & Rabiais, I. (2021). Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica: Estratégias de gestão da incerteza. *Cadernos de Saúde*, 109-110 Páginas. <https://doi.org/10.34632/CADERNOSDESAUDE.2020.10287>

Rodrigues, A. M. N. (2024). *O contributo da Inteligência Artificial para um Cuidado Especializado* [Dissertação para obtenção grau Mestre]. UCP

Serrano, M.T.P; Costa, A.S.M.C; Costa, N.M.V.N. (2011). “Cuidar em Enfermagem: Como desenvolver a(s) competências (s). *Revista Enfermagem Referência*, nº 3 – Março, 15-23.

Silva, A. P. e. (2007). “Enfermagem avançada»: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina”. *Servir*, 55(1–2), 11–20.

Silva, M. M. M., Tavares de Oliveira-Figueirêdo, D. S., Cavalcanti, A. da C., & Do Nascimento, L. C. (2021). Bloodstream infections related to central catheters: understanding and practice of the nursing team / Infecções de corrente sanguínea relacionada a cateteres centrais: entendimento e prática da equipe de enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 13, 640–645. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9376>

Silva, M.V. (2012). Políticas públicas de saúde: tendências recentes. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 69, 121-128.

Shadle, H. N., Sabol, V., Smith, A., Stafford, H., Thompson, J. A., & Bowers, M. (2021). A Bundle-Based Approach to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 41(2), 62–71. <https://doi.org/10.4037/ccn2021934>

Sloan, A. M. L., & Dudjak, L. (2020). Bedside Nurses: Champions of Antimicrobial Stewardship. *Critical Care Nurse*, 40(6), 16–22. <https://doi.org/10.4037/ccn2020653>

Teixeira, C., Martins, G., Guiomar, J., Paraíso, M., & Guerr, M. (2023). Enfermagem e seus metaparadigmas. *Servir*, 2(01e), Artigo 01e.

The Joanna Briggs Institute. (2024). *JBIM Manual for Evidence Synthesis* (E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan, Eds.). JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>

Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra. *Modelos e Teorias de Enfermagem*. Lusociência.

APÊNDICES

**APÊNDICE I – FORMAÇÃO: PRECAUÇÕES
BÁSICAS DO CONTROLO DE INFEÇÃO –
HIGIENIZAÇÃO MÃOS**

PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFEÇÃO

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Annisia Michelly Costa, 192023087
Orientação Prof.ª Dr.ª Isabel Rabiais
Enfermeiro Orientador: Artur Martins



PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO (PBCI)

- AS PBCI AJUDAM A PREVENIR E CONTROLAR A TRANSMISSÃO
CRUZADA DE MICRORGANISMOS E AS INFEÇÕES:

De um doente
para outro
doente...

Do doente para
o profissional
de saúde...

Do profissional
de saúde
para o doente...

De um profissional
de saúde
para o outro...

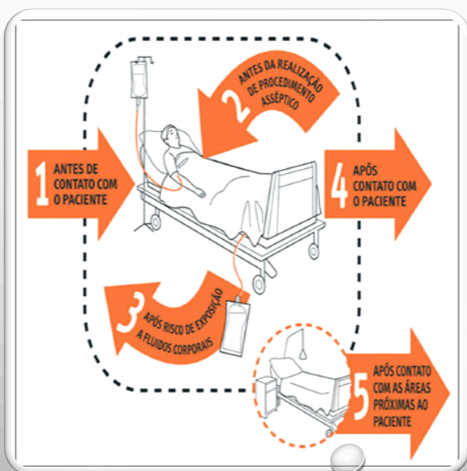
- AS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS) ESTÃO ENTRE OS EVENTOS MAIS FREQUENTES QUE OCORREM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE.

- A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS É A MEDIDA INDIVIDUAL MAIS SIMPLES E COM MAIOR RAZÃO CUSTO-EFICÁCIA PARA PREVENIR A PROPAGAÇÃO DE INFECÇÕES NOSOCOMIAIS.



- A HIGIENE DAS MÃOS TEM SIDO RECONHECIDA AO LONGO DAS DUAS ÚLTIMAS DÉCADAS COMO O MÉTODO MAIS EFICAZ NA PREVENÇÃO DE IACS.
- AS IACS AFETAM MILHÕES DE DOENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM TODO O MUNDO TODOS OS ANOS.
- DE ACORDO COM A EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION E CONTROL (2024), TODOS OS ANOS, CERCA DE 4,3 MILHÕES DE DOENTES EM HOSPITAIS EUROPEUS ADQUIREM PELO MENOS UMA IACS.

