



**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM  
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem

à Pessoa em Situação Crítica

**Conhecimentos e autoperceção dos enfermeiros sobre a frequência do  
cumprimento das precauções básicas do controlo da infeção**

**Mestrando:** Liliana Isabel Bernardino Martins

**Orientador:** Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

**Unidade Curricular:** Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório II

**Leiria, março de 2025**



**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM  
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem

à Pessoa em Situação Crítica

Apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica com área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**Liliana Isabel Bernardino Martins nº5230079**

**Orientador:** Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

**Unidade Curricular:** Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório II

**Leiria, março de 2025**

## PENSAMENTO / DEDICATÓRIA

“Um sonho é apenas um desejo, até o momento em que você começa a atuar sobre ele, e propõe-se a transformá-lo em uma meta”.

Mary Kay Ash

## **AGRADECIMENTOS**

Esta etapa que termina, para além do conhecimento adquirido contribuiu para o crescimento pessoal e profissional. Este foi desafiante e enriquecedor e não poderia deixar de agradecer a todo que contribuíram.

À Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, orientadora do meu Relatório de Estágio e do meu Projeto de Investigação, pela orientação que proporcionou, pela compreensão, disponibilidade, apoio, incentivo, motivação e pela partilha do seu saber.

À professora doutora Cátia Santos, que estimulou e contribuiu no início desta etapa.

A todos os meus colegas, que me apoiaram e ajudaram ao longo desta etapa, possibilitando a sua conclusão.

A todos os colegas que durante os estágios, disponibilizaram o seu tempo na minha orientação e partilharam o seu conhecimento.

Ao meu marido que me apoiou e estimulou para o início deste percurso.

Aos meus filhos David e Carolina, pelo tempo que estive menos presente.

A todos, o meu sincero Obrigado!

## LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS -Administração Central do Serviço de Saúde

AHA- *American Heart Association*

ANTT- *Asseptic No Touch Technique*

AOR - *Adverse Occurrence Registration*

APA- *American Psychological Association*

AV- Acesso Vascular

AVC – Acidente Vascolar Cerebral

BPS- *Behavioral Pain Scale*

CVC- Cateter Venoso Central

DGS- Direção-Geral da Saúde

DR – Diário da República

ECDC- *European Centre For Disease Prevention and Control (ECDC)*,

EE - Enfermeiro Especialista

EG- Enfermeiro Gestor

Et al- e outros

EPSC - Enfermagem à Pessoa Situação Crítica

EEMI- Equipa Emergência Médica Intra-hospitalar

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMCPSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

EPI- Equipamento Proteção Individual

FAV- Fistula Arteriovenosa

HD - Hemodiálise

HDF- Hemodiafiltração

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN - *International Council of Nurses*

IT- Instruções de Trabalho

ISBAR - Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação, Recomendações

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IT - Instrução de trabalho

LASA -*Look-Alike, Sound-Alike*

MCD – Meios complementares de diagnóstico  
MBPDC - Manual de Boas práticas de Diálise Crónica  
OE- Ordem dos Enfermeiros  
OMS- Organização Mundial de Saúde  
PBCI- Precauções Básicas de Controlo de Infecção  
PCR- Paragem cardiorrespiratória  
PNSD- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes  
PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos  
PSC – Pessoa em Situação Crítica  
RAM-Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos  
RASS- *Richmond Agitation Sedation scale*  
SABA- Solução Antisséptica de Base Alcoólica  
S.d.- Sem data  
SMI- Serviço de Cuidados Intensivos  
SPCI- Sociedade Portuguesa Cuidados Intensivos  
SPICI- Síndrome Pós-internamento em Cuidados Intensivos  
SE – Sala de Emergência  
SU – Serviço de urgência  
SUG -Serviço de Urgência Geral  
SNS - Serviço Nacional de Saúde  
TSRC - Técnicas de Substituição Renal Contínua  
UCI- Unidade de Cuidados Intensivos  
UD- Unidade de Diálise  
VMI- Ventilação Mecânica Invasiva  
VV – Via verde

## RESUMO

Este relatório surge no âmbito do Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, com o objetivo de evidenciar e descrever através da análise reflexiva, das atividades desenvolvidas durante os estágios, que permitiram a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Estas competências foram desenvolvidas durante os estágios que decorreram em diferentes contextos de prática clínica (Serviço de Urgência, Serviço de Medicina Intensiva, Unidade de Diálise). Assim como, descrever a prática especializada baseada na evidência, através de um projeto de investigação.

O relatório encontra-se dividido em duas partes: na primeira parte, onde serão abordadas as competências desenvolvidas e adquiridas em contexto de prática clínica, refletindo sobre esta prática. A segunda parte é composta por um estudo quantitativo e descritivo, essencial para o desenvolvimento de competências na área da investigação em Enfermagem.

Este estudo foi desenvolvido numa Unidade Local de Saúde da Região Centro, com o objetivo de avaliar os conhecimentos e auto percepção dos enfermeiros, sobre a frequência do cumprimento das PBCI; Identificar a auto percepção dos enfermeiros dos fatores a melhorar para implementar as PBCI e Identificar dificuldades na adesão e cumprimento das PBCI. Tem como finalidade, realizar um diagnóstico do conhecimento e auto percepção da aplicação das PBCI, de forma a desenvolver atividades que contribuem para a melhorias das PBCI e diminuir as IACS, de forma a potenciar a qualidade nos cuidados de saúde. Foi apresentado, de acordo com as regras da revista Referência.

**Palavras-chave:** Enfermeiro especialista, Pessoa em Situação Crítica, Infecção, Precauções Básicas Controlo de infeção

## ABSTRACT

This report is part of the Master's Degree in Nursing for People in Critical Situations, of the Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, with the objective of highlighting and describing, through reflective analysis, the activities developed during the internships that allowed the acquisition and development of common and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Critical Situations. These skills were developed during the internships that took place in different contexts of clinical practice (Emergency Department, Intensive Care Unit, Dialysis Unit). As well as, describing a specialized practice based on evidence, through a research project.

The report is divided into two parts: the first part addresses the skills developed and acquired in the context of clinical practice, reflecting on this practice. The second part consists of a quantitative and descriptive study essential for the development of skills in the area of Nursing research.

This study was developed in a Local Health Unit in the Central Region, with the objective of evaluating the knowledge and self-perception of nurses about the frequency of compliance with PBCI; Identifying the nurses' self-perception of the factors to be improved to implement PBCI and Identifying difficulties in adherence and compliance with PBCI. Its purpose is to carry out a diagnosis of knowledge and self-perception of the application of PBCI, in order to develop activities that contribute to the improvement of PBCI and reduce IACS, in order to enhance the quality of health care. It was presented in accordance with the rules of the magazine Referência.

**Keywords:** Specialist Nurse, Critical Care, Infection, Basic Infection Control Precautions

## ÍNDICE

<b>RESUMO .....</b>	<b>VI</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>VII</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS.....</b>	<b>X</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS DURANTE A REALIZAÇÃO DOS ESTÁGIOS.....</b>	<b>14</b>
<b>1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM .....</b>	<b>15</b>
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA .....	15
1.2 UNIDADE DE DIÁLISE.....	17
1.3. SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA .....	19
<b>2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....</b>	<b>21</b>
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	21
<b>2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....</b>	<b>29</b>
2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM.....	31
<b>2.2.1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....</b>	<b>31</b>
<b>2.2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....</b>	<b>39</b>
<b>2.2.3 Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos na pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face á complexidade da situação e á necessidade de respostas em tempo útil e adequadas</b>	<b>42</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>47</b>

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>48</b>
<b>PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....</b>	<b>54</b>
<b>CONHECIMENTOS E AUTO PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A FREQUÊNCIA DO CUMPRIMENTO DAS PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO .....</b>	<b>55</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>73</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição das respostas da amostra quanto aos dados socioprofissionais e de formação .....	61
<b>Tabela 2</b> - Distribuição das respostas da amostra quanto à auto percepção da frequência das práticas efetuada para o cumprimento das PBCI .....	62
<b>Tabela 3</b> - Distribuição das respostas da amostra quanto aos conhecimentos sobre as PBCI..	64
<b>Tabela 4</b> - Distribuição das respostas da amostra quanto às PBCI que precisam de ser melhoradas no serviço.....	65
<b>Tabela 5</b> -Distribuição das respostas da amostra quanto ás dificuldades sentidas na aplicação das PBCI.....	65

## INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde estão dependentes de exigência técnica e científica, impondo uma especialização e diferenciação dos profissionais de saúde inclusive os de enfermagem. Neste âmbito surge a especialização dos profissionais de enfermagem (Ordem dos enfermeiros [OE],2019). Assim, o enfermeiro especialista (EE) é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (OE,2019). Neste contexto cabe ao EE, conceber, implementar e avaliar planos de intervenção que contribuam para a promoção da saúde a prevenção da doença e de complicações da pessoa e sua família com o objetivo de promoção de cuidados de qualidade (OE,2017).

Em Portugal, os cuidados de saúde estão inerentes à lei de bases de saúde (Lei nº. 95/2019, 4 de setembro), nos termos da qual todas as pessoas têm “direito aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (p56). Indo de encontro ao referido, a procura da melhoria da qualidade, deve ser uma preocupação dos EE, assente na avaliação das práticas e a implementação de programas de melhoria contínua (OE,2019).

Neste contexto surge a elaboração do relatório de aprendizagem no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem à PSC, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, integrado na unidade Curricular “Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório II”. A sua realização visa a obtenção do grau de Mestre e do título de EE em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC), na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Este relatório tem como objetivos: caracterizar os diferentes contextos da prática clínica; contribuir para o desenvolvimento de uma atitude científica, do pensamento crítico e reflexivo no cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC) e sua família/cuidador nos diferentes contexto de prática clínica; refletir sobre as experiências em estágio que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE na área da PSC; descrever **projeto de investigação com** o tema “Conhecimentos e auto percepção dos enfermeiros sobre a frequência do cumprimento das Precauções Básicas do Controlo da Infecção”.

Encontra-se estruturado em duas partes: Na primeira parte, faz-se a descrição e caracterização dos locais de estágio onde foram desenvolvidas competências (Serviço de Urgência, Serviço de Medicina Intensiva e Unidade de Diálise), com a descrição da crítico-reflexiva das atividades que promoveram a aquisição de competências comuns e específicas do EE na área da PSC. A segunda parte é constituída por um projeto de investigação, realizado numa Unidade Local de Saúde da Região Centro.

A PSC é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, pelo que a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, necessitando de cuidados altamente qualificados e contínuos (OE,2018). Neste sentido, os cuidados de enfermagem são altamente qualificados e prestados de forma contínua, com vista a dar resposta às necessidades afetadas à Pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato. Esses cuidados permitem a manutenção das funções básicas de vida, prevenindo complicações, limitando incapacidades e favorecendo a recuperação total do paciente (OE,2018).

Neste contexto, esta necessidade de cuidados, provoca alterações na vida da Pessoa e na sua família, ocorrendo mudanças no ciclo de vida familiar, com alterações de papéis e implicando um processo de adaptação (Borges, 2015). Portanto, pode-se definir a Teoria das Transições de *Afaf Meleis*, como sendo a teoria que se adequa nos cuidados de enfermagem nos cuidados à PSC. Meleis define a transição como um processo que envolve mudanças no estado de saúde, no ambiente ou no desenvolvimento e destaca que as transições podem ser vividas de forma positiva ou negativa, dependendo do suporte recebido. São os enfermeiros, como elemento que se encontra em permanência junto da Pessoa, que a acompanha no período em que ocorre a transição e é aquele que a ajuda a conceber estratégias para ultrapassar ou aprender a viver com as transições, mudança (Meleis, 2010). Cabe à enfermagem, numa abordagem centrada na Pessoa, de modo a facilitar um processo de transição mais seguro e humanizado, promovendo recuperação e qualidade de vida. O enfermeiro tem a missão de apoiar, compreender e confortar a pessoa e a família durante o processo de transição, respeitando os valores éticos religiosos e culturais, e desempenhar um papel facilitador da transição (Meleis,2012).

A OE determina como competência geral do enfermeiro, “Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem” (OE, 2015). Refere que este, participa em programas de melhoria da qualidade, como promotor e executor dos mesmos, na busca contínua de novos conhecimentos sobre boas práticas. Reforça que a qualidade exige reflexão sobre a prática de forma a definir objetivos, delinear estratégias para os atingir. Assim surge o projeto que se intitula “Conhecimentos e auto percepção dos enfermeiros sobre a frequência do cumprimento das Precauções Básicas do controlo de infeção”.

Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma questão de saúde pública e uma preocupação a nível mundial (DGS,2017), surgindo neste contexto a preocupação sobre esta temática. Estas aumentam a morbilidade e a mortalidade e alteram significativamente a qualidade de vida dos utentes. Representam custos para as instituições, com influência no aumento de dias de internamento, novos exames complementares de diagnóstico, terapêuticas suplementares e novas consultas. Para os doentes e seus familiares representam ausência do trabalho, deslocações as unidades de saúde e a nível pessoal, representam dor, desconforto, ansiedade (Pina, Ferreira & Uva,2019). As principais medidas de prevenção e controlo de infeção, assentam, nas precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) (Pina et al,2019). Para diminuir a infeção e garantir a segurança do doente, é imprescindível a contribuição dos destes e dos profissionais, tendo em consideração que as IACS são em grande número e em muito dos casos poderiam ser prevenidas. Neste enquadramento, considera-se que os profissionais de saúde têm um papel essencial na prevenção e controlo de IACS (Pina et al,2019), e aos EE em EMC no âmbito das suas competências específicas exige-se uma atitude mais vincada. Esta preocupação, está de acordo, com as competências comuns do EE em Enfermagem Médico-cirúrgica “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (RAM) perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica” (OE, 2018.p19359). É também descrita, na especialização de Enfermagem na área PSC em que o EE “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de RAM perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE,2018, p19364).

O presente trabalho foi elaborado de acordo com a guia de elaboração de trabalhos do Instituto Politécnico de Leiria e de acordo com as regras da *American Psychological Association* (APA).

**PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA  
DESENVOLVIDAS DURANTE A REALIZAÇÃO DOS ESTÁGIOS**

## 1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

Os estágios que permitiram o desenvolvimento de competências de Enfermagem nos domínios de competências comuns na área EMC e competências específicas de enfermagem na área da PSC, decorreram em instituições da região centro. Estes ocorreram no: Serviço Urgência Geral (SUG), entre os dias de 06 de junho a 31 de julho de 2024; na Unidade de Diálise (UD) entre os dias 03 de setembro e 17 de novembro de 2024 e no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), entre 18 de novembro a 09 de fevereiro de 2025, com um total de 180 horas cada.

Estes estágios contribuíram para o desenvolvimento de uma atitude científica, do pensamento crítico e reflexivo no cuidado de enfermagem à PSC e sua família / cuidador. Têm como objetivos transversais, desenvolver competências de tomada de decisão e resolução de problemas complexos; assim como, desenvolver capacidade para refletir sobre a aplicação dos conhecimentos.

A escolha dos locais de estágio recaiu essencialmente pela sua localização geográfica, motivações pessoais relacionadas com a aquisição de conhecimentos da área da PSC e a capacidade de cada instituição receber estudantes para a realização dos estágios. O local de opção, surgiu pela oportunidade de aquisição de conhecimentos na área do tratamento e cuidados à Pessoa com insuficiência renal crónica que necessitam de tratamento de substituição da função renal (TSFR), neste caso tratamento dialítico, hemodiálise. Esta área de cuidados sempre foi de interesse pessoal.

Neste capítulo, pretende-se caracterizar os contextos de prática clínica, onde decorreram os estágios, que permitiram o desenvolvimento de competências comuns e especializadas na abordagem à pessoa em situação crítica e sua família.

### 1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O estágio decorreu no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, de uma Unidade Local de saúde da região centro. Este serviço, vai ao encontro do Despacho nº10319/2014 e dispõe recursos humanos: Equipas de Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e outros profissionais de saúde, que deem resposta as valências obrigatórias de Medicina interna, Pediatria, Cirurgia geral, Ortopedia, Imagiologia e Bloco operatório. Possui uma sala de emergência com equipa com formação especializada em medicina de urgência e uma área de

cuidados intermédios para os doentes que necessitem de vigilância organizada e sistemática, com apoio do SMI. Ainda segundo o mesmo despacho, SUG têm implementado um sistema de resposta rápida, através da implementação das Vias Verdes (VV). Estes são protocolos de encaminhamento que visam a sistematização das intervenções, de modo a assegurar que o doente é encaminhado para a especialidade adequada e onde serão efetuados os **procedimentos apropriados**, sob responsabilidade médica, trazendo benefícios na morbidade e mortalidade (Grupo Português de triagem, s.d.).

Neste serviço, a equipa de enfermagem é composta por 129 enfermeiros, incluindo o enfermeiro gestor e dois coordenadores, divididos em cinco equipas funcionais. Distribuídos pelas diferentes áreas do SUG, no turno da manhã e tarde estão escalados 21 enfermeiros e no turno da noite 18. A equipa de enfermagem é constituída por 22 EE sendo destes 16 especialistas em EMCPSC. O número de EE, para uma dotação adequada e segura de cuidados, não cumpre o determinado pela OE, que recomenda, pelo menos 50% dos enfermeiros nas equipas de SUG, devem possuir competências específicas em EMC na área específica PSC (OE,2019). A nível de orgânica funcional e distribuição de enfermeiros, o SUG está organizado da seguinte forma: Dois postos de triagem, um posto de retriagem, com o objetivo de reavaliar e realizar nova triagem, ao doente que tenha ultrapassado o tempo alvo da primeira observação médica, de acordo com a Instrução de trabalho (IT) da instituição, “Retriagem de doentes no Serviço de Urgência Geral” e a Norma nº 002/2018 da DGS. As áreas de cuidados estão divididas de acordo com o grau de prioridade determinado na triagem. Assim: Área verde, com 18 boxes, com capacidade para 13 doentes em maca e cinco em cadeirão, Área amarela, organizada com 23 boxes e 14 doentes em cadeirão, Área laranja, dimensionada para 14 doentes em maca em boxes, 8 em cadeirão e um quarto de isolamento. Todas estas áreas em regime *open-space*. No entanto, devido à sobrelotação do serviço, estas ocupações não são cumpridas observando-se macas em boxes partilhadas, corredores e áreas de passagem. A área vermelha (Sala de emergência), capacitada para prestar cuidados até cinco emergências em simultâneo em boxes individuais, organizada em *open space*. Todas estas estão equipadas com os materiais e equipamentos necessários para atuar numa situação crítica e/ou de falência orgânica. A Área orto-trauma, que dá apoio as especialidades médicas cirúrgicas de ortopedia e cirurgia.

