

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA

9º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Ano Letivo 2020/2022

RELATÓRIO DE ESTÁGIO: Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem na Área da Pessoa em Situação Crítica – “Conhecimentos dos enfermeiros acerca do Feixe de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico”

ALUNO Nº 5200101: Rute Marina Henriques Gonçalves

PROFESSORA ORIENTADORA: Cristina Costeira

UNIDADE CURRICULAR: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório

Leiria

março | 2023

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA

9º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Ano Letivo 2020/2022

RELATÓRIO DE ESTÁGIO: Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem na Área da Pessoa em Situação Crítica – “Conhecimentos dos enfermeiros acerca do Feixe de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico”

Apresentado para obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ALUNO Nº 5200101: Rute Marina Henriques Gonçalves

PROFESSORA ORIENTADORA: Cristina Costeira

UNIDADE CURRICULAR: Estágio de Enfermagem à Pessoa
em Situação Crítica com Relatório

Leiria

março | 2023

*“O êxito da vida não se mede pelo caminho que você conquistou,
mas sim pelas dificuldades que superou no caminho”.*

Bucker T. Washington

(1856 – 1915)

AGRADECIMENTOS

A concretização desta etapa só foi possível com o apoio, incentivo, colaboração e dedicação das pessoas que me acompanharam e contribuíram de mil e uma forma e a quem sou muito grata.

Ao meu Pai (*in memorium*), meu eterno anjo da guarda, que me ensinou a ser mais do que esperam de mim e a ser genuinamente boa pessoa.

À minha Mãe, pela sua constante presença e incentivo nos bons e maus momentos. Nas tempestades da minha vida, serás sempre o farol que conduz o meu barquinho a porto seguro.

Em presença assídua, às minhas amigas, especialmente à Marta e as “positivas” (vocês sabem quem são), pela vossa paciência, força e apoio, obrigado pela vossa fé em mim mesmo quando eu própria não acreditava.

Aos enfermeiros orientadores, que me conduziram no bom caminho com paciência e sapiência, na aprendizagem e compreensão do papel do Enfermeiro Especialista.

À Professora Cristina Costeira, suporte e estímulo constante, pela disponibilidade e paciência, atenção e clareza na orientação deste trabalho.

Agradeço também, a todos os professores que colaboraram na minha aprendizagem/formação como Enfermeira Especialista e Mestre na Área de Pessoa em Situação Crítica, que eu consiga corresponder às vossas expectativas.

SIGLAS

% - Percentagem

± - Mais ou menos

≤ - Inferior ou igual a

≥ - Superior ou igual a

°C - Graus Celcius

AESOP – Associação de Enfermeiros de Sala Operatória Portugueses

AO - Assistente Operacional

COVID 19 - Síndrome Respiratório Agudo Grave – Coronavírus

DGS - Direção Geral da Saúde

DP - Diálise Peritoneal

DRC - Doença Renal Crónica

EC - Ensino(s) Clínico(s)

EE - Enfermeiro(s) Especialista(s)

EEEMCPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica

ESSLei - Escola Superior de Saúde de Leiria

HD - Hemodiálise

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IPL - Instituto Politécnico de Leiria

IRC - Insuficiência Renal Crónica

ITU - Infecção do Trato Urinário

MC - Médico Cirúrgico

mg/dl - Miligramas por decilitro

n.º - Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

p. - Página

PE - Plano de emergência

PEExt - Plano de Emergência Externo

PEI - Plano de Emergência Interno

PPCIRA - Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Anti-microbianos

PSC - Pessoa em Situação Crítica

PT - Protocolo(s)

SHD - Serviço de Hemodiálise/Nefrologia

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SNS - Serviço Nacional de Saúde

Sr. - Senhor

Sr.ª - Senhora

SUB - Serviço de Urgência Básica

SUMC - Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

UC - Unidade(s) Curricular(es)

VE - Vigilância Epidemiológica

RESUMO

A Saúde é uma área em contínua e constante evolução científica e tecnológica, exigindo dos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros, um acompanhamento deste processo e manter a exigência de qualidade e humanidade no cuidado. Assim, estes devem procurar formação avançada e especializada, desenvolvendo competências.