QUANDO HIGIENIZAR AS MÃOS

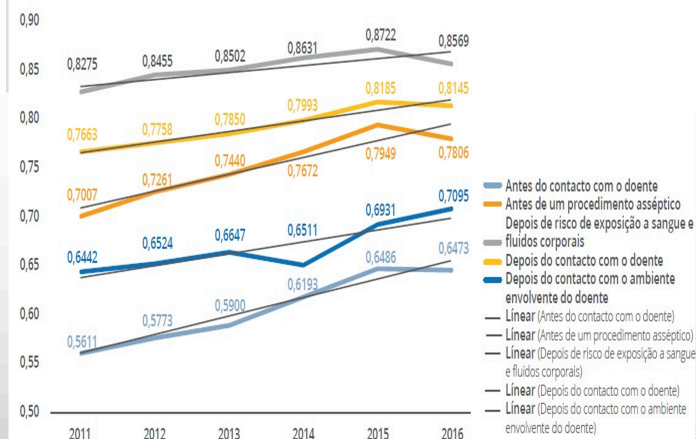


APESAR DE SER UMA MEDIDA CRÍTICA NA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DE IACS, A TAXA DE ADESÃO AOS 5 MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS CRIADOS PELA OMS, CONTINUA ABAIXO DO QUE É RECOMENDADO.

A imagem é uma fotografia de Autor Desconhecido está licenciada ao abrigo do CC BY-SA 4.0

PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS 2017

GRÁFICO 4 TAXA GLOBAL DE ADESÃO À HM NOS CINCO MOMENTOS, PORTUGAL | 2011 - 2016



Fonte: PPCIRA/DGS. Dados Globais Plataforma das PBCI, Higiene das Mãos, 2016

- O DIA MUNDIAL DA HIGIENE DAS MÃOS, É COMEMORADO TODOS OS ANOS NO DIA 5 DE MAIO, CAMPANHA LANÇADA PELA OMS PARA AUMENTAR A CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA LAVAGEM DAS MÃOS PARA EVITAR A PROPAGAÇÃO DE INFECÇÕES.
- EM PORTUGAL, TAL COMO EM OUTROS PAÍSES MEMBROS, APÓS O DESAFIO “CLEAN CARE SAFER CARE” ,INSERIDO NA ESTRATÉGIA MULTIMODAL LANÇADA PELA OMS, VERIFICOU-SE UMA SUBIDA SIGNIFICATIVA NA TAXA DE ADEÇÃO GLOBAL À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

- EM 2016, A TAXA GLOBAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS FOI DE 72,6%;
- EM 2019 SUBIU PARA 75,7%;
- EM 2020, APRESENTA COMO TAXA GLOBAL 82,7%,
- OS DADOS APRESENTADOS PELA DGS (2023) REVELAM UMA TENDÊNCIA FAVORÁVEL, COM UM CRESCIMENTO DE 10,1% EM QUATRO ANOS.

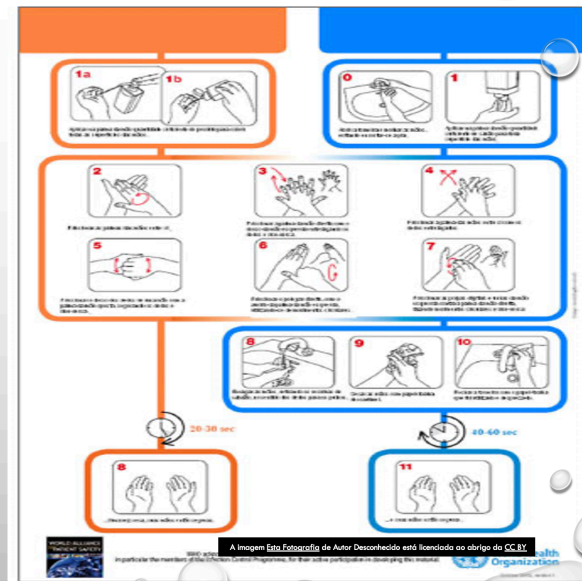
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



QUANDO HIGIENIZAR AS MÃOS

- QUANDO AS MÃOS ESTÃO VISIVELMENTE SUJAS OU CONTAMINADAS COM SANGUE OU OUTROS FLUIDOS ORGÂNICOS;
- ANTES DA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE FÁRMACOS E MANIPULAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS;
- ANTES DA MANIPULAÇÃO E/OU PREPARAÇÃO DE ALIMENTOS;
- ANTES DA COLOCAÇÃO DE LUVAS;
- IMEDIATAMENTE APÓS REMOÇÃO DE LUVAS ESTÉREIS , OU REMOÇÃO DE LUVAS NÃO ESTÉREIS;
- PREPARAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA DAS MÃOS;
- APÓS UTILIZAÇÃO DAS INSTALAÇÕES SANITÁRIAS.