Um enfermeiro assegura o Gabinete de Informações aos Familiares que funciona das 8h às 24h. Este é o elo de articulação e facilitador de comunicação entre o doente e a família/acompanhante.

Este serviço tem implementado um gabinete de Gestão de camas, um enfermeiro assegura este posto que funciona das 9 às 18h. Este profissional tem a função de articular as vagas existentes nos serviços do hospital, com a equipa médica das diferentes áreas do SUG de forma a agilizar os processos de internamento, de acordo com uma instrução de trabalho da instituição. Existe ainda um enfermeiro coordenador por turno, que gere e otimiza a prestação de cuidados de enfermagem, tanto meios materiais como humanos disponíveis no turno.

O método de trabalho, no serviço, era o método individual, isto é, os enfermeiros são distribuídos pelas diferentes áreas de trabalho e assumem a total responsabilidade de cuidados a um conjunto de doentes, durante o seu turno (Ventura-Silva et al.,2021; Parreira et al., 2021). Este método é o mais adequado tendo em consideração a organização funcional do serviço. No entanto, ao detetar-se a sobrelotação em algumas áreas, origina que os enfermeiros fiquem sobrecarregados nos cuidados promovendo assimetrias na prestação destes, promovendo a insatisfação profissional e com os cuidados prestados (Parreira et al., 2021; Matos,2022; Ventura-silva et al., 2024).

Os registos de enfermagem são realizados no sistema informático *Sclinico*<sup>®</sup>. Este permite dar visibilidade às intervenções autónomas de enfermagem e utiliza a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. O *Sclinico*<sup>®</sup> permite uma uniformização dos registos clínicos, a utilização e partilha dos dados com a equipa multidisciplinar e a sistematização dos mesmos. Promove uniformização das práticas e a informação recolhida a nível nacional, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficazes e eficientes (Ministério da Saúde, 2020).

## 1.2 UNIDADE DE DIÁLISE

O estágio de opção foi numa unidade de diálise privada da região centro. Esta unidade, presta cuidados de Hemodiálise (HD) e Hemodiafiltração online (HDF), em regime de ambulatório, sob orientação de um nefrologista (Diário da República [DR],2024), onde os doentes se deslocam por norma, três vezes por semana: terça, quinta, sábado ou segunda, quarta e sexta-feira e realizam tratamentos com duração aproximada de 4 horas. Os tratamentos diários são divididos em quatro turnos distintos (das 7h15 às 11h30 horas; das 12h30 às 17h00 horas e

das 17h45 às 22h00 horas). Ainda, há o turno de serão em que os doentes realizam a sessão de tratamento dialítico, no período noturno por um período de 6 horas. Salvo exceções, cada pessoa realiza o seu tratamento no mesmo horário e dias da semana.

No momento da realização do estágio a clínica assegurava o tratamento de HD e HDF a 240 doentes, no entanto, tem a capacidade de tratamento de 320 doentes. O bom funcionamento da unidade é assegurado por 90 colaboradores e destes 54 são enfermeiros, sendo 11 enfermeiros pertencentes ao quadro da empresa e 43 em regime de part-time. A coordenação é garantida por um enfermeiro gestor e um enfermeiro de coordenação.

A unidade de diálise cumpre as orientações emanadas pelo DR,2024, e do Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos (MBPDC), assim, a unidade tem o apoio de nefrologistas, dos médicos residentes e da equipa de enfermagem. Possui ainda, uma equipa multidisciplinar como o farmacêutico, a nutricionista e assistente social (DR,2024).

A unidade a nível físico e estrutural é constituída por um edifício construído para este fim. Este está organizado em três pisos, da seguinte forma: O primeiro piso é constituído por sala de receção, com a secretária, sala de reuniões e de formação, gabinetes do nefrologista, da nutricionista e da assistente social. Neste piso ainda encontramos duas salas de diálise: uma desta reservada para realizar o HD a doentes com hepatite B. O segundo piso é constituído por 4 salas de diálise, todas equipadas com tecnologia sofisticada para a realização de HD e HDF e sala de espera para os utentes. Neste piso podemos encontrar a farmácia com controlo de entrada e de temperatura, o gabinete do enfermeiro gestor e do médico residente. O terceiro piso, é essencialmente de apoio ao funcionamento, a lavandaria, a cozinha, o refeitório, a central de reservatório de dialisante e a central de água, armazém.

Os doentes realizam a sessão de diálise numa unidade individual de tratamento, constituída por um cadeirão, a monitor de diálise e material de apoio, sistema de monitorização.

A equipa de enfermagem possui formação inicial específica mínima de 420 horas, na execução HD e HDF e estão presentes durante todos os tratamentos (DR,2024). Dos enfermeiros que prestam os cuidados na clínica, apenas 3 (três) são EE em EMC na área PSC, não cumprindo a recomendação da OE,2019a, de pelo menos 50 % dos enfermeiros deve ter esta especialidade ou Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. As dotações seguras dos cuidados de enfermagem, na instituição é regida pela orientação da OE, 2019a, pág.146 de “1 (um) enfermeiro, por cada 4 (quatro) clientes, não devendo ser excedida a razão de 5 (cinco)

clientes por Enfermeiro, sendo que o número de enfermeiros presentes por turno, nunca poderá ser inferior a 2 (dois)”. (MBPDC, 2017; OE,2019a).

Os enfermeiros no seu exercício profissional, prestam cuidados com recurso ao método individual, isto é, estes assumem a total responsabilidade pela assistência a um grupo de doentes durante um turno, previamente definidos pelo o enfermeiro gestor. Este tipo de método promove a autonomia e potencia a tomada de decisão (Ventura-Silva et al, 2021)

### 1.3. SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA

O SMI onde decorreu este estágio, foi na mesma instituição da região centro do estágio de SU. Este serviço é uma unidade de cuidados intensivos (UCI), com camas de nível III, isto é, destinam-se a doentes com disfunção aguda de dois ou mais órgãos vitais, em risco potencial de risco de vida e necessitam de suporte orgânico (Paiva et al.,2017). No entanto, a nível hospitalar existe uma unidade intermédia com camas de nível II, que se destinam a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e suporte de apenas uma função orgânica, sem necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI). Esta unidade, promove a eficiência, a otimização de continuidade de cuidados pela redução de eventos adversos, de readmissões em nível III e é recomendada (Paiva et al., 2017).

O SMI localiza-se no quinto piso da instituição hospitalar, assim, não cumpre uma das recomendações da Administração Central do Serviço de Saúde (ACSS), pois encontra-se distante dos serviços com quem mais se articula, que se encontram no piso -1, o Serviço de urgência, o bloco operatório e da unidade intermédia (ACSS,2024). No entanto, esta localização permite, ter janelas em todo o serviço, privilegiando, a iluminação natural, que contribui para a manutenção dos ritmos circadianos essenciais para a recuperação dos doentes críticos e no seu estado de orientação (Souza et al., 2018, Martinez et al.,2022; Itaborahy & Lima,2023).

Em relação ao espaço físico o serviço encontra-se em regime de *open space*, possuindo dois balções centrais, de vigilância e registo centralizado de forma a favorecer a visualização e o acesso direto imediato aos doentes e a coordenação funcional da área. O serviço para além das áreas de cuidados é composto por três gabinetes médicos, uma sala de reuniões, uma sala de espera de visitas, um armazém de equipamentos e de material de consumo clínico, uma sala de limpos, uma sala de sujos e uma copa.

As áreas de cuidados, estão organizadas em unidades individuais conforme recomendado pela a ACSS (2024), com capacidade de dar resposta a 10 doentes. As unidades de cuidados, estão dotadas de equipamentos essenciais para manter os cuidados ao doente crítico, como monitorização de parâmetros vitais invasivos e não invasivos, ventilação mecânica invasiva (VMI) e aspirador. Tem um móvel de apoio em cada unidade, com material como: compressas, luvas, glucómetro. Contém 4 bombas de infusão e 4 seringas perfusoras, uma máquina infusora para alimentação entérica, fornecimento de gases (ar comprimido e oxigénio).

O serviço dispõe ainda de um carro de emergência, um monitor/desfibrilhador de transporte e outro da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI), duas malas de transporte, um ventilador portátil e três máquinas de Técnicas Substituição Função Renal (TFSR).

Os cuidados de enfermagem diferenciados, são assegurados por uma equipa de enfermagem de 31 enfermeiros, destes 12 são especialistas em EMC e EMCPSC e 5 EMC de reabilitação, distribuídos em três turnos 24h/7 dias da semana. A constituição da equipa, cumpre a recomendação da OE, 2019a, nas dotações seguras, em que se recomenda que 50 % dos enfermeiros da equipa, sejam EE em EMC, de preferência, na área de Enfermagem à PSC, devendo esta regra ser assegurada nas equipas de cada turno (OE, 2019a).

Os elementos em cada turno são cinco e durante a manhã são seis pela presença do enfermeiro coordenador. Refletindo sobre esta distribuição, os rácios enfermeiro-doente são de 1:2. Assim, não cumpre a orientação das dotações seguras dos cuidados de enfermagem (OE,2019a), que em UCI nível III, o rácio de dotações seguras deveria ser 1:1.

O bom funcionamento a nível logístico é assegurado por um enfermeiro gestor (EG) e um enfermeiro coordenador em cada turno. O enfermeiro gestor assume a responsabilidade da gestão de todo o serviço, no que respeita à equipa de enfermagem, assistentes operacionais, materiais, equipamentos e medicação, assim como a gestão de conflitos.

O sistema informático utilizado é o *PatientCare®-Bsimple*, que se caracteriza por soluções integradas de conhecimentos e inteligência partilhada que auxiliam os profissionais de saúde na tomada de decisão que habitualmente enfrentam, nos cuidados intensivos e BO (*Bsimple*,2024). Este sistema integra em rede todas as informações partilhadas pelo monitor, ventilador e máquina de gasometrias, entre outros. Integra num só sistema todas as informações clínicas do doente, assim como a realização do plano de trabalho de enfermagem e os registos dos cuidados prestados ao doente.

## 2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, o enfermeiro especialista é um profissional de enfermagem a quem se reconhece competência científica, técnica e humana na prestação de cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de especialidade.

*International Council of Nurses* (2019) define competência como uma dimensão individual de habilidades e conhecimentos aplicados, que permitem que as pessoas realizem o trabalho.

Este capítulo consiste numa análise reflexiva das várias atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, que promoveram a aquisição de competências comuns do EE e as competências do EE em EMC à PSC definidas pela OE.

Em Portugal, a OE estruturou as competências inerentes ao EE em duas áreas: as competências comuns do EE, através do Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 e as competências específicas do EE em enfermagem médico-cirúrgica na área da PSC, através do Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018.

### 2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os cuidados de saúde estão dependentes de exigência técnica e científica, exigindo uma especialização e diferenciação dos profissionais de saúde inclusive os de enfermagem, neste âmbito surge a especialização dos profissionais de enfermagem (OE,2019) Assim, o enfermeiro especialista (EE) é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados de acordo com as competências definidas pela OE (OE,2019). As competências comuns dos EE, são: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade, Gestão dos cuidados, Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE,2019), que serão alvo de reflexão de seguida.

#### 2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Enfermagem enquanto profissão e os seus profissionais são regidos pelo Código Deontológico. Este constitui um importante orientador para o agir profissional. É um documento jurídico, com função normativa e vinculativa, que descreve um conjunto de regras que orientam o enfermeiro no dever de cumprir, essencial para a excelência do agir profissional, orientando e fundamentando as decisões e os atos dos enfermeiros (OE, 2015).

Neste contexto, ao longo dos estágios, a prática de enfermagem foi exercida com responsabilidade ética e legal de acordo ao que é regulamentado pelo Código Deontológico e Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (2015), salvaguardando o sigilo profissional, dignidade e privacidade, com respeito pelas crenças e valores da pessoa e sem juízos de valor. Os cuidados foram realizados, tendo em consideração, o “fazer o bem” ao doente, de forma a avaliar os riscos possíveis e previsíveis, tentando criar uma relação de confiança, com equidade e imparcialidade, informando sobre os riscos e benéficos e mantendo o sigilo profissional (Nunes,2020).

Durante o estágio no serviço de urgência (SU), surgiu a oportunidade de realizar um turno no Gabinete de Informações, com o objetivo de observar e participar na gestão da informação relacionada com a interação entre o doente, o acompanhante e os profissionais de saúde. Através desta experiência, foi possível perceber o impacto positivo que uma comunicação eficiente tem na satisfação dos acompanhantes, nos doentes, contribuindo para a diminuição de ansiedade das partes e desenvolver uma relação de empatia com o familiar/acompanhante. Na triagem, faz-se a referência da presença de acompanhante, podendo este acompanhar o doente, salvo indicação escrita do diretor de SU. Este procedimento vai de encontro ao que está definido na lei nº 14/2015, que indica que nos SU do Serviço Nacional de Saúde (SNS), é reconhecido o direito de acompanhamento do doente, devendo ser essa informação prestada na admissão ao serviço. Este direito, devido a sobrelotação do serviço nem sempre é possível garantir, pois, compromete o bom funcionamento do serviço e a privacidade dos doentes.

A privacidade dos doentes, no SU, foi salvaguardada através do uso de cortinas, deslocação e mobilização da maca para um local que permitisse a privacidade, como a casa de banho e através da adequação do tom de voz na comunicação com o doente. Neste campo houve o sentimento que nem sempre foi possível cumprir, devido à constante sobrelotação do serviço que origina a proximidade dos doentes, aliado à elevada faixa etária dos doentes em que a acuidade auditiva está comprometida e ao ruído envolvente que se faz ouvir.

A sobrelotação do SU, compromete os cuidados, afeta negativamente a saúde dos doentes, prejudica a acessibilidade e a qualidade dos sistemas de saúde. Refletindo, sobre esta temática surgem questões éticas nos direitos dos doentes aos cuidados de saúde (Rasouli et al., 2019).

Foram explicados os procedimentos que se iria realizar, negociadas estratégias de resolução de problemas com o doente e explicado a importância do procedimento baseado no conhecimento e experiência, de acordo com a Lei n.º 15/2014.

Esta preocupação pela privacidade foi mantida, durante o estágio na unidade de diálise. Esta foi salvaguardada pela minimização de exposição desnecessária, principalmente em doentes que realizam os seus tratamentos por cateter venoso central (CVC). Foi pedido autorização prévia para realizar os procedimentos. No entanto, as unidades de tratamento do doente são muito próximas uma das outras, dessa forma a privacidade e individualidade do doente é inevitavelmente prejudicada.

No estágio no SMI, questões éticas, merecem reflexão, na prestação de cuidados a doentes sedados em que há impedimento da equipa multidisciplinar obter o consentimento informado, prevalecendo o consentimento presumido (Entidade Reguladora da Saúde, 2009). Ao refletir sobre esta questão, surgem os cuidados tendo como pilar uma relação baseada na confiança entre a equipa de saúde e a família, devendo o profissional agir no melhor interesse do doente (OE, 2005). A privacidade do doente foi respeitada, apesar da tipologia *open-space* com o recurso de biombos, cortinas.

Surgem igualmente considerações éticas em questões como a doação de órgãos e nos cuidados ao doente em fim de vida. Nestes contextos, o consentimento informado e a definição clara de critérios médicos, surgem com objetivo de assegurar questões éticas (Tavares, 2023). Os enfermeiros desempenham um papel estratégico no processo de doação, desde a identificação de potenciais doadores, manutenção de condições clínicas e no suporte às famílias. A formação, a comunicação são fatores essenciais para orientar adequadamente a família (Saraiva et al., 2025).

Em todos os locais de estágio, foi realizada uma avaliação e identificação das necessidades dos cuidados de enfermagem, tendo em conta a individualidade do doente, o grau de conhecimento da sua doença e do respetivo processo terapêutico. De forma a promover uma relação terapêutica e estabelecer uma relação empática, foi respeitado os valores, crenças, desejos, mantendo o sigilo profissional e o dever de informação (OE, 2016).

A adoção de uma postura de aprendizagem foi permanente em todos os locais, contribuindo para a tomada de decisão, suportada baseada no conhecimento, com participação na construção da tomada de decisão em equipa quando se gerava alguma dúvida, durante os

estágios. A integração na equipa multiprofissional, foi um objetivo alcançado, em todos os locais, contribuindo para o desenvolvimento de confiança e aquisição de conhecimentos que potenciaram a tomada de decisão, tendo em vista a recuperação do doente, a prevenção e minimização de complicações. Adotou-se uma postura de responsabilidade profissional, esclarecendo as dúvidas, junto aos enfermeiros orientadores e restantes elementos da equipa contribuindo para a tomada de decisão.

### **2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade**

De acordo, com a Organização Mundial de Saúde (OMS), para que haja qualidade em cuidados de saúde, estes devem ser eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no doente, equitativos e seguros. Neste contexto, reforça que a segurança dos doentes é um ponto central de referência para avaliar o progresso no alcance da qualidade (OMS,2020). Neste contexto, surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021 - 2026. Este plano estabelece cinco pilares que norteiam as intervenções para a consolidação e evolução da segurança do doente (PNSD, 2021). Deste modo, cabe ao EE, implementar intervenções que contribuam o cumprimento do PNSD, de forma a incrementar a segurança do doente e promover a qualidade em cuidados de saúde.

O elevado número de doentes e de profissionais da saúde envolvidos na prestação de cuidados de saúde, associada exigência de se atuar em urgência ou emergência, potencia o risco de erro na identificação dos doentes (DGS,2020). Neste sentido as falhas associadas à identificação de doentes, podem causar erros na medicação, transfusões, realização de meios complementares de diagnóstico (MCD) e terapêutica, pondo em causa a segurança dos doentes. Para prevenir estas falhas as instituições determinam a utilização de dois critérios de identificação dos doentes através do nome completo e data de nascimento. Assim, durante os estágios, ao prestar os cuidados aos doentes foi efetuada sempre a dupla verificação da identidade destes.

A segurança do doente, é reforçada com a implementação de uma comunicação eficaz entre as equipas. Esta assegura a redução de erros e evita falhas na transmissão da informação, que podem provocar quebras na continuidade de cuidados e no tratamento adequado (DGS,2017; Correia et al.,2024). Assim, a transição de cuidados deve ser efetuada de acordo com a metodologia ISBAR (Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação, Recomendações).