Este relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Leiria e pretende compilar os contributos dos Ensinos Clínicos desenvolvidos em Serviço de Urgência Médico Cirúrgica, Serviço de Medicina Intensiva e Serviço de Nefrologia/Hemodiálise, no processo de aprendizagem e consolidação (integração) da teoria com a prática.

A componente de investigação deste relatório foi desenvolvida através da realização de um projeto de melhoria contínua da qualidade em 2 serviços de especialidades cirúrgicas numa unidade hospitalar, com o objetivo de avaliar o conhecimento dos enfermeiros, destas equipas, acerca das intervenções descritas nas Feixe de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico, descritas na norma n.º 020/2015 da Direção Geral da Saúde e a sua opinião da aplicabilidade das mesmas.

Este estudo resulta da perceção do investigador de uma carência identificada, nomeadamente da não realização de auditoria deste feixe nos serviços referenciados e em paralelo, a constatação da ausência de visibilidade da prática das intervenções discriminadas na norma, no sistema informático utilizado para os registos de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem, Competências, Enfermeiro Especialista, Pessoa em Situação Crítica, Infeção da Ferida Cirúrgica, Prevenção

ABSTRAT

Health is an area in continuous and constant scientific and technological evolution, requiring professionals, namely nurses, to monitor this process and maintain the demand for quality and humanity in care. Therefore, they should seek advanced and specialized training, developing skills.

This report comes within the scope of the Nursing Internship for the Person in Critical Situation curricular unit of the Master's Course in Nursing at the Nursing School of the Polytechnic Institute of Leiria and intends to compile the contributions of the Clinical Teachings developed in the Emergency Service, Intensive Care Medicine and Nephrology/Hemodialysis Service, in the process of learning and consolidation (integration) of theory with practice. The research component of this report was developed through the carrying out of a continuous quality improvement project in 2 surgical specialty services in a hospital unit, with the aim of assessing the knowledge of nurses, from these teams, about the interventions described in the Prevention Bundle of Surgical Site Infection, described in regulation n.º 020/2015 of the General Directorate of Health and the opinion of their applicability.

This study results from the perception of an identified need, namely the failure to carry out an audit of this bundle in the referenced services and in parallel, the finding of the lack of visibility of the practice of the interventions described in the standard, in the computer system used for nursing records.

Keywords: Nursing, Skills, Specialist Nurse, Person in Critical Condition, Surgical wound Infection, Prevention

ÍNDICE

ÍNDICE TABELAS.....	XI
INTRODUÇÃO	12
PARTE I.....	13
1. REFLEXÃO SOBRE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS.....	13
1.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	13
1.1.1 Serviço de Urgência	13
1.1.2 Unidade de Cuidados Intensivos	16
1.1.3 Unidade de Nefrologia/Hemodiálise	18
1.2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	20
a) Demonstra responsabilidade profissional, ética e legal	20
b) Desenvolve trabalho na melhoria da qualidade	23
c) Colabora na gestão dos cuidados.....	27
d) Concretiza aprendizagem profissional	30
1.3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ESPECIALIZAÇÃO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	32
a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de falência orgânica	33
b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação	35
c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência aos antimicrobianos	40
PARTE II.....	43
PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DOS CUIDADOS	43
1. FUNDAMENTAÇÃO	43
2. ASPETOS METODOLÓGICOS	46
2.1 OBJETIVOS	46
2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	46
2.3 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	47
2.4 PROCEDIMENTOS LEGAIS E ÉTICOS.....	48

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	50
4. REFLEXÕES FINAIS.....	61
CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Panfleto: Cateter Venoso Central – Função e Cuidados a ter	
APÊNDICE II – Poster - Verificação Pré-Operatória	
APÊNDICE III – Questionário - Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico	
APÊNDICE IV – Consentimento Informado	
APÊNDICE V – Autorização para realização do projeto	

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização socio demográfica e profissional dos enfermeiros.....	50
Tabela 2 - Opinião dos enfermeiros sobre Infecções associadas a Cuidados de Saúde.....	51
Tabela 3 - Respostas dos enfermeiros sobre a Prevenção de ILC na instituição	52
Tabela 4 - Respostas sobre intervenções de enfermagem	53
Tabela 5 - Respostas sobre os cuidados de higiene pré-operatórios	54
Tabela 6 - Respostas sobre administração de antibioterapia	55
Tabela 7 - Resposta sobre a realização da tricotomia	56
Tabela 8 - Resposta sobre a avaliação da temperatura	58
Tabela 9 - Resposta sobre monitorização de glicemia capilar	59
Tabela 10 - Evidência das intervenções nos registos de enfermagem	59
Tabela 11 - Respostas sobre causas possíveis de omissão do registo de intervenções	60