COMO HIGIENIZAR AS MÃOS



COM O QUE ?

SABÃO NEUTRO:

- LAVAGEM SOCIAL DAS MÃOS;
- NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A DOENTES COM *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*;
- MÃOS VISIVELMENTE SUJAS.

SABA:

- FRICÇÃO ANTI-SÉPTICA DAS MÃOS;
- MÃOS VISIVELMENTE LIMPAS.

SABÃO ANTI-SÉPTICO:

- LAVAGEM ANTI-SÉPTICA DAS MÃOS;
- PREPARAÇÃO CIRÚRGICA DAS MÃOS;

PREPARAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA DAS MÃOS

- QUANDO AS MÃOS ESTÃO VISIVELMENTE SUJAS, LAVAR PRIMEIRO COM ÁGUA E SABÃO;
- A PREPARAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA DAS MÃOS PODE SER EFETUADA COM SABA OU COM ÁGUA E UM SABÃO ANTIMICROBIANO;
- NÃO USAR DE FORMA SIMULTÂNEA OU SEQUENCIAL SABÃO ANTIMICROBIANO E SABA;
- TER ATENÇÃO ESPECIAL AOS ESPAÇOS INTERDIGITAIS, POLPAS DOS DEDOS, DEDO POLEGAR, PUNHO E ANTEBRAÇOS;
- NÃO ESTÁ INDICADO O USO ESCOVAS NA PREPARAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA DAS MÃOS .

UNHAS

- UNHAS NATURAIS, SEM VERNIZ OU GEL, LIMPAS E SAUDÁVEIS;
- “AS UNHAS SÃO OS LOCAIS ONDE SE ENCONTRAM O MAIOR TIPO E NÚMERO DE MICROORGANISMO DE TODAS AS ZONAS DA MÃO.” MCGINLEY ET AL(1998)
- “AS UNHAS ARTIFICIAIS NÃO PERMITEM UMA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS TÃO EFICAZ COMO AS UNHAS NATURAIS” MCNEIL ET AL (2001)
- “AS UNHAS ARTIFICIAIS AUMENTAM A PROBABILIDADE DE INFECÇÕES FÚNGICAS (ONICOMICOSE)” SHEMER EL AL (2008)

UNHAS E MICRORGANISMOS

- **ESTUDO REALIZADO A 68 PESSOAS, DO SEXO FEMININO APÓS REMOÇÃO DE UNHAS ARTIFICIAIS**
- **COLHEITA DE AMOSTRA NA PARTE DISTAL E PROXIMAL DA UNHA**
- **46 PESSOAS APRESENTAM SINAIS DE PARONYCHIA**

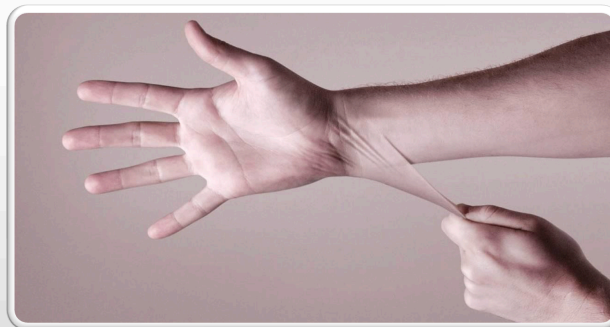


Table 1 Results of culture from the different sampling sites

Organism	Distal		Proximal	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
With paronychia	42	61.8	23	33.8
<i>Candida albicans</i>				
<i>Candida tropicalis</i>	4	5.9	4	5.98
Without paronychia				
<i>Candida krusei</i>	2	2.9	0	0
<i>Candida albicans</i>	3	4.4	4	5.9
<i>Aspergillus spp.</i>	5	7.3	1	1.5
<i>Candida tropicalis</i>	8	11.8	3	4.4
<i>Candida glabrata</i>	3	4.4	1	1.5
NF	1	1.5	32	47.0

NF, not found.