O uso da metodologia ISBAR, potencia a discussão em equipa, permitindo a criação de planos de cuidados contribuindo para a promoção da segurança do doente e dos profissionais e a continuidade de cuidados e incrementa a qualidade dos cuidados (Chainca et al., 2024). Durante a prática nos estágios, foi garantida a continuidade de cuidados e adotada esta metodologia na transmissão de informação, garantindo a padronização da informação transmitida, de forma sucinta e sem perdas de informação.

Esta importância encontra-se reforçada no Plano Nacional Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026, em que a comunicação é um dos pilares estratégicos. Recomenda que esta seja efetiva ao longo de todo o ciclo de cuidados, destacando-se os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre os profissionais envolvidos.

Na unidade de diálise, de forma a assegurar a qualidade dos cuidados e contribuir para a continuidade de cuidados na próxima sessão dialítica é essencial a realização de anotações, de intercorrências, no processo informático do doente. Neste sentido foi essencial, a aquisição de competências nos registos nas plataformas informáticas em uso na unidade de diálise o *AGIR, Therapy e Nefrus*.

A instituição onde foram realizados dois dos estágios (SU e SMI), é uma instituição acreditada pela *Join Comission International*, neste sentido existem diretrizes que promovem a segurança do doente. Esta promove-se na instituição pela existência de instruções de trabalho (IT) e protocolos que uniformizam os cuidados de saúde. Ao exercer a atividade profissional nesta instituição este conjunto de orientações, este conhecimento está presente e facilitou a integração no domínio da melhoria contínua da qualidade. No entanto, devido a especificidade de cuidados nestes locais, foi uma preocupação pesquisar, através da *intranet* e documentos em suporte papel, sobre os protocolos e IT direcionados à segurança nos cuidados no SU e no SMI, de forma a cumprir e executar-los.

Com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, no SU, foi sugerido a melhoria de cumprimento do “feixe de intervenção” de prevenção de infeção de cateter vesical. Assim promoveu-se uma ação de formação sobre esta temática à equipa de enfermagem e apresentou-se um dispositivo de fixação de cateter vesical que após aprovação da enfermeira gestora, ficou nos carros de apoio.

O estágio na unidade de diálise, revelou-se um desafio, devido à complexidade e características dos doentes dependentes de tratamento dialítico e a integração de uma organização desconhecida até então. Diante este desafio, aliado ao escasso conhecimento de técnicas dialíticas, foi necessário a aquisição de conhecimentos nessa área específica através de pesquisa de referências como, Guia orientador de Boa Prática- Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2016) e Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos (Ordem dos Médicos, 2017). Contudo, a UD é uma instituição privada, portanto, existem diretrizes que promovem a segurança do doente. Esta promove-se na instituição pela existência de instruções de trabalho e protocolos que uniformizam os cuidados de saúde. Neste sentido, foi essencial pesquisar e adquirir conhecimento sobre estas orientações de forma a existir uniformização de cuidados e atuar conforme o que está estabelecido pela instituição, através da pesquisa destes documentos na plataforma informática.

De forma a garantir a segurança nos cuidados e tratamento dialíticos, a identificação correta do doente é essencial. Assim, ao introduzir o cartão de identificação do doente, na máquina de diálise, há a confirmação do nome e data de nascimento deste, assim como no momento de administração de fármacos. Para garantir a segurança dos medicamentos e prevenir erros que possam ocorrer, os enfermeiros, devem estar preparados para o uso adequado dos medicamentos, saber prevenir e tratar os efeitos secundários, contribuindo para a segurança nos cuidados de enfermagem (Fresenius, s.d.). A gestão dos medicamentos na sala de medicação é da responsabilidade do farmacêutico da instituição.

A preocupação pela qualidade dos cuidados, manteve-se ao longo do estágio do SMI. Neste local, de forma a garantir a segurança nos cuidados é necessário cumprir a correta identificação dos doentes, assim torna-se essencial assegurar a presença de pulseira identificativa legível e realizar a dupla verificação da identidade dos doentes através desta.

O doente crítico, internado em UCI, está particularmente vulnerável à exposição a incidentes relacionados com medicação, devido à elevada complexidade de cuidados. É um local imprevisível e complexo com a administração de múltiplas medicações, muitas delas de alto risco e com grande probabilidade de interações medicamentosas. Assim, cabe aos enfermeiros, enquanto elementos em permanência na prestação de cuidados ao doente crítico, o papel decisivo na segurança do medicamento (Correia&Martins,2023). Neste

sentido, foi sempre uma preocupação cumprir todos os princípios na preparação e administração de medicação.

O SMI tem implementado uma consulta de *follow-up*, tendo sido possível acompanhar esta consulta. No entanto, ao refletir sobre esta e indo de encontro ao que é recomendado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), esta é fundamental para garantir a continuidade de cuidados à PSC. O internamento num SMI, representa um grande impacto na pessoa e na sua família, podendo ocorrer sequelas pós-doença, podendo surgir Síndrome Pós-internamento em Cuidados Intensivos. Este consiste num conjunto de défices novos ou agravados nos domínios físico, psicológico ou cognitivo que se desenvolvem após uma doença crítica. Afeta um em cada dois dos doentes internados em cuidados intensivos, promovendo tempos mais longos de internamento, maior mortalidade e redução da qualidade de vida. (Tejero-Aranguren et al.,2022; SPCI,2024). Os avanços tecnológicos nos cuidados a PSC, em UCI, contribuem para um aumento de taxas de sobrevivência destes. No entanto, a sobrevivência em UCI pode desencadear alterações físicas, cognitivas e psicológicas. Seu impacto vai além do doente para incluir famílias, sistemas de saúde e a sociedade como um todo ((Tejero-Aranguren et al.,2022; Schwitzer et al.,2023; SPCI,2024). Assim, a consulta cria uma estrutura de cuidado contínuo e personalizado, possibilita rastrear as sequelas do internamento, com objetivo de identificar os que podem beneficiar de um tratamento específico e especializado, contribuindo para uma maior qualidade de vida para o doente e uma abordagem mais eficaz por parte do profissional (Schwitzer et al.,2023; SPCI,2024;).

Para a prestação de cuidados de enfermagem em segurança é fundamental ter em conta a dotação adequada de enfermeiros. Assim, ao realizar o cálculo, de acordo com a fórmula existente Regulamento n.º 743/2019, da OE, pode-se concluir que a dotações neste momento não se encontram adequadas, no SU nem no SMI. No entanto, na unidade de diálise, os rácios são cumpridos.

### **2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados**

De acordo com a OE, o EE realiza a gestão dos cuidados de enfermagem, otimiza a resposta da sua equipa em articulação com a equipa de saúde, ajusta a gestão de recursos de acordo as circunstâncias e o contexto, com o objetivo de assegurar a qualidade dos cuidados (OE,2019).

Indo de encontro a esta competência, foi uma preocupação durante os estágios a realização de um turno com os enfermeiros gestores/coordenadores que possibilitou, observar e colaborar na organização do serviços e gestão dos recursos humanos, equipamentos e materiais com vista a otimização da qualidade dos cuidados.

No SU, no turno de coordenação, cooperou-se na reposição de stock de medicamentos nas diferentes áreas de trabalho e no acondicionamento de medicação na farmácia. Os medicamentos estão acondicionados em armários, contribuindo para a segurança dos doentes, levando a uma diminuição de erros relacionados com a dispensa e a administração dos medicamentos. Houve a oportunidade de observar a gestão dos recursos humanos entre as áreas de trabalho e de acordo com as necessidades identificadas decorrentes da afluência de doentes. Esta função de coordenação, nem sempre é assegurada por EE, não cumprindo o que recomendado pela OE, que sugere como coordenadores de sejam EE em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC (OE,2019).

Para além deste turno, o acompanhamento da enfermeira supervisora, nos turnos que era responsável pela gestão de área, permitiu colaborar na operacionalidade das áreas, através da verificação de materiais e equipamentos, verificação dos prazos de validade dos medicamentos multidoses e do preenchimento das *checklist* essenciais para assegurar a segurança das áreas.

Neste processo de aquisição de competências, no SU, existiu a oportunidade de realizar um turno na gestão de camas. Esta função tem como objetivo, realizar uma gestão de camas disponíveis nos serviços de internamento, e em colaboração com a equipa médica, permitir a transferência dos doentes que necessitam de continuidade de cuidados, do SU para os diversos serviços.

Na unidade de diálise, foi possível conversar com o enfermeiro gestor (EG), que possibilitou, compreender a organização do serviço e gestão dos recursos humanos, equipamentos e materiais com vista a otimização da qualidade dos cuidados. Esta organização possibilita manter as dotações seguras dos cuidados de enfermagem conforme é determinado pela OE, pelo MBPDC, contribuindo para a proteção da saúde e segurança dos doentes e dos profissionais. Esta **gestão da equipa** assegura a presença de um enfermeiro para o máximo de cinco doentes e a presença no mínimo de dois enfermeiros na sala de tratamento (OE,2019a). Para cumprir estas orientações os enfermeiros são escalados de acordo com o número de

salas que irão funcionar diariamente e de modo a conciliar com as diversas tarefas dos grupos de trabalho. Visto que os tratamentos diários, realizam-se normalmente nos mesmos dias e horários, esta gestão é um processo controlado.

No SMI, o turno com o EG, contribui para a aquisição de competência na área da gestão dos recursos humanos. Durante este, houve a oportunidade de analisar a distribuição do plano de trabalho, de acordo com as necessidades de cada doente, a Equipa Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) e com as características pessoais de cada enfermeiro. Foi possível acompanhar a reunião de passagem de turno da equipa médica com o EG, onde é discutido o plano de ação para os doentes e posteriormente comunicado ao enfermeiro responsável. Para além deste, colaborou-se na coordenação de turno, que possibilitou, observar e colaborar na organização do serviço e gestão dos recursos humanos, equipamentos e materiais com vista a otimização da qualidade dos cuidados.

Nos locais de estágio foi possível verificar que a função de coordenação, nem sempre é assegurada por EE, não cumprindo o que recomendado pela OE, que sugere como coordenadores EE em EMC, preferencialmente na área da EPSC (OE,2019). Pois, a atribuição das funções de coordenação pelos EG tem como critérios a antiguidade no serviço e/ou ser EE. De acordo, com o Parecer nº. 10/2017 (OE, 2017), o enfermeiro de coordenação deve reunir um conjunto de competências técnicas, científicas e comunicacionais de forma a intervir precocemente, promovendo a qualidade e segurança dos cuidados, sendo o EE o que apresenta mais competências para a área de gestão. No entanto, considera que a competência é conjunto de saberes apreendidos na formação inicial, assim como à experiência da ação adquiridas em situações concretas do trabalho, não se podendo excluir neste contexto a experiência clínica dos enfermeiros (OE, 2017). A OE recomenda, se existir EE na equipa estes devem ser o coordenador, no entanto, face à sua ausência ou inadaptação para o cargo, poderá ser indicado um enfermeiro de cuidados gerais, desde que possua competência adquiridas pela experiência, o conhecimento de perito (OE,2017), indo de encontro ao que acontece nestes locais de estágio.

#### **2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Os cuidados de enfermagem à PSC exigem alta qualificação e o progresso no conhecimento requer que o EE desenvolva práticas baseadas nas mais recentes evidências científicas

(OE,2018). Os cuidados de enfermagem para a PSC exigem alta qualificação e o progresso no conhecimento requer que o EE desenvolva práticas baseadas nas mais recentes evidências científicas (OE,2018). Neste contexto, procurou-se dinamizar e estimular a partilha de conhecimento e experiências resultantes da prática profissional e interligadas à formação, promovendo a discussão e reflexão de situações que foram surgindo com os enfermeiros supervisores. Promoveu-se uma postura de disponibilidade e de iniciativa, de forma a conseguir aproveitar o maior número de oportunidades de aprendizagem que contribuíssem para adquirir conhecimento e desenvolvimento de competências.

No SU, a realização de turnos, na sala de emergência (SE) sob a orientação de outros enfermeiros, foi facultada de forma a atingir os objetivos propostos, devido ao interesse dos doentes na área dos cuidados PSC.

O EE deve liderar projetos de formação e investigação que visem melhorar e atualizar os conhecimentos dentro de sua especialização (OE, 2018). Tendo em conta, esta orientação, foi desenvolvida e realizada, a formação “Cateter Vesical: Fixação do cateter vesical”, com o objetivo de se cumprir o feixe de intervenção “Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical” e reforçar a importância de fixação do cateter vesical na prevenção de infeção.

Em relação ao contexto de diálise, sendo esta área de intervenção de enfermagem, desconhecida até então, assim como de todo o processo que envolve a adaptação à Pessoa sujeita aos tratamentos dialíticos, foi necessário realizar pesquisa e aprofundar o conhecimento sobre a insuficiência renal crónica, as implicações do tratamento dialítico na vida do doente e das complicações que podem surgir nas diferentes fases de tratamento. Esta pesquisa promoveu-se através do Manual de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2016) e no MBPDC (Ordem dos Médicos, 2017) e dos procedimentos internos da instituição. A preocupação com o desenvolvimento de aprendizagem, foi mantida no SMI. Pois, a complexidade e características dos doentes internados no SMI, dependentes de tratamentos científicos e complexos, torna um desafio os cuidados prestados (ACSS,2024). Perante estes foi necessário, a pesquisa em documentos científicos e de conversas informais com a equipa que contribuiriam para a tomada de decisão. Foi realizada pesquisa nos documentos internos, da instituição através de IT e protocolos de forma a conseguir planear um conjunto de intervenções de forma a garantir a segurança do doente e contribuir para a melhoria deste.

Todos os locais de estágio são regidos por protocolos e instruções de trabalho. Estes contribuem para a gestão dos cuidados de enfermagem, com vista da melhoria da qualidade nos cuidados e potência a tomada de decisão, de modo a prevenir complicações (Sales et al.,2018). A prestação de cuidados tendo em conta um protocolo instituído, permite que todos os enfermeiros prestem cuidados padronizado ao doente de acordo com os princípios técnico-científicos, contribuindo para diminuir as distorções adquiridas na prática e para o aumento da segurança do doente e dos profissionais refletindo-se na qualidade nos cuidados e na satisfação do doente (Sales et al,2018). Ciente da responsabilidade e importância na aquisição e de progresso no conhecimento, durante os estágios, foi proposto a frequência de várias ações de formação.

## 2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM

As competências adquiridas numa área de intervenção própria, com desenvolvimento na adequação dos cuidados de enfermagem e prestados em determinado contexto denominam-se competências específicas (OE,2018). Neste contexto, surge a especialização em enfermagem médico-cirúrgica (EMC) mais especificamente à PSC. Assim, segundo a OE, no seu regulamento n.º 429/2018, o EE deve desenvolver competências nos seguintes domínios: Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE,2018), que serão analisados de seguida.

### **2.2.1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**

Os cuidados à PSC são prestados à pessoa cuja vida está ameaçada por falência/eminência de falência orgânica ou a vivenciar processos complexos de doença crítica, portanto, torna-se fundamental identificar os focos de instabilidade, através da observação, colheita e procura continua, de forma a recolher dados que permitam prever e detetar complicações (OE,2018). Os cuidados de enfermagem à PSC, em contexto dos locais de estágio, foram prestados com o cuidado de detetar, prever sinais de instabilidade e complicações de forma a gerir processos

complexos, de modo, a assegurar resposta concentra, precisa e eficiente, contribuindo para a segurança e a qualidade dos cuidados á PSC família/cuidador (OE,2018).

Neste contexto, durante os estágios surgiram várias oportunidades de cuidados à PSC e família/cuidador, fundamentais para a aquisição desta competência. Foi possível a realização de novos e diferentes procedimentos e técnicas e aplicação de protocolos, nomeadamente a Triagem de Manchester, Via verde AVC, Via Verde coronária, Técnicas de Substituição Função Renal (Hemodialise e HDF), transporte de doente critico.

Sendo a triagem a principal porta de entrada dos doentes no SU, é essencial que essa avaliação seja realizada de forma precisa. Este processo é feito por através da Triagem de Manchester, que, de acordo com o Grupo Português de Triagem (s.d.), não tem como objetivo fornecer um diagnóstico, mas sim determinar uma prioridade clínica com base na identificação dos problemas apresentados pelo doente. Durante os turnos realizados na sala de triagem, houve a oportunidade de colaborar na avaliação inicial do doente e encaminha-lo para as diferentes áreas. Estes permitiram constatar, que existem doentes com instabilidade hemodinâmica e com risco de falência orgânica que se deslocam ao SU por iniciativa própria, tornando-se essencial uma avaliação correta e a identificação de focos de instabilidade. A triagem é assegurada por um enfermeiro, este deve ter a capacidade de realizar uma avaliação rápida que pressupõe uma rápida tomada de decisão (Azevedo et al.,2023). Esta nem sempre é assegurada por EE, não indo de encontro à recomendação da OE, que recomenda que este posto seja assegurado, por EE em EMC, na área de Enfermagem à PSC (OE,2019a). No entanto, também se verifica que há muitas deslocações ao SU que poderiam ser resolvidas através de idas aos cuidados de saúde primários. De acordo com dados do Serviço Nacional de Saúde (SNS), metade dos casos que recorrem ao SU não necessitam de ser avaliados em instituições hospitalares (SNS,2024). Este facto contribui para a sobrelotação do SU. Este fenómeno está frequentemente ligado à dificuldade de acesso aos cuidados de saúde primários e à falta de médicos de família, levando os utentes a procurarem os serviços de urgência hospitalar para situações que poderiam ser resolvidas noutros contextos de cuidados de saúde (Matos,2022). Durante o estágio no SU, foi possível avaliar e identificar os possíveis focos de instabilidade, através da monitorização cardíaca de doentes com alterações eletrolíticas ou com bradicardias. Na SE, vindos da emergência pré-hospitalar, vítimas de acidentes de viação,

sendo necessário, a mobilização de várias vítimas de trauma e realizar uma gestão de recursos humanos de forma a avaliação e deteção precoce de focos de instabilidade destas vítimas.

Na SE, houve a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à PSC, e de cooperar com a equipa multidisciplinar na avaliação inicial do doente, de acordo com a abordagem “ABCDE” (A – *Airway*, via área, B – *Breathing* Ventilação e oxigenação, C – *Circulation*, Circulação, D – Disability, disfunção neurológica e E – Exposure, Exposição), de forma a sistematizar os cuidados iniciais ao doente crítico, ajudando a focalizar as prioridades na sua abordagem (AHA,2021). Os cuidados na SE, de acordo, com a OE, devem ser assegurados por EE em EMC, de preferência na área enfermagem à PSC, esta recomendação não é cumprida neste local de estágio (OE,2019a).