INTRODUÇÃO

A construção de um relatório de estágio na área da especialização em enfermagem é um instrumento que permite ao estudante, candidato a mestre, descrever e, simultaneamente refletir sobre as competências desenvolvidas em contexto de prática clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2021), evidenciar e mobilizar competências adquiridas durante o processo formativo. Esta estratégia coloca em prática a reflexão na ação, para e sobre a ação, permitindo evidenciar a teoria que aplicou na prática e avaliar o percurso efetuado.

Este relatório encontra-se inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (IPL), e que é requisito obrigatório para a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC). Tem como objetivos: i) desenvolver uma análise crítico-reflexiva das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à pessoa em situação crítica (EEEMCPSC), tendo como base as experiências vivenciadas, durante três ensinamentos clínicos (EC) em contextos de cuidados à PSC (urgência, cuidados intensivos e diálise); ii) descrever estudo de diagnóstico (Fase I) integrado num projeto de melhoria contínua que se pretende desenvolver na instituição de trabalho da estudante, nomeadamente nos serviços de Ginecologia e Ortopedia, sobre o Feixe de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico.

A redação deste relatório sublinha a atitude reflexiva de aprendizagem respetivamente ao desenvolvimento das competências comuns dos Enfermeiros Especialistas (EE) e das específicas exigidas ao EE em PSC, de acordo com os Regulamentos da Ordem de Enfermeiros número (n.º) 140/2019 e n.º 429/2018.

O trabalho está dividido em 2 partes: na primeira parte, aborda-se as competências profissionais, numa perspetiva de evolução em busca de perícia clínica, buscando demonstrar a construção deste processo. Na segunda parte, é descrito um estudo de investigação realizado no âmbito de melhoria contínua da qualidade de cuidados, desenvolvido em contexto clínico.

Este documento foi desenvolvido de acordo com as normas definidas pela Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei) através do Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESSLei-IPL (2018).

PARTE I

1. REFLEXÃO SOBRE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS

O EC é considerado um importante momento de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo a consolidação e desenvolvimento de novos conhecimentos, ou seja, de um saber contextualizado (Simões *et al.*, 2008), sendo os contextos de EC o local indicado para a construção de saberes e atitudes profissionais, permitindo relacionar a teoria com a prática (Alarcão & Rua, 2005).

Mendes (2016) aos autores acima mencionados, traça os EC como momentos de observação e intervenção em contexto de serviços de saúde, têm como objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências, pois favorece o contato com a prática de cuidados, a mobilização, integrada e contextualizada de conhecimentos, o percurso para a identidade profissional.

O EC em enfermagem é usualmente designado nas instituições como estágio e proporciona aos estudantes, momentos de treino e aproximação com a vida profissional (Alarcão, 2010). E pode ser definido como uma etapa de aplicação do conhecimento teórico que pode gerar reflexão crítica e o aperfeiçoamento de habilidades em situações reais e proporcionando uma agregação do saber com o fazer, e, se bem direcionado, levando-o a desenvolver um agir mais consciente, crítico e criativo (Guedes, 2009).

No ponto seguinte serão apresentadas as especificidades dos locais onde foram realizados os EC: Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Hemodiálise/Nefrologia.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

1.1.1 Serviço de Urgência

O Centro hospitalar onde se insere o serviço de urgência do EC, tinha como missão prestar cuidados de saúde diferenciados de qualidade aos doentes da área de influência, promovendo a complementaridade entre os hospitais do centro e apostado na motivação e satisfação dos

seus profissionais. É composto por 3 unidades que distam geograficamente entre si cerca de trinta a trinta e cinco quilómetros [Serviço Nacional de Saúde (SNS), 2022].