SHEMER et al. Onychomycosis due to artificial nails - JEADV 2005; 22: 998-1000



O USO DE LUVAS NÃO SUBSTITUI A NECESSIDADE DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.



O USO DE LUVAS É UM FATOR DE RISCO PARA A NÃO ADEÇÃO A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

- USAR PARA MANIPULAR SANGUE, FLUIDOS CORPORAIS, SECREÇÕES OU QUALQUER OBJETO CONTAMINADO, ASSIM COMO CONTACTO COM MEMBRANAS MUCOSAS OU PELE NÃO INTACTA DO PACIENTE.

IMPORTANTE

- MANTER AS UNHAS LIMPAS, CURTAS E SEM VERNIZ. NÃO USAR UNHAS ARTIFICIAIS (UNHAS OU VERNIZES DE GEL);
- EVITAR ANÉIS, PULSEIRAS E OUTROS ADORNOS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS;
- PARA EVITAR AS GRETAS E FISSURAS, ASSIM COMO DERMATITES, NÃO HIGIENIZAR AS MÃOS COM ÁGUA E SABÃO, IMEDIATAMENTE ANTES, OU DEPOIS DE USAR SABA;
- UTILIZAR CREME PARA AS MÃOS NO INÍCIO E FIM DO TURNO E NAS PAUSAS PARA REFEIÇÃO, POR CAUSA DA UTILIZAÇÃO DO SABA;

HIGIENIZAÇÃO MÃOS

“SALVE VIDAS

HIGIENIZE AS SUAS MÃOS,

CUIDADO LIMPO É CUIDADO SEGURO”



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

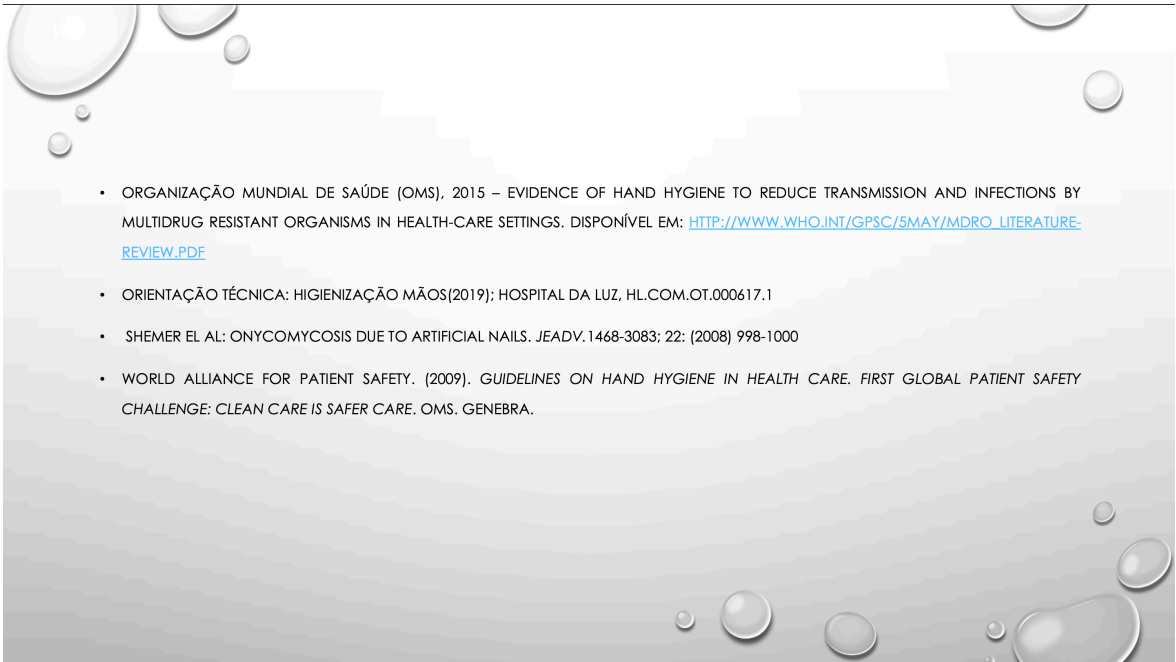
DGS – NORMA Nº 007/2019 DE 16/10/2019 - HIGIENE DAS MÃOS NAS UNIDADES DE SAÚDE CONSULTADA [HTTPS://NORMAS.DGS.MIN-SAÚDE.PT/WP-CONTENT/UPLOADS/2019/10/HIGIENE-DAS-MAOS-NAS-UNIDADES-DE-SAUDE.PDF](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/HIGIENE-DAS-MAOS-NAS-UNIDADES-DE-SAUDE.PDF)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2017). PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS. LISBOA, DEZEMBRO DE 2017. CONSULTADO EM [HTTPS://WWW.DGS.PT/PNS-E-PROGRAMAS/PROGRAMAS-DE-SAUDE-PRIORITARIOS/CONTROLO-DA-INFECOES-E-DE-RESISTENCIA-AOS-ANTIMICROBIANOS.ASPX](https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/controlo-da-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx)

EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION E CONTROL(ECDC); [HTTPS://WWW.ECDC.EUROPA.EU/EN/NEWS-EVENTS/WORLD-HAND-HYGIENE-DAY-2024](https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/world-hand-hygiene-day-2024)

MCGINLEY ET AL: COMPOSITION AND DENSITY OF MICROFLORA IN THE SUBLINGUAL SPACE OF THE HAND. JOURNAL OF CLINICAL MICROBIOLOGY. 0095-1137;26: (1988) 950MCGINLEY-953

MCNEIL ET AL; EFFECT OF HAND CLEANSING WITH ANTIMICROBIAL SOAP OR ALCOHOL-BASED GEL ON MICROBIAL COLONIZATION OF ARTIFICIAL FINGERNAILS WORN BY HEALTH CARE WORKERS, CID.1058-4838;32: (2001) 367-372

- 
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2015 – EVIDENCE OF HAND HYGIENE TO REDUCE TRANSMISSION AND INFECTIONS BY MULTIDRUG RESISTANT ORGANISMS IN HEALTH-CARE SETTINGS. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.WHO.INT/GPSC/5MAY/MDRO_LITERATURE-REVIEW.PDF](http://www.who.int/gpsc/5may/mdro_literature-review.pdf)
 - ORIENTAÇÃO TÉCNICA: HIGIENIZAÇÃO MÃOS(2019); HOSPITAL DA LUZ, HL.COM.OT.000617.1
 - SHEMER EL AL: ONYCOMYCOSIS DUE TO ARTIFICIAL NAILS. JEADV.1468-3083; 22: (2008) 998-1000
 - WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY. (2009). GUIDELINES ON HAND HYGIENE IN HEALTH CARE. FIRST GLOBAL PATIENT SAFETY CHALLENGE: CLEAN CARE IS SAFER CARE. OMS. GENEBRA.

APÊNDICE II – PÓSTER HIGIENIZAÇÃO MÃOS



**Não partilhe os micróbios!
Quebre a cadeia.
Lave as suas mãos.**

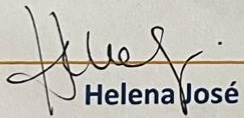
ANEXOS

**ANEXO I – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO
NAS III JORNADAS DE ENFERMAGEM DA
ESSATLA**



CERTIFICADO

Certifica-se que Amirsa Michelly Anile Vasconcelos Costa participou nas III Jornadas Internacionais de Enfermagem da ESSATLA, subordinadas ao tema "Comunicação e Enfermagem: Relação para a Transformação", realizadas a 29 de Maio de 2024 na Escola Superior de Saúde Atlântica, com a duração de 8h.



Helena José
Presidente da Comissão Científica



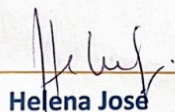
Helga Oliveira
Presidente da Comissão Organizadora

**ANEXO II – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO
DA COMUNICAÇÃO ORAL NAS III
JORNADAS DE ENFERMAGEM DA
ESSATLA**



CERTIFICADO

Certifica-se que **Mark Afonso** apresentou a Comunicação Oral intitulada: **Estratégias do enfermeiro na prevenção e controlo de infeção do doente crítico**, da autoria de Annisia Costa, Cátia Rei, Isabel Rabiais, Joana Dias, Mark Afonso e Rafael Valente, nas III Jornadas Internacionais de Enfermagem da ESSATLA, subordinadas ao tema “Comunicação e Enfermagem: Relação para a Transformação”, realizadas a 29 de Maio de 2024 na Escola Superior de Saúde Atlântica.



Helena José
P^la Comissão Científica



Helga Oliveira
P^la Comissão Organizadora