Indo de encontro ao Despacho nº10319/2014, o SU, tem implementado sistemas de resposta rápida, através das Vias Verdes (VV), estes são protocolos de encaminhamento que visam a sistematização das intervenções, de modo a assegurar que o doente é encaminhado para a especialidade adequada e onde serão efetuados os procedimentos adequados, sob responsabilidade médica, trazendo benefícios na morbilidade e mortalidade (Grupo Português de triagem, s.d.). Neste estágio, houve a oportunidade de estar presente em várias ativações de VV AVC, foi possível realizar a avaliação e abordagem inicial e colaborar no transporte intra-hospitalar para realização de MCD. Contudo, não houve a oportunidade de observar e colaborar no tratamento trombolítico/fibrinólise. Em relação à VV Coronária, colaborou-se na abordagem inicial a um doente com dor precordial que após a realização de eletrocardiograma foi detetado alterações cardíacas sendo necessário o apoio da Cardiologia e encaminhamento para sala de hemodinâmica. A rápida intervenção de cuidados diferenciados, como os implementados pelas VV, contribui para a redução da mortalidade, melhoria da qualidade de vida dos doentes minimizando as sequelas associadas a estas patologias (Costa et al, 2020).

Na unidade de diálise, o doente submetido a TSFR, está sujeito a instabilidade hemodinâmica no pré, intra e pós tratamento dialítico, assim, detetar precocemente os sinais de instabilidade é essencial para diminuir as complicações do tratamento e assegurar a qualidade do tratamento e de vida dos doentes (OE,2016).

Face ao contexto específico da intervenção do enfermeiro em técnicas dialíticas, nomeadamente a elevada complexidade, a exigência e os riscos associados ao tratamento

dialítico, a OE recomenda que os serviços/unidades evoluam no sentido de, pelo menos, 50% dos enfermeiros possuam competências específicas do EE em EPSC ou pessoa em situação crónica e paliativa (OE,2016). Na unidade apenas três enfermeiros possuem especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Para que haja tratamento dialítico é necessário ter um acesso vascular (AV). Atualmente existem três tipos de AV para HD, a Fístula Arteriovenosa (FAV), o enxerto arteriovenoso e o Cateter Venoso Central (CVC) (OE,2016; Melo &Lima,2021; MBPDC,2017). As complicações relacionadas com o AV representam a maior causa de morbilidade, sendo responsáveis por uma elevada percentagem dos internamentos e dos custos hospitalares do doente renal crónico terminal em tratamento de HD (OE,2016; Coutinho et al.,2021). A avaliação dos AV é essencial por parte da equipa de enfermagem, esta deve possuir competências que permitam a identificação de sinais e sintomas sugestivos de complicações dos AV. A identificação precoce, o registo e a transmissão da informação promove a qualidade do tratamento e a segurança do doente (OE,2016). As principais complicações das FAV são infeção, trombose, estenose, aneurismas e pseudoaneurismas (OE,2016; Marcondes et al.,2021). Para detetar precocemente estas complicações é fundamental a realização a avaliação diária do acesso, através da inspeção, palpação e intercorrências. Mensalmente além destas, realiza-se a auscultação, teste de aumento de pulso, distância entre agulhas e avaliação das pressões arteriais e venosas da FAV (OE,2016). Estas avaliações contribuem para a perceção de sinais e sintomas de alerta que permitem detetar precocemente eventuais complicações dos AV, que justifiquem a reavaliação destes pelo grupo de AV e eventual encaminhamento para a consulta de cirurgia vascular (OE,2016).

Assim, após reflexão do exposto, conclui-se que o bom funcionamento do AV é essencial para a eficácia do tratamento dialítico e o enfermeiro tem um papel fundamental na preservação destes (OE,2016). Segundo a OE, 2016, pág. 52 “é função do enfermeiro avaliar e canular corretamente os acessos, identificar e prevenir potenciais complicações, assegurando uma hemóstase correta e eficaz”.

Antes do início do tratamento, é fundamental garantir que o equipamento está operacional e que o ambiente está adequado de forma a garantir a segurança dos cuidados. Após estes cuidados é imprescindível, uma avaliação física do doente, como, vigiar sinais de dificuldade respiratória, avaliar a presença de edemas e ajustar o tratamento para evitar complicações de

advém destes sinais e sintomas. Ainda neste contexto, é necessário ter atenção ao ganho de peso interdialítico, os sinais vitais, avaliação das sessões de HD anteriores, de forma a antecipar eventuais complicações (OE,2016).

Durante a sessão de HD podem surgir complicações e incidentes, assim, para antecipar e prevenir ocorre a elaboração de um conjunto de diagnósticos de enfermagem que se refletem nas intervenções a desenvolver durante o tratamento dialítico. Sabendo que a HD deve ser bem tolerada, as intervenções de enfermagem são programadas para minimizar os incidentes e o impacto sobre a estabilidade hemodinâmica (OE,2016). Nestas salienta-se a monitorização dos sinais vitais e a vigilância dos parâmetros da sessão. As complicações a nível físico, mais frequentes durante o tratamento dialítico são hipotensão arterial, as náuseas, vômitos e câibras (OE,2016; Gomes et al.,2022, MBPD,2017). Estas complicações ocorreram, neste processo de aquisição de competências e foram realizadas um conjunto de intervenções autónomas que permitiram a resolução destes, ações como a diminuição da taxa de ultrafiltração, a infusão de um bólus de soro. Pode surgir ainda complicações menos comuns como hipotensão arterial severa e dor precordial, disritmias e embolia gasosa (Gomes et al,2022). Destas complicações, houve a oportunidade de atuar perante hipotensão arterial severa e dor precordial, conseguindo reverter o quadro.

Outro parâmetro essencial que contribui aumento da segurança nos cuidados de enfermagem é salvaguardar a correta fixação das agulhas, este procedimento é essencial para prevenir a sua exteriorização durante o tratamento (OE,2016). No final do tratamento, após a desconexão das agulhas é necessário realizar uma hemóstase adequada de modo a minimizar o risco de hemorragia e complicações pós tratamento (OE,2016, Fresenius,s.d.).

No SMI, durante a realização do estágio foi possível realizar intervenções e procedimentos diferenciados, que exigiu a mobilização de conhecimentos de forma a cuidar da PSC de forma holística, detetando sinais de instabilidade, prevenir complicações e agir em conformidade. Foram prestados cuidados ao doente crítico, na admissão do doente na unidade, realizando um plano de cuidados e planeando um conjunto de intervenções que permitissem a vigilância e a continuidade de cuidados. Contribuiu-se além da admissão, em momentos de transferência de cuidados, para outro com nível de assistência inferior.

Os cuidados aos doentes, foram realizados tendo por base processos terapêuticos complexos, como, a prestação de cuidados a doentes com entubação endotraqueal e administração de

drogas vasoativas com a necessidade de vigilância apertada dos parâmetros hemodinâmicos. Colaborar em procedimentos invasivos como: colocação de cateter venoso central, linha arterial e cateter de diálise, sonda vesical, essenciais para a vigilância que possibilita a identificação de focos de instabilidade e prevenção de complicações.

Houve a oportunidade de prestar cuidados a doentes com necessidade de realizar TSRC, que permitiu ter uma visão diferente de técnicas dialíticas após o estágio realizado anteriormente. O SMI possui vários protocolos de atuação, estes foram pesquisados e cumpridos durante o estágio, como: Protocolo de administração de potássio em situações de hipocaliemia, Protocolo de insulino terapia no doente crítico, Protocolo da nutrição entérica no doente crítico; Protocolo de TSRC. A prestação de cuidados tendo por base estes protocolos, contribuíram para a tomada de decisão e segurança nos cuidados de enfermagem prestados. Durante o internamento na unidade surgiu o *Delirium*. Para Faria&Moreno (2013) é ao nível dos SMI que a prevalência e incidência desta situação é superior. Caraterizado por uma mudança aguda ou flutuação mental, desatenção e pensamento desorganizado, influenciando o prognóstico. Neste contexto, os EE têm uma responsabilidade acrescida de proporcionar um ambiente seguro que previna e diminua os fatores de risco que promovem o *delirium*. Os fatores que previnem o *delirium* são promoção de uma nutrição e hidratação oral, promoção da visita, diálogo com orientação do tempo e local (Faria & Moreno, 2013; Pereira et al.,2016, Pedra et al.,2024).

A admissão nesta unidade cumpre critérios específicos, como a insuficiência respiratória levando a ventilação mecânica invasiva (VMI). Durante este estágio, foi possível prestar cuidados à PSC, dependente de VMI, o que permitiu o aprofundamento e a aplicação de conhecimentos relacionados aos modos ventilatórios, bem como a observação de seus efeitos na estabilidade hemodinâmica.

A instituição tem implementado a EEMI, constituída por um médico e um enfermeiro com competência avançadas na abordagem do doente crítico e em técnicas de reanimação, estes profissionais fazem parte da equipa do SMI e vai de encontro ao despacho nº9639/2018. Estas equipas, atuam de acordo com critérios definidos de atuação, não só em paragem cardiorrespiratória (PCR), como em situações de significativa deterioração fisiológica aguda. Durante este estágio foi possível acompanhar a ativação da EEMI que permitiu atuar e

observar a rápida resposta perante um doente em PCR e refletir sobre a importância da operacionalidade desta equipa.

Outro parâmetro essencial para se avaliar no SMI contribuindo para a segurança do doente e se ajustar os fármacos para minimizar os efeitos adversos é a monitorização da sedação e analgesia (Pedra et al.,2024). Esta monitorização é realizada através da *Richmond Agitation Sedation scale* (RASS) ou escala de agitação-sedação de Richmond. Esta foi desenvolvida para identificar e classificar a agitação e intensidade de sedação em doentes internados em UCI. Esta escala foi utilizada no estágio, sendo fundamental a sua utilização para evitar doentes muito sedados que permanecem entubados mais tempo, em contrapartida doentes entubados agitados correm risco de desincronia do ventilador e autoextubação (Pedra et al.,2024).

Um dos momentos críticos de possíveis complicações, que é necessário prevenir, é no momento de transporte intra-hospitalar. Para tal, a qualificação técnica e a experiência clínica, constitui um dos aspetos relevante para a promoção e a garantia da segurança durante o transporte (Ordem dos Médicos e SPCI,2023). Durante este transporte, pode ocorrer a deterioração do doente, com agravamento da sua condição clínica promovendo o risco de eventos adversos. Perante este risco, é essencial que o enfermeiro tenha a capacidade prever e antecipar riscos de instabilidade, garantindo desse modo a qualidade dos cuidados prestados durante o transporte (Pires,2024). Assim, a atuação dos enfermeiros no transporte intra-hospitalar é essencial para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes. Suas competências, abrangem desde o planeamento e preparação até à monitorização contínua e comunicação eficaz (ISBAR). A formação contínua e a implementação de protocolos e de *checklist*, são estratégias que se podem adotar para melhorar a capacidade dos profissionais neste processo (Hu et al., 2021;Ordem dos Médicos e SPCI,2023). Nos estágios realizados em ambiente hospitalar, houve a oportunidade de efetuar transporte intra-hospitalar e planejar, preparar o equipamento, (ventilador de transporte, mala de transporte, monitorização cardíaca) e recursos humanos de forma a realiza-lo em segurança.

Durante a realização dos estágios, existiram áreas de atuação que contribuíram para o desenvolvimento de competências específicas da área da PSC, nomeadamente a identificação

de focos de instabilidade, avaliação e gestão da dor, comunicação e o estabelecimento da relação terapêutica com a PSC e família.

De acordo com a DGS, dor é uma experiência desagradável que abrange várias dimensões da pessoa que sofre, envolvendo tanto a componente sensorial como a emocional, sendo um dever dos profissionais o controlo eficaz da Dor e um direito dos doentes (DGS,2003). A avaliação da dor do doente crítico é a base para uma eficaz gestão da dor, assegurando a este o direito à sua gestão da dor, cumprindo-se um dever profissional e garantindo a efetiva humanização dos cuidados a estes doentes (SPCI, s.d.) Segundo o Regulamento do Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à PSC, o enfermeiro faz a gestão diferenciada da dor com a implementação de instrumentos de autoavaliação e heteroavaliação e de protocolos terapêuticos, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas (OE, 2011). Neste contexto, foi possível identificar e colaborar na gestão da dor, aplicar as medidas necessárias para o controlo da dor e administração e gestão de analgesia prescrita. Para além das medidas farmacológica, foram adotadas medidas não farmacológicas no controlo e alívio da dor, como crioterapia, posicionamento, massagem de conforto. O cuidado da gestão da Dor foi uma preocupação comum durante a realização dos estágios, realizados para aquisição e desenvolvimento desta competência.

O uso da Escala Visual Numérica é recomendado para avaliar a dor em doentes que comunicam. No entanto, a avaliação da dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser efetuada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a *Behavioral Pain Scale* (BPS). Assim, no SMI a avaliação da dor ao doente sob sedoanalgesia é através da BPS, indo de encontro ao que é recomendado pela SPCI. Esta escala baseia-se em indicadores comportamentais: expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória (SPCI, s.d.).

A comunicação é fundamental para que seja estabelecida uma relação de ajuda e terapêutica entre os enfermeiros e o doente/família. A comunicação estabelece-se de forma intencional ou não intencional, pelo comportamento verbal e não verbal sendo impossível não comunicar (Phaneuf, 2005). Neste sentido, perante os doentes em estado crítico e família torna-se imperioso estabelecer uma comunicação clara e assertiva que potencie a relação de ajuda. No entanto, não se pode descurar a comunicação não verbal. Esta é um elemento de comunicação essencial na abordagem à PSC e sua família. O cuidado com a expressão facial,

com a postura, a entoação da voz foi uma preocupação de modo a transmitir confiança e disponibilidade.

No doente submetido a tratamento dialítico, sendo um doente crónico, a criação de uma relação empática, contribuiu para a aquisição de competências, pois através desta foi possível aplicar a componente técnica da canulação do AV.

No SMI a comunicação torna-se um desafio, devido à incapacidade de comunicação verbal do doente sedado e com VMI, nesse sentido é necessário desenvolver estratégias comunicacionais, que vão de encontro o doente crítico e suas famílias. O aperfeiçoamento das habilidades dos enfermeiros em compreender a comunicação não-verbal, dos doentes promove a compreensão das necessidades do doente, contribuindo para um cuidado mais empático e efetivo (Batista et al, 2024)

Em situações de internamento em UCI, onde a presença de instabilidade hemodinâmica, alteração do estado de consciência e incapacidade de comunicar estão presentes é a família, quem recebe informações clínicas. Os profissionais de saúde devem ter presente que as informações fornecidas à família permitem definir estratégias e tomar decisões fundamentadas (Bumb et al., 2018). Comunicar de modo claro e assertivo, demonstrando disponibilidade, que promovesse a relação de ajuda, foi uma preocupação ao longo deste processo de aquisição e desenvolvimento de competência. A adoção de uma postura de disponibilidade foi pautada ao longo deste período de forma, a contribuir para que o doente e principalmente a sua família expõe-se as suas dúvidas, medos e as suas necessidades.

A comunicação do enfermeiro à PSC, implica um desenvolvimento de habilidades comunicativas, com abertura para incluir novas tecnologias e sensibilidade às necessidades emocionais, culturais e linguísticas dos doentes e suas famílias (Batista et al.,2024). A comunicação é uma ferramenta não apenas como um meio de obter e transmitir informações, mas como um instrumento fundamental para o cuidado do doente e facilitador de uma recuperação mais eficaz e centrada no doente (Batista et al., 2024).

Assim a comunicação, foi um cuidado desenvolvido e comum durante estas etapas de aquisição de competências. Esta foi promovida de forma a potenciar a relação de ajuda à PSC e família/cuidador.

### **2.2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação**

Os cuidados à PSC, podem emergir de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que põem em risco de vida a pessoa. A Lei de Bases da Proteção Civil, decreto de Lei n.º 27/2006, define catástrofe como um ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e vítimas, afetando as condições de vida e com impacto socioeconómico (OE,2018). Uma Situação de exceção, consiste num desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, que impõe a atuação, coordenação e gestão dos recursos humanos e técnicos (OE, 2018).

A OMS e *International Council of Nurses* (2019), consideram essencial que os EE desenvolvam competências nesta área, estes devem estar aptos a participar na preparação, resposta e recuperação perante catástrofes, de forma a proteger as populações, limitar lesões, mortes e manter o funcionamento do sistema de saúde.

Ao EE é exigido que perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, conceba, planeie e faça uma gestão de cuidados, de forma pronta e sistematizada de modo a que a resposta seja eficaz e eficiente, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime (OE,2018). A capacitação dos enfermeiros para atuar perante cenários imprevisíveis, passa por programas de formação continua e simulacros, para que possam atuar de forma eficaz em situação de catástrofe (Pereira, 2018).

No SU, durante a integração realizada pela enfermeira gestora, foi possível conhecer de forma expositiva o Plano de Emergência Interna (Catástrofe) do SUG. Posteriormente, foi possível de o consultar na íntegra, sendo fundamental para a aquisição da competência.

Neste local de estágio detetou-se frequentemente a sobrelotação do serviço. Refletindo, sobre esta realidade e as repercussões que advém desta sobrelotação, considera-se que estamos perante uma situação de exceção, isto é, existe um elevado número de pessoas que recorrem ao SU, face à capacidade do serviço em assegurar o cuidado perante as necessidades em saúde detetadas, resultando num desequilíbrio entre a oferta e procura, prejudicando a qualidade e segurança da pessoa cuidada (Manso,2023). A situação de exceção, neste contexto, de desequilíbrio, dificulta a intervenção do enfermeiro na deteção atempada de sinais e sintomas de instabilidade (Manso,2023).

Com o cuidado de preservar possíveis indícios da prática de crime, foi possível colaborar na recolha de sangue para alcoolémia, após pedido dos agentes de autoridade, cumprindo o protocolo de recolha desta amostra. Foi dado a conhecer o local no SU onde são armazenadas

as amostras, pelo enfermeiro coordenador até serem recolhidos pelas autoridades competentes. A cadeia de custódia é fundamental para garantir a integridade das provas (Santos & Levine, 2024).

Na unidade de diálise, foi consultado o plano de evacuação da unidade, que realizam periodicamente, no entanto não têm implementado, nem definido um plano de catástrofe. Segundo o que foi informado é um processo que está em formulação a aguardar conclusão de obras. No entanto, a Portaria nº94/2024, regulamenta que as unidades de diálise devem dispor de um regulamento interno, validado pelo diretor clínico, do qual deve constar, um procedimento em caso de emergência médica.