Em cada uma das 3 unidades existe um serviço de urgência, havendo um Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (SUMC) e dois Serviços de Urgência Básica (SUB). Os serviços de urgência deste centro reforçaram a sua assistência à população em níveis históricos, dando pronta resposta a 75.059 episódios de urgência nos seis primeiros meses de 2022, um aumento de 47 por cento (%) face ao período homólogo de 2021, e 2% acima dos níveis recorde registados em 2019 (SNS, 2022).

O serviço de urgência, onde foi realizada o EC está classificado como SUMC e pertence a um hospital nível I, conforme o estabelecido na Portaria n.º 82/2014, e foi criado através do Decreto-Lei n.º 92/2005, e presta cuidados a uma população de cerca de duzentos e sessenta e seis mil habitantes residentes em quinze concelhos. O SUMC localiza-se no piso 2 do hospital e tem integrado uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e urgência ginecologia/obstétrica e neonatologia.

O SUMC estava dividido em cinco áreas: a triagem, a sala de espera, a sala de emergência, a sala aberta que inclui a área amarela e a unidade de observação médica. O percurso do doente no SUMC iniciava-se pela triagem onde era realizado o registo de entrada, através do programa SClínico® e que permitia a informatização de todo o processo clínico. Na zona, encontrava-se o gabinete de triagem onde o enfermeiro utilizava a Triagem de Manchester, através do preenchimento de algoritmos era atribuída uma cor de acordo com a prioridade da situação clínica, de acordo com a Norma de Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata, Norma n.º 002/2018 da Direção-Geral da Saúde [Direção Geral da Saúde (DGS), 2018]. Com esta triagem, os profissionais podiam priorizar os casos mais graves, dando a devida atenção às situações de emergência, permitindo, também otimizar os tempos de atendimento.

O sistema de triagem, segundo o regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE), deve ser realizada por um EE em PSC, que durante o EC não era viável pela percentagem de EE a exercer funções no serviço, sendo assegurada por enfermeiros, com formação específica na Triagem de Manchester.

Na área da triagem encontravam-se também: gabinetes de observação médica (2) de clínica geral (1), a sala de espera para doentes já avaliados (1), e que se encontrassem a aguardar pela realização de intervenções de enfermagem ou realização de exames complementares de diagnóstico (ECD), assim como uma sala de espera para doentes em maca.

Após a triagem, se o doente for alocado nas especialidades de ortopedia ou cirurgia, o doente era transferido para o piso 7, onde se encontrava o espaço destinado aos doentes destas especialidades. O mesmo acontecia com a especialidade de ginecologia, obstetrícia e neonatologia, cuja urgência ficava no piso 5, não estando incluída no espaço físico do SUMC.

Em situações de emergência, os doentes eram encaminhados para a sala de emergência, onde a triagem de Manchester era realizada no local e era ativada a equipa de emergência, através de uma campainha. A sala de emergência, que correspondia à zona vermelha, estava equipada com 2 unidades de cuidados, assegurados por EE, respeitando o Regulamento n.º 743/2019 da OE para o Cálculo de Dotações seguras dos cuidados de Enfermagem. A sala de emergência estava equipada de acordo com a recomendação técnica n.º 14/2019 da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (ACSS, 2019).

No entanto era notória a dificuldade em garantir estas dotações por carência de EE no serviço, este facto, pode colocar em questão a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, considerando-se fundamental uma intervenção ativa por parte da instituição para implementar estratégias urgentes que estimulassem os enfermeiros a desenvolverem formação especializada na área.

A imprevisibilidade de prever com exatidão o número de doentes diários no SMUC, desafiava a gestão de enfermagem na garantia da segurança e qualidade das respostas necessárias.

Existia ainda uma sala aberta que é uma zona ampla com doentes em observação pela especialidade de medicina interna, sendo esta dividida em 2 áreas. A área laranja ou críticos com 6 unidades com monitorização de sinais vitais e a área amarela cuja espaço físico apresentou lotação acima do normal, durante a duração do EC. Paralela a esta área, encontrava-se a sala de observação médica (UOM). Ainda como parte do SUMC existia a unidade de observação cirúrgica (UOC) e a urgência de ortopedia que durante o período de EC se encontravam no 7º piso, a ocupar um serviço de internamento, tendo sido uma estratégia implementada, pela administração hospitalar para permitir um fluxo de doentes por especialidade, reduzindo a

concentração de doentes e diminuir o risco de infeções cruzadas. Esta estratégia permitiu evitar a concentração de doentes no espaço físico do SUMC (piso 1), diminuir o risco de infeções cruzadas, nomeadamente do foro respiratório, no entanto, implicava uma maior atenção na gestão da equipa.