Neste contexto, existem autores que sugerem um plano de preparação para as clínicas de diálise, que deverá ser implementado em caso de catástrofe como incêndio de instalações, terremotos (Guimarães & Aguiar, 2005; Guimarães & Ponce, 2006). Sugerem que as clínicas de diálise devem ter um elemento responsável pela formação de todos os profissionais e pela manutenção dos preparativos mínimos para a eventualidade de catástrofe (Guimarães & Ponce, 2006). Se ocorrer uma catástrofe, deve ser realizada uma avaliação da clínica a nível estrutural que tem de estar de acordo com o MBPDC, para prosseguir os tratamentos com normalidade. É a partir desta avaliação que se estabelece se a clínica foi ou não atingida pela catástrofe. Se detetar que estão incapacitadas de realizar tratamento devem ter uma lista de outros centros, que poderão receber os doentes em regime de reciprocidade, sendo o mecanismo de transferência iniciado, através do contacto direto entre duas pessoas autorizadas e previamente designadas (Guimarães & Aguiar, 2005). Portanto, em caso de catástrofe ou crise deve ser assegurado os tratamentos de diálise e comunicar aos doentes da necessidade de se deslocarem a outros centros para realizarem os seus tratamentos. Deverá haver uma articulação, com várias instituições com proteção civil, INEM e outros centros próximos não afetados, mobilizar recursos humanos e técnicos de forma a permitir a continuidade dos tratamentos (Guimarães & Ponce, 2006). Refletindo sobre esta temática, a sugestão dos autores seria uma boa base para realizar um plano de catástrofe na clínica.

A evacuação do SMI, tem particularidades, devido à tipologia dos doentes e à localização do serviço. Neste sentido, foi necessário pesquisar sobre a existência de um plano de atuação em caso de catástrofe. Foi discutido com a EG, o plano de evacuação, tendo sido consultado o plano da instituição e o específico para a evacuação do serviço em caso de necessidade. De

acordo com este, o serviço é dotado de equipamento (Balas de Oxigénio, ventiladores portáteis) necessário para realizar a evacuação dos doentes em segurança.

Evacuar doentes internados num SMI, revela-se um procedimento complexo, pelo que deve ser evitado sempre que possível. Os doentes internados neste ambiente exigem cuidados altamente especializados, o que torna a evacuação destes um processo complexo e desafiador. À medida que aumenta a necessidade de suporte vital de um doente, cresce proporcionalmente a complexidade do processo de evacuação (Santos,2019).

Nestes contextos de prestação de cuidados ao doente crítico, os enfermeiros desempenham um papel fundamental, através de uma avaliação do estado clínico e das necessidades envolvidas (Santos,2019). Assim, a capacidade de evacuação, está diretamente relacionado à competência e à capacidade de atuação dos profissionais, as quais são adquiridas e aperfeiçoadas através de formação permanente. Esta é essencial para capacitar os profissionais de saúde para atuar eficazmente perante a necessidade de evacuação (Santos,2019).

Portanto, a abordagem desta temática de evacuação é fundamental, principalmente em relação ao papel do enfermeiro numa situação de catástrofe e recursos na comunidade, contactos de encaminhamento/referenciação, contactos de emergência (Santos & Dixe,2017). Pois, de acordo as mesmas autoras, os cuidados de enfermagem a doentes em situações de emergência e catástrofe obriga a aquisição e mobilização de competências nos vários domínios do saber (conhecimentos) e do saber fazer (técnicas).

De acordo com o exposto seria uma proposta de melhoria na formação dos enfermeiros que prestam cuidados nestes locais.

### **2.2.3 Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos na pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face á complexidade da situação e á necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são questões interligadas e de crescente relevância global, pois aumentam a morbidade e mortalidade, prolongam o tempo de internamento e agravam os custos em saúde (DGS,2017; Kopsidas, et al., 2021). É uma preocupação nos cuidados à PSC, que está depende de técnicas mais invasivas para a sua

sobrevivência sendo por isso, alvo preferencial para o aparecimento de infeções (OE,2018) Neste sentido, aos EE é exigido, que maximize a prevenção, o controlo da infeção e de RAM à PSC (OE,2018).

De acordo, o *European Centre For Disease Prevention and Control* (ECDC), há que mais de 3,5 milhões de casos de IACS anualmente na União Europeia, originado mais de 90 mil mortes, sendo por isso uma preocupação de nível saúde à escala nacional e global. Considera ainda que 20% destas seriam evitáveis (ECDC,2018). Em Portugal, entre 2016 e 2017, a prevalência de IACS foi de 9,1%, a segunda maior da Europa, gerando custos financeiros, econômicos, sociais e individuais significativos (ECDC,2018).

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), surge neste contexto a nível nacional e da instituição, com o objetivo de reduzir a incidência de infeção associada a cuidados de saúde, a promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência adquirida a antimicrobianos, através de intervenções de melhoria de qualidade, educativas e comportamentais (DGS,2022). O PNSD 2021-2026, reforça a preocupação, no enunciado de “Prática seguras em ambientes seguros” em que propõe como objetivo estratégico o de reduzir as IACS. Referindo que as instituições de saúde devem desenvolver ações de promoção que incrementem a adesão das precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) (PNSD, 2021). As PBCI, são um conjunto de dez medidas que devem ser aplicadas pelos profissionais de saúde nos cuidados prestados a todos os doentes de forma a garantir a segurança dos mesmos e dos profissionais (DGS, 2019).

Uma das principais vias de transmissão de microrganismos são as mãos dos profissionais, portanto, a higiene das mãos inserida no conjunto das PBCI, constitui a intervenção mais relevante na prevenção e no controlo da infeção, assim como, no controlo das RAM (DGS,2019). Durante a frequência dos estágios, foi uma preocupação cumpriu a higienização das mãos, cumprindo os “5 momentos”, definidos pela DGS.

No SU, devido à sobrelotação do serviço, revelou-se um desafio em algumas áreas o cumprimento das PBCI. A estrutura física do serviço não se encontra adequada para o excesso de doentes que admitia, por isso, o distanciamento entre macas e o isolamento dos doentes revelou-se uma tarefa difícil. No entanto, a avaliação de risco de infeção, é efetuada e tenta-

se alocar os doentes de acordo com o risco ou infeção identificada. Colaborou-se na mobilização dos doentes com infeção para uma área mais restrita, numa tentativa de se realizar isolamento por coorte. Foi uma preocupação, respeitar os 5 momentos de higienização das mãos; o uso racional de equipamento de proteção individual (EPI) de acordo com a situação clínica do doente; o uso adequado de luvas; a preparação segura na preparação e administração de injetáveis. No entanto, o cumprimento das PBCI revelou-se um desafio devido à estrutura física e organizacional do serviço, o reduzido número de dispensadores de solução alcoólica aliada à sobrelotação de doentes.

O cumprimento de “*bundles*” emanadas pela DGS foram respeitadas, as orientações dos “feixes de intervenções”, nomeadamente: de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico, num doente que foi submetido a uma cirurgia de urgência, e de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, nas várias oportunidades de o colocar. Após deteção desta lacuna no cumprimento deste feixe, foi proposto a implementação de um dispositivo de fixação do cateter vesical.

O risco de infeção está igualmente presente nos doentes dependentes de diálise. Estes realizam os seus tratamentos através de CVC ou FAV, manuseado três vezes por semana, portanto este risco está potenciado (Fresenius,s.d.).Assim, a prestação de cuidados, foi realizada de modo a se cumprir as PBCI, a avaliação da necessidade de isolamento, em que ocorre a distribuição do doente de acordo com a cadeia epidemiológica e infeção quer na distinção de salas como na máquina de diálise, o cumprimento da higienização das mãos, selecionando a técnica adequada; o cumprimento de utilização de EPI, o circuito ambiental entre os sujos e os limpos, a prevenção dos acidentes por picada, o controlo ambiental; a limpeza da unidade e dos derrames (OE,2016; DGS,2013).

Associado aos recursos de material esterilizado, a unidade tem implementado a técnica *Asseptic No Touch Technique* (ANTT). Esta técnica é necessária respeitar em vários momentos de cuidados de enfermagem aos doentes em tratamento. Definida como Técnica Asséptica de Não Contato, combina a técnica asséptica e a técnica sem toque, sendo um método de controle de infecção usado para prevenir a contaminação de áreas estéreis ou suscetíveis à infecção durante procedimentos clínicos e de enfermagem (Clare, S., Rowley.S., 2017).

Sendo os tratamentos dialíticos, envolvidos em risco acrescidos pela existência de grande volume de sangue no circuito extracorporal, a prevenção de ocorrência de infeção e acidentes de trabalho por exposição a sangue deve ser prevenida pelo uso de EPI (Fresenius, s.d.). A utilização EPI, é incrementado e sujeito de auditorias de acordo com a política da empresa, assim a presença de óculos, avental, máscara cirúrgica e luvas é essencial no ligar e o desligar do doente à máquina de diálise. Assim, a prevenção de infeção foi uma preocupação e mantida através da realização dos procedimentos respeitando a assepsia e o cuidado de vigiar e despistar precocemente os sinais e sintomas de infeção.

Os doentes sob cuidados no SMI, são mais vulneráveis a infeções, devido ao recurso de procedimentos invasivos, à elevada terapêutica antibiótica ou imunossupressora (Machado et al., 2021). Neste sentido, a organização do serviço, disponha de aspetos facilitadores à adesão dos profissionais ao cumprimento das PBCI. Como, vários lavatórios para lavagem das mãos, cada unidade do doente tinha uma solução antisséptica de base alcoólica para a desinfeção das mãos, assim como spray de cloro-hexidina a 2% para a desinfeção de dispositivos intravasculares.

O PNSD 2021-2026, reforça como objetivo “Reduzir em, 30 % a incidência da infeção urinária associada a cateter vesical, da infeção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central, da pneumonia associada ao tubo endotraqueal” (PNSD,2021, pág.103). Neste sentido, é essencial o cumprimento das orientações emanados pela DGS dos “Feixe de Intervenções”: para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação (DGS,2022), a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (DGS,2022) e para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Venoso Central (DGS,2022).

Na admissão do doente no serviço é realizado uma **avaliação séptica**, (hemoculturas, Urocultura, expetoração, zaragatoas para pesquisa de *Enterobacteriaceas* Resistentes aos *Carbapenemos* e zaragatoa para pesquisa de *Staphylococcus Aureus* Resistente à *Meticilina* para detetar precocemente algum agente infeccioso, essencial para a decisão de colocação do doente, se necessário em algum tipo de isolamento para minimizar o risco de infeção cruzada. Este, potencia a utilização de EPI, de modo a proporcionar proteção adequada aos profissionais de saúde e familiares, indo de encontro à orientação da DGS (DGS,2019).

O cumprimento das PBCI e dos feixes de intervenções foi uma preocupação na realização dos cuidados de enfermagem em todos os locais de estágio, considera-se que se desenvolveu e se adquiriu esta competência.

As realizações destes estágios proporcionaram contextos de aprendizagem, promoveram a reflexão sobre os cuidados prestados à PSC e sua família e estimularam o desenvolvimento e a aquisição de competências na área do doente crítico.

## **CONCLUSÃO**

A elaboração deste relatório contribuiu para a reflexão dos vários momentos de aprendizagem e representa o culminar neste percurso pedagógico na obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica com área de especialização em EPSC. Este percurso contribuiu para a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto EE e colaborou para o crescimento pessoal e profissional, permitiu o desenvolvimento de pensamento crítico fomentando a tomada de decisão, através da prática baseada na evidência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Heart Association*, (2021), Suporte avançado de vida Cardiovascular- manual do profissional, ISBN: 978-1-61669-919-2
- Azevedo, C. I. A., da Graça, L. C., & Sousa, C. D. P. F. (2023). Perceção dos enfermeiros das competências de tomada de decisão na triagem de Manchester. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1-16.
- Baptista, G., Magalhães, B., Rodrigues, V., & Galvão, A. (2024). Estratégias de comunicação do enfermeiro com o paciente crítico em unidades de terapia intensiva: scoping review. *Millenium - Revista de Educação, Tecnologias e Saúde*, 2 (15e), e35355. <https://doi.org/10.29352/mill0215e.35355>
- B-Simple (2024). BSimple – Produtos. [site web]. Disponível em <https://www.b-simple.pt/produtos/>
- Brito, VR de., Figueiredo, MBG de A., Santos, RL dos., Sobral, JSRC., Albuquerque, AT, Oliveira, LG de., Araújo, BSAP., Munaretto, GF., & Guimarães, MG. V. (2022). Acesso vascular para hemodiálise: análise de dados clínicos da Diaverum em Sergipe. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 11 (16), e221111638181. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.38181>
- Borges, D. (2015). A comunicação com a família em contexto de cuidados paliativos. [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana\\_Borges.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf)
- Chaica, V., Marques, R., Pontífice-Sousa, P. (2024). ISBAR: A handover nursing strategy in emergency departments, scoping review. In *Healthcare* (Vol. 12, No. 3, p. 399). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare12030399>
- Clare, S. and Stephen Rowley. S. (2017), *Implementing the Aseptic Non Touch Technique (ANTT®) clinical practice framework for aseptic technique: a pragmatic evaluation using a mixed methods approach in two London hospitals*, *Journal of Infection Prevention 1-10* doi.org/10.1177/1757177417720996
- Correia, A. I. C., Melo, M. E. G. A., Sousa, L. M. M. D., & Zangão, M. O. B. (2024). Comunicação eficaz na transição dos cuidados em unidades de cuidados intensivos: método isbar. In *GESTÃO EM ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS: PRÁTICA, PROCEDIMENTOS E INTERVENÇÕES* (Vol. 1, pp. 24-38). Editora Científica Digital.
- Correia, I., & Martins, M. L. (2023). Segurança no uso do medicamento no doente crítico: revisão integrativa da literatura. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(2), 111–122. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.205>
- Costa, A. C. L., Preto, L. S. R., Barreira, I. M. M., Mendes, L. A., Araújo, F. L., & Novo, A. F. M. P. (2020). Triagem e ativação da via verde do acidente vascular cerebral: dificuldades sentidas pelos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 96-101. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.14.5829>
- Coutinho, B. S., Neves, T. S., Lobato, T. S., Gomes Junior, D. S., Miranda, M. K. V., & Gouvea-e-Silva, L. F. (2021). O uso do acesso venoso na hemodiálise: repercussões na saúde. *Saúde (Santa Maria)*, 47(1). <https://doi.org/10.5902/2236583440647>
- Diário da República (2024). Portaria nº94/2024/1, de 11 de março <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/94-2024-854635724>

- Direção-Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003. <https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor como 5 sinal vital - 2003.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes, Norma nº 020/2014, from <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-com-nome-ortografico-fonetico-ou-aspeto-semelhantes.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto, Norma nº 015/2017 de 13/07/2017 in <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/07/13/via-verde-do-acidente-vascular-cerebralno-adulto/>
- Direção-Geral da Saúde (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº 001/2017 Lisboa: Ministério da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017 Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017. ISSN: 2184-1179. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, Norma nº 007/2019 de 16/10/2019, in <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Norma nº 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](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)
- Gomes, Jeferson Dos Santos, Santos De Souza, Miriele, Teixeira Dantas Faria Mariane. (2022). Atuação da enfermagem frente às intercorrências nas sessões de hemodiálise. *Revista Ciência (In) Cena*, 1(7). <https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/cienciaincenabahia/article/view/145>
- Grupo Português de Triagem. (s.d.). Sistema de Triagem de Manchester. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Norma nº. 029/2012. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://www.normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes, Norma nº 020/2014, from <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-com-nome-ortografico-fonetico-ou-aspeto-semelhantes.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto, Norma nº 015/2017 de 13/07/2017 in <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/07/13/via-verde-do-acidente-vascular-cerebralno-adulto/>
- Direção-Geral da Saúde (2017a). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº 001/2017 Lisboa: Ministério da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

- Direção-Geral da Saúde. (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, Norma nº 007/2019 de 16/10/2019, in <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Infecções e resistências a antimicrobianos relatório do programa prioritário PPCIRA 2021. Lisboa. Ministério da Saúde. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/infeco-es-hospitalares-e-consumo-de-antibioticos-diminuiram-entre-2015-e-2020-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022a). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Norma nº 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 - [https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma\\_019\\_2015\\_atualizada\\_29\\_08\\_2022\\_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf)
- Grupo Português de Triagem. (s.d.). Sistema de Triagem de Manchester. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Hu, Y., Shi, D., You, L., & Li, W. (2021). *Intrahospital transport of critically ill patients: A survey of emergency nurses. Nursing in Critical Care, 26(5), 326–332.* doi:10.1111/nicc.12601
- ItaborahyR. de S., & LimaL. da S. (2023). Delirium na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Eletrônica Acervo Médico, 23(4), e12383.* <https://doi.org/10.25248/reamed.e12383.2023>
- International Council Of Nurses* (2019) *Core competencies in disaster nursing: version 2.0.* Geneva, Switzerland: *International Council of Nurses* [ICN Disaster-Comp-Report WEB.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/2019-09/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf)
- Lei n.º 27/2006 da Assembleia da República. (2006). Diário da República n.º 126/2006, Série I de 2006-07-03, Pág. 4696 – 4706. <https://data.dre.pt/eli/lei/27/2006/07/03/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 33/2009 da Assembleia da República. (2009). Diário da República: Série I, de 2009-07-14. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/33-2009-492408>
- Lei n.º 15/2014 da Assembleia da República. (2014). *Diário da República n.º 57/2014, Série I de 2014-03-21.* <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Lei n.º 14/2015 da Assembleia da República. (2015). Diário da República nº32/2015 série I de 2015-02-16, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/14-2015-66528823>
- Machado AGF, Carvalho AAS, Macedo APMC. (2021) Aplicação de Feixes de Intervenção numa unidade de terapia intensiva portuguesa. *Revista baiana enferm.;35:e-43809.*
- Manso, A. C. (2023). Vigilância do enfermeiro à pessoa em situação de exceção (Doctoral dissertation).in [file:///C:/Users/User/Downloads/content%20\(8\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/content%20(8).pdf)
- Marcondes, MF, de Souza, GBV, Souza, JBA, Costa, LLA, & Junior, E. de A. (2021). Complicações decorrentes de fístulas arteriovenosas em pacientes submetidos à hemodiálise / Complicações decorrentes de fístulas arteriovenosas em pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira de Revisão de Saúde, 4 (2), 9566–9573.* <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-449>
- Matos, A. B. M.R (2022). Sobrelotação do Serviço de Urgência do Hospital Garcia de Orta: Razões, Consequências, Perfil dos Utentes e Proposta de Soluções (Master's thesis, ISCTE-Instituto Universitario de Lisboa (Portugal)).[https://repositorio.iscteul.pt/bitstream/10071/26825/1/master\\_alexandra\\_reis\\_matos.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://repositorio.iscteul.pt/bitstream/10071/26825/1/master_alexandra_reis_matos.pdf?utm_source=chatgpt.com)

- Meleis, A. (2010). Transitions Theory. In S. P. Company (Ed.), Foundations of Art Therapy Supervision: Creating Common Ground for Supervisees and Supervisors (1st ed.). <https://doi.org/10.4324/9781315451176-5>
- Meleis, A. I. (2012). Theoretical Nursing: development and progress. (5.ª Edition). Philadelphia: Wolters Kulwer Health. Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9.
- Melo, A. C. T., & Lima, A. F. C. (2021). Custos diretos dos procedimentos de resgate para manejo das complicações do acesso vascular para hemodiálise convencional. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e20210156 in <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/b7Y6mpyxNfz6prRK6vwSYxP/?lang=pt>
- Ministério da Saúde. (2020). Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>
- Nunes, L. (2020). Aspetos éticos na investigação de Enfermagem, Escola superior de Saúde do Instituto Politécnico de setúbal, ISBN: 978-989-54837-0-9 [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook\\_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf\\_jun%202020.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf)
- Faria, R., & Moreno, R. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25, 137-147.
- OMS. (2009). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge: Clean Care Is Safer Care. Geneva, Switzerland: World Health Organization
- OMS.(2023); Global strategy on infection prevention and control. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376751/9789240080515-eng.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer nº. 10/2017. Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência. In [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer\\_10\\_2017\\_MCEEMC\\_diferenciaointervencoesenfermagemservicourgencia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_diferenciaointervencoesenfermagemservicourgencia.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 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. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, in [Regulamento n.º 743/2019 | DR \(diariodarepublica.pt\)](https://www.diariodarepublica.pt/Regulamento-n-743-2019-DR)
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise. (Digital Ed.). Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise\\_vf\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf)

- Ordem dos Médicos. (2017). Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos. Ordem dos Médicos Colégio de Especialidade de Nefrologia. [https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Boas\\_Praticas\\_de\\_Dialise\\_Cr%C3%B3nica\\_OM\\_2017.pdf](https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Boas_Praticas_de_Dialise_Cr%C3%B3nica_OM_2017.pdf)
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos- Recomendações* Retrieved in <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Vers%C3%A3o-mar%C3%A7o-2023-final-II.pdf>
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. Coutinho, P. (2017). Rede de Referenciação de Medicina Intensiva. SNS, Redes de Referenciação Hospitalar. Lisboa. In <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/08/RNEHRMedicinaIntensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 2088. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>
- Pereira, M. M. F. (2018). Capacitação Pedra, R. A. V., Ferreira, M. L., Pureza, J. A. B., Lelis, G. N., & Andrade, E. C. V. (2024). Sedação e analgesia em uti: protocolos atuais e melhores práticas. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(6), 4088-4099.
- Peixoto, V. C. L. (2021). Necessidades de Conforto da Pessoa em Situação Crítica Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva (Master's thesis, Universidade do Minho (Portugal)). <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/76791/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20V%c3%a2%20Catarina%20Lopes%20Peixoto.pdf>
- Pereira, J.; Barradas, F. & Sequeira, R. (2016). *Delírium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros*. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (9), 29-36. Retrieved from <https://rr.esenfc.pt/rr/index>
- Pereira, M. (2018). Capacitação dos enfermeiros para uma resposta sistematizada em situação de catástrofe e multivítimas. [Relatório de Estágio, Universidade de Évora, Departamento de Enfermagem]. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/24271>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência
- Pina, E., Ferreira, E., & Sousa-Uva, M. D. (2019). Infecções associadas aos cuidados de saúde. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*, 137-159.
- Pires, G. J. S. A. (2024). A segurança da pessoa em situação crítica no transporte intra-hospitalar (Doctoral dissertation).
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. (2021). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Rasouli, HR, Aliakbar Esfahani, A. & Abbasi Farajzadeh, M. (2019). Desafios, consequências e lições para saídas para emergências em hospitais: um estudo de revisão sistemática. *BMC Emerg Med* 19, 62 . <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0275-9>
- Sales CB, Bernardes A, Gabriel CS, Brito MFP, Moura AA, Zanetti ACB. (2018) *Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities*. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 71(1):126-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>
- Santos, C. & Dixe, M. (2017). Validação cultural do “Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET©)”: preparação dos enfermeiros perante uma situação de catástrofe. In M. Dixe; P. Sousa & P. Gaspar (Coords.),

- Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em situação crítica (pp. 69-88). Leiria: Instituto Politécnico de Leiria in <http://hdl.handle.net/10400.8/2881>
- Santos, T. (2019). Segurança do doente crítico: evacuação da unidade de cuidados intensivos (doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Castelo Branco). [file:///C:/Users/User/Downloads/T%C3%A2nia%20Santos\\_Mestrado.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/T%C3%A2nia%20Santos_Mestrado.pdf)
- Santos, E. A. dos, & Levine, T. (2024). Cadeia de custódia e suas relevâncias na persecução penal. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 10(5), 4379–4396. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i5.14115>
- Saraiva, Ávila M., Filho, E. de O., Alcantara, D. S. de, Veras, H. H. F., Costa, G. D., Buges, N. M., Oliveira, K. W. de, & Melo, M. P. de. (2025). Abordagem do enfermeiro para doação de órgãos. *Cuadernos De Educación Y Desarrollo*, 17(1), e7305. <https://doi.org/10.55905/cuadv17n1-128>.
- Schwitzer, E.; Schwab, K. Brinkman, L., DeFrancia, L. VanVleet, J. Baqi, E. Aysola, R., Qadir, N. (2023) *Survival s Recovery A Narrative Review of Post-Intensive Care Syndrome*, <https://doi.org/10.1016/j.chstcc.2023.100003>
- Segovia, Carmen. (2019). Comunicação em Situações Críticas, tradução Joel de Andrade. Hospital Moinhos de Vento, 2017. 3ª edição. Porto Alegre: Hospital Moinhos de Vento, 2019. 86p. in [file:///C:/Users/User/Desktop/comunicacao\\_situacoes\\_criticas.pdf](file:///C:/Users/User/Desktop/comunicacao_situacoes_criticas.pdf) <https://doi.org/10.1016/j.chstcc.2023.100003>
- Serviço Nacional de Saúde. (2024). Agora a triagem é no SNS24: Antes de ir à urgência ligue sempre. In [https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/10/FAQ\\_Ligue-Antes-Salve-Vidas\\_out24.pdf](https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/10/FAQ_Ligue-Antes-Salve-Vidas_out24.pdf)
- Souza, TLD, Azzolin, KDO, & Fernandes, VR. (2018). Cuidados multiprofissionais para pacientes em delirium em terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista gaúcha de enfermagem*, 39, e2017-0157
- Sociedade portuguesa de cuidados intensivos, s.d., Plano Nacional de avaliação da Dor, resultados, <https://www.spici.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2024); Recomendações para o seguimento da síndrome pós-internamento em cuidados intensivos no doente e família, [https://www.spici.pt/media/grupos/Recomendacoes\\_modelo\\_de\\_seguimento\\_SPICI\\_e\\_followup\\_doente\\_e\\_familia\\_SPICI\\_e\\_OM\\_2024.pdf](https://www.spici.pt/media/grupos/Recomendacoes_modelo_de_seguimento_SPICI_e_followup_doente_e_familia_SPICI_e_OM_2024.pdf)
- Técnico-científico, C. (2018). Manual de referências técnicas para a elaboração de trabalhos académicos na ESSS Leiria. Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos. Leiria
- Ventura-Silva, J.M.A., Martins, M.M.F.P.S, Trindade, L.L., Ribeiro, O.M.P.L & Cardoso, M.F.P.T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: *scoping review*. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Tavares, J. F. O. (2023). Cuidar do potencial dador de órgãos: do percurso realizado ao desenvolvimento de competências especializadas e de mestre em enfermagem (Doctoral dissertation). [file:///C:/Users/User/Downloads/content%20\(34\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/content%20(34).pdf)
- Tejero-Aranguren, J., Martin, R. G. D. M., Poyatos-Aguilera, M. E., Morales-Galindo, I., Cobos-Vargas, A., & Colmenero, M. (2022). Incidência e fatores de risco associados à síndrome pós-cuidados intensivos em uma coorte de pacientes em estado crítico. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 34, 380-385.

## **PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA**

## CONHECIMENTOS E AUTO PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A FREQUÊNCIA DO CUMPRIMENTO DAS PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DA INFEÇÃO

Nurses' knowledge and self-perception of the frequency of compliance with basic infection control precautions

Conocimiento y auto percepción por parte de los enfermeros de la frecuencia de cumplimiento de las precauciones básicas de control de infecciones

### RESUMO

**Enquadramento:** As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), são um problema de saúde pública. AS IACS previnem-se através do cumprimento das Precauções Básicas de Controlo de infeção (PBCI).

**Objetivo:** Avaliar os conhecimentos e auto percepção dos enfermeiros sobre o cumprimento das PBCI, identificar as dificuldades dos enfermeiros na adesão das PBCI e propostas de melhoria na implementação das PBCI.

**Metodologia:** Estudo quantitativo e descritivo, com recurso a um questionário, aplicado numa Unidade Local de Saúde da Região Centro. A população foram enfermeiros, do Bloco Operatório: Central e Cirurgia do Ambulatório.

**Resultados:** Verificou-se que a auto percepção dos enfermeiros na aplicação das PBCI é boa. No entanto deteta-se lacunas nos conhecimentos destas. Os fatores a melhorar foi a utilização de proteção individual com 63,9%. Apurou-se a formação como principal estratégia para implementar para melhorar o cumprimento das PBCI.

**Conclusão:** Para cumprir as PBCI foram identificados fatores individuais como a falta de conhecimento e fatores organizacionais como a escassez de recursos humanos. A formação foi identificada como principal ação para melhorar a aplicação das PBCI.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Conhecimento, Controlo de infeção, Precauções Básicas de Controlo de Infeção

### ABSTRACT

**Background:** Healthcare-associated infections (HAIs) are a public health problem. HAIs can be prevented through compliance with Basic Infection Control Precautions (BICP).

**Objective:** To assess nurses' knowledge and self-perception regarding compliance with PBCI, identify nurses' difficulties in adhering to PBCI and propose improvements in the implementation of PBCI.

**Methodology:** Quantitative and descriptive study using a questionnaire, carried out in a hospital in central Portugal. The population was made up of nurses from the Operating Room: Central and Ambulatory Surgery.

**Results:** It was found that the self-perception of nurses in the application of PBCI is good. However, there are gaps in their knowledge. The factors to improve were the use of personal protection, with 63.9%. Training was found to be the main strategy to implement in order to improve compliance with the IPCPs.

**Conclusion:** To comply with the BIPC, individual factors such as lack of knowledge and organizational factors such as shortage of human resources were identified. Training was identified as the main action to improve the application of the IPCP.

**Keywords:** Nursing; Knowledge, Infection control, Basic infection control precautions

## RESUMEN

**Marco Contextual:** Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS) son un problema de salud pública. Las HAI se previenen siguiendo las Precauciones básicas para el control de infecciones (PBCI).

**Objetivo:** Evaluar el conocimiento y la auto percepción de las enfermeras sobre el cumplimiento del PBCI, identificar las dificultades de las enfermeras para adherirse al PBCI y propuestas de mejora en la implementación del PBCI.

**Metodología:** Estudio cuantitativo y descriptivo, mediante cuestionario, desarrollado en un hospital de la región central de Portugal. La población fueron enfermeras, del Quirófano: Cirugía Central y Ambulatoria.

**Resultados:** Se encontró que la auto percepción de los enfermeros en la aplicación del PBCI es buena. Sin embargo, se detectan lagunas en sus conocimientos. Los factores a mejorar fueron el uso de protección personal con un 63,9%. Se encontró que la capacitación es la principal estrategia a implementar para mejorar el cumplimiento del PBCI.

**Conclusión:** Para cumplir con el PBCI se identificaron factores individuales como la falta de conocimiento y factores organizacionales como la escasez de recursos humanos. La capacitación fue identificada como la principal acción para mejorar la aplicación del PBCI.

**Palabras clave:** Enfermería; Conocimiento, Control de infecciones, Precauciones básicas para el control de infecciones.

## Introdução

O aumento das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e da resistência antimicrobiana (RAM), afetam os doentes nos sistemas de saúde a nível global, com risco de propagação à comunidade, faz emergir a necessidade do controlo de infeção (OMS,2023). As IACS causam aumento da mortalidade e da morbilidade, promovem aumento de tempo de internamento e custos em saúde (Kopsidas, et al., 2021) sendo considerado um problema de saúde pública (Bekele et al.,2023). Neste sentido, a prevenção de infeções contribui para a redução de custos de saúde e para o aumento da qualidade e a segurança dos cuidados de saúde (OMS,2023).

De acordo o *European Centre For Disease Prevention and Control* (ECDC), há que mais de 3,5 milhões de casos de IACS anualmente na União Europeia, originado mais de 90 mil mortes, sendo por isso uma preocupação de saúde à escala nacional e global. Considera ainda que 20% destas seriam evitáveis (ECDC,2018). Em Portugal, entre 2016 e 2017, a prevalência de IACS foi de 9,1%, a segunda maior da Europa, gerando custos financeiros, económicos, sociais e individuais significativos (ECDC,2018).

A este impacto das IACS, acresce as infeções devido a bactérias resistentes a antimicrobianos, que podem levar a complicações, internamentos hospitalares prolongados ou a morte (ECDC,2018). A resistência aos antibióticos é uma pandemia silenciosa e uma ameaça crescente para a saúde (ECDC,2022). Todos os anos, mais de 35 000 pessoas morrem de infeções resistentes aos antibióticos na União Europeia, Islândia e Noruega. Mais de 70% do impacto na saúde das infeções resistentes aos antibióticos está diretamente ligado às IACS. Isto poderia ser minimizado através de medidas adequadas de prevenção e controlo de infeções e da administração de antibióticos em contextos de cuidados de saúde (ECDC,2022). Neste contexto, a OMS recomenda a existência de programas ativos de prevenção e controlo de infeção, como forma de abordagem eficaz de proteger os doentes/familiares, os

profissionais das instituições prestadoras de cuidados de saúde, prevenindo as infeções adquiridas durante a prestação de cuidados que poderiam ser evitadas (OMS,2023). Assim, em Portugal, a Direção Geral da Saúde (DGS) criou o “O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)”, que tem como missão a prevenção e controlo de IACS, a promoção da prescrição e consumo adequado de antimicrobianos e a RAM (DGS,2022). Este programa define como um dos objetivos a promoção de adesão e cumprimento de precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) e de precauções baseadas na via de transmissão (DGS,2021)

A importância de prevenir IACS foi reforçada pela pandemia de COVID-19, que colocou as unidades de saúde em todo o mundo sob enorme pressão e destacou o papel das práticas de PBCI na proteção do público e dos profissionais de saúde. A pandemia de COVID-19 evidenciou que, nos casos de agentes infecciosos para os quais existe conhecimento limitado e não existem opções de tratamento estabelecidas, a prevenção de infeções é essencial para manter a integridade dos sistemas de saúde e garantir a segurança dos doentes (kopsidas, et al., 2021). Face ao exposto surgiu este trabalho tendo como objetivos: Caracterização sociodemográfica, profissional e de formação dos enfermeiros na área das IACS, avaliar os conhecimentos e auto percepção dos enfermeiros sobre a frequência do cumprimento das PBCI; Identificar a auto percepção dos enfermeiros dos fatores a melhorar para implementar as PBCI e Identificar dificuldades na adesão e cumprimento das PBCI.

## **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

IACS é definida como uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (DGS,2007; Dhedhi et al.,2021). Neste sentido, torna-se crucial a adoção de práticas seguras de cuidado capazes de prevenir ou controlar a transmissão de infeções, tanto em hospitais como em outros locais de saúde (Brosio et al., 2017). Assim, as infeções previnem-se através do cumprimento de estratégias de controle de infeção baseadas em evidências, como as PBCI (Ferreira et al,2024).

As PBCI, são um conjunto de medidas basilares que devem ser aplicadas pelos profissionais de saúde nos cuidados prestados a todos os utentes. Estas destinam-se a garantir a segurança

dos mesmos, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde (DGS, 2017; Dhedhi et al., 2021).

Estas medidas estão descritas e definidas pela norma da DGS, mencionando e descrevendo 10 princípios fundamentais, a cumprir de forma a prevenir a IACS e reduzir RAM que são: Colocação de doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), descontaminação de equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, prática segura na preparação e administração de injetáveis e ainda a exposição a agentes microbianos no local de trabalho. Segundo o Relatório Anual de Infecções e Resistência aos antimicrobianos (2021), a taxa global de adesão às PBCI, entre 2015-2020, sofreu um aumento dos dez componentes das PBCI em 6,5%. A taxa de cumprimento em 2019 e 2020, destes componentes onde se verificou maior aumento foram “colocação dos doentes, após avaliação do risco individual do doente para a infeção” (em 15,0%), “etiqueta respiratória” (em 12,5%), controlo ambiental (em 8,2%) e utilização de EPI (em 7,9%). Ainda nestes anos a taxa de cumprimento da higiene das mãos situava-se em 82,7% e a do primeiro momento de higiene das mãos em 76,2% (DGS, 2021), devido ao contexto pandémico (DGS, 2021).

Em 2020, a pandemia trouxe um acréscimo de exigência e de capacitação nas áreas de intervenção do PPCIRA, sobretudo, na área das PBCI, com um grande investimento em medidas como a higiene das mãos, a etiqueta respiratória, a avaliação do risco do doente, condições de isolamento dos doentes e higiene ambiental (DGS, 2021).

No entanto, existem fatores que influenciam a adesão às PBCI, como a falta de conhecimento, consciencialização, perceção do risco, perceção da eficácia das medidas de proteção, e outros como, a carga de trabalho, comportamento de risco, a disponibilidade de EPI, estrutura física, habilidades de liderança inadequadas e a supervisão (Bekele et al., 2020; Santos, 2024).