Por exemplo, os assistentes operacionais (AO) tinham que continuamente, levar os doentes ortopédicos e cirúrgicos para o piso 7. E se estes necessitassem de exames na imagiologia teriam de descer novamente ao piso 1 para realizar o exame, facto que trazia consequências para a gestão dos cuidados no SUMC.

Por contingências requeridas em contexto de pandemia, a consulta externa, que antes funcionava no piso 1, foi deslocada para o piso 10, disponibilizando o espaço para a área dedicada respiratória (ADR), que recebia doentes com suspeita de Síndrome Respiratório Agudo Grave – Coronavírus (COVID-19).

No SUMC trabalhavam 105 enfermeiros, e recorreriam ao método individual de trabalho. Que segundo Ventura-Silva (2021) é caracterizado por cada enfermeiro assumir total responsabilidade pela assistência a um grupo de doentes, durante um turno.

1.1.2 Unidade de Cuidados Intensivos

A unidade de cuidados intensivos onde foi desenvolvido o EC inseria-se numa unidade hospitalar, com missão de prestar cuidados de saúde diferenciados, com eficiência e qualidade aos doentes da área de influência, promovendo a complementaridade entre os hospitais.

Este serviço de medicina intensiva (SMI) assumia camas de nível II e nível III e possuía uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, que trabalham em conjunto para orientar o plano de cuidados de cada doente individualmente e proporcionar condições de recuperação.

O SMI encontra-se localizado no piso 5. A unidade estava organizada funcionalmente em 2 alas, a poente e a nascente (dedicada a doentes com COVID-19), sendo esta última, resultante da emergente resposta ao número crescente, destes doentes com necessidade de cuidados intensivos.

A ala poente era constituída por uma sala aberta com 6 camas de nível II; 1 quarto de isolamento que permitia a realização de hemodiálise, pois possuía um sistema de tratamento de

águas para tal e a sala de cuidados Intermédios (nível III) com 4 camas. Incluía-se nesta ala, uma sala de espera/ receção de familiares; uma sala de reuniões; um armazém de material e uma farmácia, sendo que os estupefacientes eram guardados num cofre na sala de trabalho; armazéns de equipamentos: ventiladores volumétricos e de transporte, monitores de hemo-filtração, monitores cardíacos e monitorizações específicas (dióxido de carbono, índice cardíaco, eletroencefalograma, entre outros); gabinete do enfermeiro responsável; gabinete médico; armazém de roupa; casas de banho/chuveiros; sala de sujos e sala das assistentes operacionais.

O SMI apresentava uma disposição em *open space* que permitia observar continuamente os doentes, e realizar uma melhor vigilância. De ressaltar a central de monitorização na bancada de trabalho, permitindo economizar espaço e rentabilizar os cuidados de enfermagem, sendo que, mesmo entre os diferentes espaços havia continuidade da visibilidade, assegurada pela existência de um espaço vidrado nas paredes.

Por outro lado, a ala nascente estava alocada com 6 camas, mas que em situação de urgência como foi durante o período pandémico alocou mais de vinte doentes ventilados, com profissionais provenientes de diversos serviços.

Cada unidade do doente era constituída por uma cama elétrica (sendo que algumas permitiam monitorizar o peso do doente), monitor, ventilador, seringas/bombas de perfusão, sistema de aspiração com respetivas sondas de aspiração, rampas de oxigénio e ar comprimido, suportes de soro, almofadas, contentor para resíduos contaminados (branco) e com uma mesa de apoio individual com material como: termómetro, luvas, antissépticos (clorohexidina, propanol), creme hidratante, máquina de glicemia e fitas, lancetas, seringas, soro fisiológico, compressas esterilizadas e não-tecido, adesivo, nastro/faixa de fixação de tubo orotraqueal (TOT), seringa de alimentação e aerossóis individuais.

A equipa assegurava o cumprimento do regulamento n.º 743/2019 da OE relativo à dotação segura, disponibilizando 1 elemento de enfermagem para cada 2 leitos de Nível II (monitorização invasiva e suporte de funções vitais) e um enfermeiro para cada 3 leitos de Nível I (monitorização, normalmente não invasiva e capacidade de assegurar manobras de reanimação).

O método de trabalho utilizado neste serviço era o método individual de trabalho, onde o enfermeiro assumia responsabilidade por 2 ou 3 doentes conforme o nível de cuidados (Almeida Ventura-Silva, 2021).

Os enfermeiros de reabilitação assumiam um método funcional, de modo a assegurar o rácio de doze horas de cuidados de enfermagem especializados por cada 8 doentes, em todos os dias da semana.

O regulamento dita também que 50% dos enfermeiros devam ser EE em Médico Cirúrgica, preferencialmente PSC, sendo que os enfermeiros do SMI têm investido na formação individual, permitindo ter, por turno 1 ou mais EE. Este investimento refletiu-se também na reabilitação, permitindo assegurar cuidados de enfermagem especializados de reabilitação diariamente, extra os rácios referenciados e complementando a prestação de cuidados.

1.1.3 Unidade de Nefrologia/Hemodiálise

O EC de opção foi realizado num serviço de hemodiálise (HD) que integrava a mesma Instituição do EC de urgência e, portanto, pautava-se pela mesma missão (SNS, 2022).

O Serviço de hemodiálise/nefrologia (SHD) encontra-se localizado no piso 5, estando dividido em 2 alas. A ala poente com o internamento de nefrologia e a ala nascente com o serviço de hemodiálise. O serviço de nefrologia era um serviço certificado pela qualidade dos cuidados desde 2005, com certificação ISO (*International Organization for Standardization*). Com base em 7 princípios de gestão da qualidade. A norma ISO tem como linhas diretrizes: o foco no cliente, a liderança, o envolvimento das pessoas, a abordagem de processos, a melhoria, a tomada de decisão baseada em evidências e a gestão de relações.

O internamento tinha uma lotação de catorze camas e 2 quartos de isolamento, estando no momento em que foi realizado o EC, um alocado a doente com COVID-19 e o outro a doentes portadores de outras doenças infetocontagiosas, com possibilidade de realizar HD em baixo fluxo com recurso ao *Aqua WTV*[®].

A ala de hemodiálise estava equipada com 5 salas, cada uma preparada para receber 4 doentes. Acrescendo a estas, existia uma sala para doentes com patologias infetocontagiosas como tuberculose, hepatite ou vírus da imunodeficiência humana (HIV) entre outras, integrados num programa de doentes crónicos. Esta ala, dava também resposta às urgências. Na entrada

do serviço existia ainda um gabinete/sala reservada à diálise peritoneal (DP), sendo esta equipa constituída por 2 enfermeiras e 2 médicos que acompanhavam vinte e oito doentes.

Para além do internamento, HD, DP, consultas, esta unidade contemplava a execução de fístulas arteriovenosas e angiografias na cirurgia de ambulatório. Encontravam-se, também a colaborar num estudo de terapêutica anticoagulante com participação de 2 doentes hemodialisados.

As sessões estavam estruturadas em 3 turnos (manhã, tarde e noite) e em dias pares (segunda, quarta e sexta) e ímpares (terça, quinta e sábado), sendo necessário agilizar os intervalos gerindo procedimentos, para não gerar atrasos e aumento do tempo de espera dos doentes.

Pela norma do cálculo de dotação segura enunciada pela OE (2019), as dotações são influenciadas por fatores como a carga de trabalho, o ambiente de trabalho e nível de complexidade dos doentes, o nível de qualificação dos enfermeiros, entre outros (OE, 2019). Esta norma, assim como o Guia Orientador de Boa Prática (OE, 2016) valida que a dotação segura nestas unidades seja de 1 Enfermeiro para 4 doentes que se cumpre no SHD, acrescentando o responsável de turno e uma AO para cada 2 salas (OE, 2016).

Da mesma forma que os EC anteriores, a OE recomenda para a HD uma equipa de enfermagem de 50 % de EE, sendo neste caso na área de PSC ou Pessoa em Situação Crónica, o que não acontece atualmente, mas os profissionais para exercer funções em HD recebem formação específica. Acresce-se que no momento do EC, encontravam-se 2 elementos da equipa de enfermagem a realizar Mestrado de Enfermagem em médico-cirúrgica na pessoa em situação crónica.