Para que ocorra uma maior adesão às PBCI, vários autores referem essencial que os gestores promovam a implementação e o acesso de normas, orientações. **Promovam formação e treino contínuo dos profissionais de saúde e a supervisão das práticas clínicas, assim como ocorram mudanças organizacionais, ambientais e de gestão que promovam a adesão** (Ferreira et al., 2024; Al-Faouri et al., 2021). Neste contexto, identificar e compreender os fatores que influenciam a adesão das PBCI entre os enfermeiros é fundamental para reduzir o risco de IACS, incrementar a segurança dos doentes e profissionais (Ferreira et al., 2024).

## 1-METODOLOGIA

### 1.1. Tipo de estudo

Tendo presente os objetivos, foi realizado um estudo quantitativo e descritivo, desenvolvido numa Unidade Local de Saúde da Região Centro de Portugal, desenvolvido entre janeiro de 2024 e novembro de 2024. A população deste estudo, foram os enfermeiros que prestam cuidados no Bloco Operatório e no bloco operatório de Cirurgia do Ambulatório de uma Unidade Local de Saúde da Região Centro. Com uma população inicial estimada de 108 enfermeiros. A amostra do estudo foram 36 enfermeiros das unidades funcionais de cuidado que aceitaram participar no estudo, com uma taxa de adesão de 33,33%. Foi uma amostra não probabilística, cujos critérios de inclusão foram enfermeiros que aceitaram participar no estudo, de forma voluntária e preencheram o instrumento de recolha de dados na data pré-definida.

A recolha de dados foi realizada através de um questionário do *google forms*, elaborado pelo investigador, de acordo com a grelha de orientação de avaliação da DGS das PBCI e da norma nº029/2012 atualizada em 2013. As questões organizadas neste foram formuladas com objetivo de recolher informação sobre os participantes, seus conhecimentos e auto percepção destes sobre a frequência do cumprimento das PBCI.

O instrumento desenvolvido para a recolha de dados foi constituído por 4 partes: a) caracterização sociodemográfica e profissional, b) identificar a auto percepção dos enfermeiros sobre a frequência do cumprimento das PBCI, através de 40 questões. Formuladas através de perguntas de resposta tipo *likert* com 5 opções de resposta – 1-Nunca, 2 – raramente, 3-Ocasionalmente, 4- Frequentemente, 5 – Sempre c) Conhecimentos sobre as Precauções Básicas de Controlo de Infecção, através de 5 questões com opção de resposta múltipla em que apenas uma estava correta d) Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na aplicação das PBCI, com cinco opções de resposta e com item de outros, que poderiam em resposta aberta especificar outras propostas, e) questão aberta onde era questionado, quais as estratégias que deveriam ser implementada para melhorar o cumprimento das PBCI no serviço. Tinha como tempo médio de preenchimento 10 minutos e foi enviado por *email* institucional através dos enfermeiros gestores às equipas.

O projeto teve parecer favorável pela comissão de ética da instituição, parecer ético nº 61/2024, onde se desenvolveu o estudo, tendo sido assegurados os princípios éticos enunciados pela Declaração de Helsínquia. Os dados obtidos foram sujeitos a tratamento estatístico, com recurso ao *Statistical Program for Social Sciences*® (SPSS®). A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva: frequências absolutas (n) e frequências relativas (%), medidas de tendência central ou de localização: média (M); medidas de dispersão ou variabilidade: desvio padrão (s).

Para as questões de resposta aberta e em virtude de as mesmas serem curtas as mesmas foram contabilizadas em frequências absolutas e relativas.

## 2. RESULTADOS

Os 36 enfermeiros participantes no estudo apresentavam uma média de idades de 49,4±8,6, maioritariamente com a categoria de enfermeiro exercendo a profissão à 26,1±7,9 anos e no serviço à 13,3±9,0 anos.

Relativamente a categoria profissional, 86,1% apresentavam a categoria de enfermeiro, e 13,9% de enfermeiro especialista. Da amostra, 50% dos enfermeiros detinha formação a nível das IACS, desta 38,9% formação de curta duração (8h) e pós-graduação 11,1%.

Tabela 1: Distribuição das respostas da amostra quanto aos dados socioprofissionais e de formação

Dados Socioprofissionais		Nº	%	
sexo	Feminino	32	88,9	
	Masculino	4	11,1	
Categoria profissional	Enfermeiro	25	69,4	
	Enfermeiro Especialista	5	13,9	
	Enfermeiro Graduado	6	16,7	
Habilitações Literárias	Licenciatura	30	83,3	
	Mestrado	3	16,7	
Local onde desempenha funções	Bloco Operatório	20	55,6	
	Cirurgia do Ambulatório	16	44,4	
Tem formações sobre IACS	Sim	Pós-graduação curta duração (8h)	14	38,9
		Pós-graduação	4	11,1
	Não	18	50,0	

Através da análise da tabela 2, em que foram colocadas questões para aferir a auto percepção dos enfermeiros referente à frequência das práticas do cumprimento das dez medidas das PBCI. Assim, relativamente à colocação de doentes, 83,4% dos profissionais referem que realizam a avaliação do risco de transmissão de agentes infecciosos, no entanto, 16,7% reconhecem que o fazem ocasionalmente ou não o fazem. Dos que realizam a avaliação, 86,1% isola-os num local que minimize esse risco.

Em relação à higienização das mãos, 63,9% dos inquiridos reconhecem que não cumprem os 5 momentos preconizados pela DGS. No entanto, 86,1% consideram que têm ao dispor SABA, não sendo fator para o não cumprimento dos momentos. Ainda neste contexto, 55,6% refletem que não realizam a técnica correta de higienização das mãos. A desinfecção das mãos após retirar as luvas 41,7%, consideram que fazem frequentemente e 55,6% sempre. Quando questionados se utilizavam adornos durante a prestação de cuidados, 11,2% reconhecem que sim, no entanto, 22,3% admite que utiliza unhas com extensões ou outros artefactos.

Em relação à etiqueta respiratória 100% dos profissionais considera que cumpre frequentemente ou sempre, os componentes da etiqueta respiratória, mas, 13,9% não realizam ensinamentos sobre esta temática aos doentes e familiares.

No que concerne à utilização de EPI, 36,1% dos inquiridos utilizam frequentemente luvas em contacto com fluídos orgânicos, mucosas e pele não integra, os restantes 63,9% sempre, no entanto, 5,6% não utilizam batas de manga comprida nas mesmas circunstâncias. Se analisar, o uso de máscara adequada ao procedimento, 16,7% não a usam frequentemente ou não há usam, no mesmo contexto, o uso de óculos ou outra proteção ocular, 50% não o utilizam na sua prática. Na descontaminação de equipamento, 19,5% dos participantes reconhecem que reutilizam material de uso único. Relativamente às práticas que visam o controlo ambiental e recolha segura de resíduos, verificou-se taxas elevadas de boas práticas 100% dos inquiridos identificam- que cumprem sempre ou frequentemente.

Relativamente às práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e na exposição a agentes microbianos no local de trabalho, verifica-se que 100% dos participantes consideram que cumprem as orientações. No entanto, 13,9%, ocasionalmente ativam o sistema de fecho intermédio nos contentores corto perfurantes quando estes não estão a ser utilizados, os restantes fazem-no sempre ou frequentemente.

Tabela 2- Distribuição das respostas da amostra quanto à auto percepção da frequência das práticas efetuadas para o cumprimento das PBCI

	1(Nunca)		2(raramente)		3(Ocasionalmente)		4(Frequentemente)		5 (Sempre)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Colocação de doentes: Na admissão do doente realizo a avaliação do risco de transmissão de agentes infecciosos	1	2,8	0	0	5	13,9	15	41,7	15	41,7
Os doentes de maior risco de transmissão, isolo-os num local que minimize esse risco	0	0	1	2,8	4	11,1	12	33,3	19	52,8
Higiene das Mãos: Em locais próximos dos doentes tenho Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) à disposição	0	0	0	0	5	13,9	31	86,1	0	0

Tabela 2 Continuação- Distribuição das respostas da amostra quanto à auto percepção da frequência das práticas efetuadas para o cumprimento das PBCI

Higienizo as mãos com SABA nos 5 momentos preconizados pela DGS	0	0	0	0	1	2,8	23	63,9	12	33,3
Cumpro a técnica correta de higienização das mãos	0	0	0	0	1	2,8	20	55,6	15	41,7
Após retirar as luvas higienizo as mãos	0	0	0	0	1	2,8	15	41,7	20	55,6
Leio a informação de sensibilização sobre a higiene das mãos existente no serviço (exemplo: cartazes)	0	0	0	0	5	13,9	17	47,2	14	38,9
Utilizo adornos durante a prestação de cuidados	28	77,8	4	11,1	0	0	2	5,6	2	5,6
Tenho as unhas sem extensões ou outros artefatos e sem verniz	6	16,7	2	5,6	0	0	2	5,6	26	72,2
Tenho as unhas curtas e limpas	0	0	0	0	0	0	4	11,1	32	88,9
Durante a prestação de cuidados, se tiver cortes e/ou abrasões cutâneas, protejo-os	0	0	2	5,6	1	2,8	13	36,1	20	55,6
Utilizo fardas com mangas curtas	0	0	0	0	1	2,8	10	27,8	25	69,4
Fecho as torneiras de manipulo manual com toalhete de papel	0	0	6	16,7	8	22,2	15	41,7	7	19,4
Etiqueta Respiratória Cumpro os componentes da etiqueta respiratória	0	0	0	0	0	0	18	50	18	50
Realizo ensinios ao doente e/ou visitas sobre as medidas de etiqueta respiratória	1	2,8	4	11,1	8	22,2	19	52,8	4	11,1
Disponibilizo toalhetes de uso único ao doente para conter as secreções respiratórias	0	0	1	2,8	3	8,3	11	30,6	21	58,3
Utilização de EPI: Utilizo adequadamente luvas em contacto com fluidos orgânicos, mucosas e pele não íntegra	0	0	0	0	0	0	13	36,1	23	63,9
Utilizo bata de manga comprida nas situações de maior risco de exposição a fluidos orgânicos	1	2,8	1	2,8	2	5,6	15	41,7	17	47,2
Utilizo máscara, adequada ao procedimento e ao tipo de exposição (Ex: Entubação endo-traqueal)	0	0	2	5,6	4	11,1	12	33,3	18	50
Utilizo óculos ou outro equipamento de proteção ocular, adequado ao procedimento e ao tipo de exposição (ex: Entubação endo-traqueal)	4	11,1	5	13,9	9	25	12	33,3	6	16,7
Utilizo calçado fechado e antiderrapante na prestação de cuidados diretos ao doente	0	0	0	0	1	2,8	3	8,3	32	88,9
Descontaminação do Equipamento Clínico Não reutilizo material de uso único	2	5,6	3	8,3	2	5,6	5	13,9	24	66,7
Consulto as recomendações dos fabricantes quanto ao processo de descontaminação dos equipamentos	0	0	0	0	3	22,2	10	27,8	18	50
Descontaminos equipamentos entre doentes	0	0	2	5,6	1	2,8	6	16,7	27	75
Controlo Ambiental: Limpo e organizo a minha área de trabalho, mantendo-a livre de objetos e equipamentos desnecessários	0	0	0	0	1	2,8	13	36,1	22	61,1
Consulto os protocolos de limpeza e os protocolos para remoção de derrames de matéria orgânica	0	0	2	5,6	4	11,1	17	47,2	13	36,1
Manuseamento Seguro da Roupa: Acondiciono a roupa limpa em local apropriado e protegido	0	0	0	0	0	0	13	36,1	23	63,9
Acondiciono a roupa suja, num contentor apropriado, junto ao local de utilização	0	0	1	2,8	1	2,8	6	16,7	28	77,8
Não encho os sacos de recolha de roupa até à sua capacidade máxima	0	0	2	5,6	4	11,1	14	38,9	16	44,4
Recolha Segura de Resíduos Utilizo os contentores de resíduos com mecanismo de abertura, sem o uso de mãos	1	2,8	1	2,8	4	11,1	15	41,7	15	41,7
Procedo a triagem dos resíduos, separando-os de acordo com o grupo a que pertencem	0	0	0	0	3	8,3	19	52,8	14	38,9
Descarto objetos cortoperfurantes, imediatamente após o uso, em contentor adequado	0	0	0	0	0	0	3	8,3	33	91,7
Ativo o sistema de fecho intermédio nos contentores cortoperfurantes quando não estão a ser usados	0	0	0	0	5	13,9	15	41,7	16	44,4
Coloco etiqueta nos contentores de cortoperfurantes com a data de abertura	4	11,1	3	8,3	6	16,7	9	25,0	14	38,9
Não encho os contentores de resíduos até à sua capacidade máxima	0	0	1	2,8	2	5,6	9	25,0	24	66,7

Tabela 2 Conclusão- Distribuição das respostas da amostra quanto à auto percepção da frequência das práticas efetuada para o cumprimento das PBCI

Práticas seguras preparação e Administração de Injetáveis Não utilizo a mesma seringa em mais do que um doente	5	13,9	0	0	1	2,8	0	0	30	83,3
Utilizo embalagens de dose única para medicamentos injetáveis	0	0	0	0	5	13,9	4	11,1	27	75,0
Utilizo agulhas/seringas de uso único, estéreis, para aceder a embalagens de doses múltiplas, mantendo as boas práticas de manutenção da esterilidade de todo o sistema de administração	0	0	0	0	0	0	3	8,3	33	91,7
Exposição a agentes microbianos no local de trabalho: Realizo o procedimento a seguir em caso de exposição significativa a fluídos orgânicos e/ou acidentes por picada ou corte ou projeção ocular	0	0	0	0	0	0	14	38,9	22	61,1

Legenda: 1-Nunca 2-Raramente 3-Ocasionalmente 4-Frequentemente 5-Sempre

Analisando a tabela 3, em que tinha como objetivo avaliar os conhecimentos dos enfermeiros, 100% sabem quando as PBCI devem ser adotadas, no entanto, quando questionados qual a via de transmissão de microrganismos, 11,1% revelam lacunas no conhecimento. Em relação à fricção das mãos com SABA, 52,8% demonstram falta de conhecimentos. A utilização de luvas e dos contentores corto-perfurantes os conhecimentos revelam-se superiores sendo de 97,2% e de 91,7% de respostas corretas respetivamente.

Tabela3. Distribuição das respostas da amostra quanto aos conhecimentos sobre as PBCI

Domínios avaliação	Nº	%
As precauções básicas de controlo de infeção devem ser adotadas...		
Apenas quando o doente tem infeção conhecida	0	0
Apenas quando o doente está imunodeprimido	0	0
Nos cuidados prestados a todos os doentes	36	100%
Quando vou realizar procedimentos invasivos	0	0
A transmissão de microrganismos é mais comum através...		
Do ar	3	8,3
Dos doentes	0	0
Das superfícies	1	2,8
Das mãos dos profissionais	32	88,9
A fricção das mãos com SABA...		
deve demorar 40-60 segundos	17	47,2
é menos eficaz que a lavagem das mãos	1	2,8
deve demorar 20-30 segundos	17	47,2
deve ocorrer quando as mãos estão visivelmente sujas	1	2,8
A utilização de luvas...		
deve ser sempre que toca no doente	0	0
deve apenas usar quando realiza procedimentos com técnica asséptica	1	2,8
dispensa a higienização das mãos	0	0
deve higienizar as mãos antes e depois do seu uso	35	97,2
Os contentores corto-perfurantes devem ser encerrados ...		
uma vez por semana independentemente da quantidade que tiverem	0	0
quando estes atingirem dois terços da sua capacidade	33	91,7
quando atingirem a sua capacidade máxima	1	2,8
quando atingirem metade da sua capacidade	2	5,6

Quando questionados quais as PBCI é que precisavam de melhoria no serviço, constatou-se que grande número de inquiridos optou por não sugerir, sendo este parâmetro em quase todos os itens por volta dos 30%. No entanto, verificou-se que 63,9% reconhecem como

proposta de melhoria a utilização de equipamento de proteção individual, 61,1% consideram que a exposição a agentes microbianos no local de trabalho, essencial para se melhorar. Como necessidade de melhoria, 52,8% dos inquiridos, consideram a colocação de doentes, como aspeto a desenvolver.

Tabela 4. Distribuição das respostas da amostra quanto às PBCI que precisam de ser melhoradas no serviço

MELHORIAS DO SERVIÇO	Não responderam		NÃO		SIM	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Colocação de doentes	9	25	8	22,2	19	52,8
Higiene das mãos	8	22,2	15	41,7	13	36,1
Etiqueta respiratória	14	38,9	9	25,0	13	36,1
Utilização de equipamento de proteção individual	8	22,2	5	13,9	23	63,9
Descontaminação de Equipamento clínico	11	30,6	11	30,6	14	38,9
Controlo Ambiental	11	30,6	8	22,2	17	47,2
Manuseamento seguro da roupa	13	36,1	11	30,6	12	33,3
Recolha segura de resíduos	13	36,1	10	27,8	13	36,1
Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis	13	36,1	17	47,2	6	16,7
Exposição a agentes microbianos no local de trabalho	7	19,4	7	19,4	22	61,1

Quando questionados, quais as dificuldades sentidas na aplicação das PBCI, durante a prática em local de trabalho, o mais referenciado é a sobrecarga de trabalho com 17 dos inquiridos e 10 referem as situações de emergência/urgência. A escassez de equipamento mencionado por 4 dos participantes. A falta de conhecimentos e a falta de assistentes operacionais foi referido por dois dos profissionais.

Tabela 5 -Distribuição das respostas da amostra quanto ás dificuldades sentidas na aplicação das PBCI

DIFICULDADES DURANTE A PRÁTICA		Nº	%
Escassez de equipamento (contentores, carros de apoio,...)		4	10
Falta de assistentes operacionais		2	5
Falta de conhecimento		2	5
Falta de cumprimento das normas e procedimentos neste âmbito		1	2,5
Situações de Emergência/Urgência		10	25
Sobrecarga de trabalho		17	45
Outros:	Cumprimento da norma por outras classes e respeito pelo trabalho da nossa classe	1	2,5
	Espaço físico pequeno	1	2,5
	Não usam calçado adequado de fácil higienização	1	2,5

No que respeita as estratégias que deveriam ser implementadas para melhorar o cumprimento das PBCI no serviço e após análise qualitativa das respostas, verificou-se que a formação, (atualização de formação e a formação a outras classes) foi mencionado por 14 dos profissionais. O aumentar o número de profissionais no serviço foi referido por três vezes. O melhorar a cultura organizacional foi mencionado por dois dos participantes. As restantes sugestões: Criar espaço de formação pratica, organização de espaço para os utentes, mais

tempo entre tempos cirúrgicos, garantir a correta limpeza/desinfecção entre utentes, sem pressas e com os passos corretos a executar e conhecer os doentes infetados foi mencionado apenas uma vez pelos participantes do estudo.

## DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Os 36 enfermeiros participantes no estudo apresentavam uma média de idades de  $49,4 \pm 8,6$ , maioritariamente com a categoria de enfermeiro exercendo a profissão à  $26,1 \pm 7,9$  anos e no serviço à  $13,3 \pm 9,0$  anos. Estes dados vão ao encontro do estudo desenvolvido por Brandão et al (2022) em que a 74,9% era do sexo feminino, com idade média de 42 anos. O exercício da profissão revelou-se superior neste estudo, comparando com o mesmo estudo que evidenciou 5 a 15 anos de trabalho (Brandão et al.,2022).

Através das análises dos dados verificou-se que 50% da amostra detinha formação sobre as IACS, este fator pode ser influenciar os dados obtidos, pois, o conhecimento dos procedimentos de PBCI entre os profissionais de saúde é essencial para uma prevenção eficaz no controle de infecção, contribuindo para a segurança do doente, do profissional de saúde e do ambiente (Ferreira et al., 2024).

Na admissão do doente deve ser avaliado o risco de transmissão de agentes infecciosos, esta avaliação orienta a tomada de decisão de colocação do doente e a implementação de medidas de isolamento em função da via de transmissão (DGS,2012). Neste estudo, 16,7% reconhecem que fazem ocasionalmente ou não o fazem, 13,9% não os isola após a realização da avaliação, potenciando o risco de infeção cruzada. Refletindo este parâmetro, constata-se que ao identificar os riscos associados, há maior a probabilidade de se identificar algum agente infeccioso, previamente à prestação de cuidados, potenciando a tomada de decisão e complementar as precauções básicas com precauções fundamentadas na via de transmissão, atendendo aos eventuais sintomas do doente, ao tipo de microrganismo suspeito e à forma como ele se transmite (Bastos,2023).

A higienização das mãos contribuiu para o controlo e prevenção das IACS, sendo identificada como uma das medidas mais simples e efetiva na redução das mesmas (DGS,2019; Kopsidas, et al., 2021)). A OMS, preconiza os 5 momentos de higienização das mãos: Antes do contacto com o doente, antes de um procedimento limpo/assético; após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso; após o

contacto com o doente, após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente do doente. Neste contexto, 63,9% dos inquiridos reconhecem que não os cumprem nos 5 momentos preconizados, ficando aquém da taxa de cumprimento em Portugal que em 2018 foi de 75,1%. No entanto, 86,1% consideram que têm ao dispor SABA, não sendo fator para o não cumprimento dos momentos, pois a localização adequada dos dispensadores de SABA, determina a adesão dos profissionais de saúde no cumprimento da higienização das mãos (DGS,2019). Ainda neste contexto, 55,6% refletem que não realizam a técnica correta de higienização das mãos. Friccionar as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger de acordo com os procedimentos a efetuar, ter atenção especial aos espaços interdigitais, polpas dos dedos, dedo polegar e punho (DGS,2019).

Em relação ao uso de luvas, a higienização das mãos deve ser realizada antes de as colocar e após a sua remoção (Brandão et al., 2022). Assim quanto a esta questão os inquiridos reconhecem a importância desta ação, pois 97,3% destes, têm a percepção que realizam sempre ou frequentemente. Estes dados vão de encontro, ao divulgado pelo Relatório Anual do Programa Prioritário de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos (2021), em que a percentagem de cumprimento das boas práticas de higiene das mãos foi de 97,4% em 2020, e o cumprimento do uso/substituição de luvas foi de 84,1%. Este é reforçado pelo estudo de Brandão et al.,2022, em que 83,1% dos profissionais indicam que higienizam as mãos após remover as luvas (Brandão et al.,2022).

Ao analisar a utilização de adornos, 11,2% reconhecem que utilizam durante a prestação de cuidados e 22,3% destes, concorda que utiliza unhas com extensões ou outros artefactos. Estes valores, encontram-se superiores se os comparamos com os resultados do estudo de Korb (2019) que indica 8,7% dos inquiridos, associam o uso de joias ao risco de colonização e 100% relacionavam as unhas artificiais e/ou postizas à colonização de microrganismos (Korb et al.,2019).

No que concerne à utilização de EPIs, 36,1% dos inquiridos utilizam frequentemente luvas em contacto com fluídos orgânicos, mucosas e pele não integra, os restantes 63,9% utilizam sempre. Se analisar, o uso de máscara adequada ao procedimento 16,7% não a usam frequentemente ou não usam, no mesmo contexto o uso de óculos ou outra proteção ocular 50% não o utilizam na sua prática, este corrobora com o estudo desenvolvido por Bekele,2020, em que apenas 25,7% dos profissionais usam máscara quando há o risco de transmissão de

agentes patogénicos através de contato respiratório e de apenas 22,8% usar óculos de proteção perante o mesmo risco (Bekele et al.,2020). Outro estudo, mostrou que 13,2% dos profissionais usavam máscara e apenas 6% usavam óculos de proteção nos procedimentos (Al-Faouri et al., 2021). Considerando EPI todo dispositivo ou produto de uso pessoal utilizado pelo profissional com o propósito de conferir proteção em situações de risco que ponham em causa a sua saúde e segurança. Estes devem ser adequados à situação, o uso de luvas, máscara adequada de acordo com o procedimento a realizar. Neste contexto, a máscara de proteção respiratória PPF2 ou equivalente é indicada para procedimentos com risco de gerar aerossóis como a intubação ou aspiração traqueal (Carvalho et al, 2021; Garcia et al,2021).

Analisando os conhecimentos dos enfermeiros sobre as PBCI, 100% da amostra demonstraram conhecimentos sobre quando as PBCI devem ser adotadas. Tendo como princípio “não há doentes de riscos há procedimentos de risco”, as PBCI devem ser adotadas perante todos os doentes e familiares (DGS,2012; Al-Faouri et al.,2021; Dhedhi et al.,2021). Este dado foi superior a outro estudo em que apenas 70% participantes possuíam um conhecimento muito bom do uso das PBCI (Bekele et al.,2020).

Em relação a transmissão de microrganismos, 11,1%, revelam lacunas. As mãos dos profissionais de saúde constituem, maioritariamente, o veículo para a transmissão de microrganismos de doente para doente e de ambiente (DGS,2019; Fonseca,2020). Este nível de conhecimento está em coerência com o identificado num estudo, em que 89,3% dos profissionais inquiridos identifica as mãos como a principal via de transmissão (Fonseca,2020). A higienização das mãos, deverá ser efetuada preferencialmente com a solução antisséptica de base alcoólica (SABA), pela eficácia que tem em menor tempo, pelo que se deve friccionar as mãos vigorosamente entre 20 a 30 segundos, até evaporar completamente a SABA, garantindo a secagem das mãos (OMS,2009; DGS,2019; Pires et al.,2017). Nesta questão 52,8% demonstraram falta de conhecimento neste item, vai de encontro a auto percepção das suas práticas em que 55,6% reconhece que não efetua a higienização correta.

As precauções de segurança como a gestão dos contentores corto-perfurantes, apresentou uma percentagem elevada de conformidade, sendo consistente com um estudo desenvolvido por Bekele e seus colaboradores (Bekele et al.,2020). O uso de luvas não invalida a higienização das mãos, sendo essencial a sua lavagem ou desinfeção antes e após a remoção das luvas, tendo o estudo revelado alto nível de conhecimento neste aspeto (OMS,2009)

Quando questionados, quais as dificuldades sentidas na aplicação das PBCI, durante a prática em local de trabalho, o mais referenciado foi a sobrecarga de trabalho com 17 dos inquiridos e 10 referem as situações de emergência/urgência. Esta dificuldade manifestada vai de encontro a um estudo que identifica este fator como obstáculo à adesão das PBCI (Korb et al., 2019). Estes autores, referem que a carga de trabalho, o *stress*, a atuação em situações de urgência e emergência, são fatores que desencadeiam nos trabalhadores a relativização das PBCI (Korb et al.,2019).

Uma percentagem significativa da amostra optou por não responder, quais as necessidades de melhoria das PBCI. Ao analisarmos estes dados, poderemos refletir sobre o seu significado. Podem considerar que não há necessidade urgentes de melhoria, considerando confiança nas práticas atuais, será uma falsa percepção da eficácia das medidas de proteção e de segurança. O conhecimento, a conscientização e o cumprimento das PBCI são condições importantes para a redução das IACS (Ferreira et al.,2024).

Dos que optaram por responder, 63,9% reconhecem como proposta de melhoria a utilização de equipamento de proteção individual, indo de encontro ao resultado deste estudo, da sua percepção, pois a utilização de EPI foi dos itens com mais lacunas na sua prática.

Em contrapartida, todos os elementos da amostra reconhecem no estudo, que realizavam e sabiam atuar em caso de exposição acidental, no entanto,61,1% identificam como proposta de melhoria. Mais de metade dos participantes, 52,8% consideram que a colocação dos doentes é um item das PBCI a melhorar, mas, este valor é superior ao que identificam como realizando nas suas práticas.

Em contrapartida, a formação, (atualização de formação e a formação de pares), foi mencionada por 14 dos participantes. Este dado corrobora com vários autores, que defendem que a formação dos profissionais de saúde em IACS e das PBCI, é um pilar essencial para garantir a segurança dos doentes e dos profissionais e reduzir as taxas de infeção hospitalar (Bekele et al.,2020; Vikke et al., 2020, Al-Faouri et al., 2021; Santos et al.,2024). Num estudo foi detetado que os profissionais de saúde que possuíam formação nas PBCI tinham mais probabilidade de cumprir as PBCI quando comparados com profissionais sem processo formativo (Bekele et al, 2020). No entanto, a formação teórica nem sempre se reflete na adesão das PBCI. Sendo, portanto, necessário garantir a formação contínua e o reforço a nível

das instituições de auditorias e cultura organizacional, para garantir a correta aplicação dos conhecimentos (Bekele et al.,2020; Al-Faouri et al.,2021).

A escassez de recursos profissionais foi identificada como um do item que dificulta a adesão e cumprimento das PBCI. A falta de apoio e incentivo dos gestores, pode influenciar a adesão das PBCI (Vikke et al.,2020). Quando os enfermeiros não recebem o apoio necessário das lideranças para implementar as medidas de controle de infecção, pode haver uma diminuição da motivação e do compromisso (Ferreira et al,2024). Neste contexto, pode-se inferir que a escassez de profissionais, promove a fadiga psíquica e física, promove a desmotivação sendo uma barreira no cumprimento das PBCI.

Apesar dos resultados, **houve** limitações que poderemos apontar no estudo nomeadamente a pouca adesão da população alvo do estudo, sendo a adesão ao estudo de apenas 33,33% da população a quem foi enviado o instrumento de recolha de dados. Outra limitação prende-se com o facto de ser realizado apenas numa instituição de saúde e não haver a recolha de dados por observação e apenas por percepção.

## CONCLUSÃO

Este estudo permitiu concluir que a auto percepção dos enfermeiros no cumprimento das PBCI é elevada. No entanto, ao avaliar os conhecimentos identificou-se lacunas que vão de encontro ao que identificam que é necessário nos seus locais de trabalho, podendo ser alargada à instituição. Assim, a formação da higienização das mãos, a utilização de EPI's foram os principais pontos das PBCI que se revelaram a necessidade de melhorar. Os participantes do estudo, evidenciaram ainda a necessidade formação da exposição a agentes microbianos no local de trabalho e alocação de doentes com microrganismos.

No entanto, as lacunas e dificuldades manifestadas na adesão das PBCI, identificadas neste trabalho, foram para além de fatores individuais como a falta de conhecimento, as percepções das práticas efetuadas, foram identificados fatores a nível organizacional como a escassez de recursos humanos e a falta de equipamentos.

O conhecimento dos fatores que influenciam a adesão às PBCI entre os enfermeiros é de extrema relevância para a prática clínica e a melhoria dos resultados em saúde. Ao identificar e compreender esses fatores, é possível desenvolver estratégias eficazes para melhorar a adesão, reduzir o risco de IACS e melhorar a segurança dos pacientes.

A realização deste trabalho permitiu atingir os objetivos propostos e deste modo sugerir um plano de atuação no serviço e na instituição de modo a contribuir para o aumento da segurança dos utentes e profissionais. Indo ao encontro ao estudo, sugere-se a formação contínua sobre os dados que evidenciam mais lacunas e que os próprios profissionais identificam como oportunidade de melhoria.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Faouri I, Okour SH, Alakour NA, Alrabadi N.(2021) Knowledge and compliance with standard precautions among registered nurses: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*.;62:419–424. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.01.058>
- Bastos, Celeste. (2023). Prevenção da infeção nos cuidados de saúde: precauções básicas e isolamento, avaliação de risco e colocação de doentes DOI: <https://doi.org/10.48684/RNW2-6K31>
- Brandão, P., de Luna, T. D. da C. ., Bazilio, T. R. ., Ching LAM , S. ., Góes , F. G. B. ., & Ávila, F. M. V. P. . (2022). Cumplimiento de las medidas de precaución estándar por profesionales sanitarios: comparación entre dos hospitales. *Enfermería Global*, 21(1), 1–42. <https://doi.org/10.6018/eglobal.484091>
- Bekele T, Ashenaf T, Ermias A, Arega Sadore A (2020) Compliance with standard safety precautions and associated factors among health care workers in Hawassa University comprehensive, specialized hospital, Southern Ethiopia. *PLoS ONE* 15(10): e0239744. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239744>
- Brosio, F., Kuhdari, P., Stefanati, A., Sulcaj, N., Lupi, S., Guidi, E., Bergamini, M., & Gabutti, G. (2017). Knowledge and behaviour of nursing students on the prevention of healthcare associated infections. *Journal of preventive medicine and hygiene*, 58(2), E99–E104
- Carvalho, A. A. G., Aidar, A. L., Santos, B. C. D., Kuramoto, D. A. B., Pereda, M. R., Correia, R. M., Amorim, J. E. (2021). Recomendações de uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) em procedimentos cirúrgicos durante a pandemia de SARS-Cov. *Jornal Vasculiar Brasileiro*, 20. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.200044>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Norma nº. 029/2012. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://www.normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017 Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017. ISSN: 2184-1179. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, Norma nº 007/2019 de 16/10/2019, in <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Direção Geral de Saúde, (2021). Programa Nacional de controlo de infeção, <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx>
- Dhedhi, Naseem Amin,; Ashraf, Hiba; Jiwani, Ahsun (2021) .Conhecimento das limitações padrão entre profissionais de saúde em um hospital universitário em Karachi, Paquistão. *Revista de Medicina de Família e Atenção Primária* 10(1):p 249-253, | DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc\_1622\_20

- ECDC. (2022). Antibiotic resistance: a growing threat to human, European Antibiotic Awareness Day health <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/EAAD-infographic-2022.pdf>
- ECDC. (2023). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals, 2016-2017. Stockholm: ECDC. doi: 10.2900/474205.
- Ferreira MMSV, Silva MSGO da, Lima AMN, Moreira MTF, Teixeira JM; (2024) Determinantes da adesão às precauções básicas no controle de infecção entre enfermeiros: uma revisão de escopo Determinants of nurses' adherence to basic infection control precautions: a scoping review, Online Braz J Nurs. 2024;23:e20246765. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20246765>
- Garcia, G. P. A., Fracarolli, I. F. L., Santos, H. E. C. D., Souza, V. R. D. S., Cenzi, C. M., & Marziale, M. H. P. (2021). Utilização de equipamentos de proteção individual para atendimento de pacientes com covid-19: revisão de escopo. *Revista gaúcha de enfermagem*, 42, e20200150.
- Kopsidas, I., Collins, M., & Zaoutis, T. (2021). *Healthcare-associated Infections-Can We Do Better? The Pediatric infectious disease journal*, 40(8), e305–e309. <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000003203>
- OMS. (2009). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge: Clean Care Is Safer Care. Geneva, Switzerland: World Health Organization
- OMS,(2023); Global strategy on infection prevention and control. ISBN 978-92-4-008051-5 (electronic version) in <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376751/9789240080515-eng.pdf>
- Pires,D., Soule, H., Bellissimi-Rodrigues,F., Gayet-Ageron, A., &Pittet,D. (2017). Higiene das mãos com solução antisséptica à base de álcool: quanto tempo é suficiente? *Infection Control &Hospital Epidemiology*. 38(5), 547-552. DOI: <https://doi.org/10.1017/ice.2017.25>
- Santos AST, Silva ACO, Pereira-Ávila FMV, Coêlho HFC, Sousa LRM, Reis RK, (2024) Sociocognitive factors determining adherence to standard precautions by nursing professionals during the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm.*;77(4):e20230301. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0301pt>
- Vikke, H. S., Vittinghus, S., Giebner, M., Kolmos, H. J., Smith, K., Castrén, M., & Lindström, V. (2019). Compliance with hand hygiene in emergency medical services: an international observational study. *Emergency medicine journal : EMJ*, 36(3), 171–175. <https://doi.org/10.1136/emered-2018-207872>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este processo de aquisição de competências permitiu a reflexão da responsabilidade que advém ser EE, na abordagem ao doente crítico e sua família sendo elemento diferenciador dentro da equipa multidisciplinar.

Ao longo deste percurso, foi possível consolidar e relacionar os conhecimentos teóricos com a prática através de uma reflexão crítica sobre a prestação dos cuidados.

A realização do projeto de investigação com o tema “Conhecimentos e auto percepção dos enfermeiros sobre a frequência do cumprimento das precauções básicas do controlo da infeção”, contribui para a reflexão de prática baseada na evidência sobre uma temática atual e emergente para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde ao doente e família e com benefícios para profissionais, instituição e sociedade.

Este percurso revelou-se um desafio que foi necessário superar, nomeadamente no que concerne, à conciliação da vida familiar, profissional e académica. No entanto, este foi facilitado pelos os enfermeiros orientadores e docentes supervisores que partilharam o seu saber e que me apoiaram durante este percurso académico.

Portanto, face ao refletido e descrito neste relatório considera-se que foi alcançado o objetivo deste processo formativo, ou seja, a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica essenciais para a obtenção de grau de mestre. Assim como, a aquisição e desenvolvimento de competências de pesquisa e de evidência científica promovendo uma prática baseada na evidência.