Os sistemas de informação de apoio utilizados na prática diária de cuidados neste serviço eram: SClínico[®], o programa de consumos de material (farmácia e armazém), programa de gestão de horários (RISI), o sistema interno (Intranet); o serviço de HD, tinha sistema específico para registos dos dados associados a cada sessão de hemofiltração, o SMI utiliza um sistema distinto de registo clínico, o *BSimple*[®] adaptado para esta área.

Neste serviço os enfermeiros desenvolviam funções segundo o método de enfermeiro responsável (Trindade, 2021), no entanto é de ressaltar a importância da cooperação em equipa

neste serviço, não só para assegurar as necessidades humanas básicas dos profissionais, como para agilizar os momentos exacerbados dos turnos e colmatar as dificuldades sentidas.

1.2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE é um enfermeiro a quem se reconhece competência técnica e humana na prestação de cuidados de enfermagem em áreas especializadas de enfermagem com um perfil de competências comuns nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2019).

A este é exigido que desenvolva competências comuns, são elas: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros). Em seguida irá ser abordado o desenvolvimento destas competências através de uma reflexão-crítica com descrição de atividades realizadas nos EC acima citados.

a) Demonstra responsabilidade profissional, ética e legal

A Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948 consagra a dignidade do ser humano no seu preâmbulo: considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo (Simões *et al.*, 2019).

A dignidade do ser humano constitui não só um direito fundamental em si mesma, mas também a própria base dos direitos fundamentais, conjuntamente com os quatro Princípios, originalmente concebidos por *Beauchamp e Childress* (1978).

Os Princípios Éticos são: Autonomia que diz respeito ao direito de um indivíduo fazer a sua própria escolha; Beneficência relativo ao princípio de agir com o melhor interesse do outro; Não-maleficência que se caracteriza por “não produzir dano” e a justiça que enfatiza a igualdade entre os indivíduos. Ao longo dos EC desenvolvidos, estes quatro princípios fundamentaram a prática diária, no que diz respeito às tomadas de decisão. Assim, foi respeitado a individualidade de cada doente, promovendo a sua autonomia e visado uma execução de cuidados de qualidade e de excelência, mantendo sempre a dignidade do doente, enquanto alvo

dos cuidados. O respeito por estes princípios implicou reconhecer que os doentes têm liberdade de ação, e esta só é possível se o mesmo tiver acesso à informação, para que as escolhas sejam livres e esclarecidas.

Um exemplo desta descrição, foi a de um doente com necessidade de tratamento dialítico, onde se começava por transmitir a informação acerca do procedimento e em seguida o doente tinha de tomar a sua decisão, exigindo ao profissional o respeito pela escolha, independentemente de este concordar ou não. Ainda neste contexto de cuidados, um aspeto a ressaltar foi o componente de cronicidade do doente que reforça a necessidade de cuidados que respeitem os direitos humanos de forma contínua, consistente e equitativa.

O acompanhamento contínuo destes doentes e o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz, assim como a partilha de informação e dados pessoais, tornou-se comum e reforçou a importância de respeitar o cumprimento da privacidade e dignidade pessoal, não só pela responsabilidade ética, profissional e legal, mas principalmente na manutenção de uma relação de confiança recíproca essencial para a continuidade da prática de cuidados de saúde com qualidade. Deste modo, foi apanágio ao longo do percurso, envolver o doente nos cuidados, estabelecendo uma relação de parceria.

No exercício de enfermagem, o profissional deve respeitar o doente, como ser único, discernindo e separando a sua opinião/emoção individual na prestação dos cuidados. Como, por exemplo, o respeito pela decisão autónoma e consciente de recusa de administração de terapêutica como vacinas ou, de derivados de sangue em contexto religioso. A prática profissional de Enfermagem é regida por um Código Deontológico que estabelece regras e normas da profissão e pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A deontologia profissional encerra, fundamentalmente, o conjunto dos deveres relativos ao exercício profissional do enfermeiro, para prestar cuidados de enfermagem às pessoas, famílias ou comunidades. Todavia, correlacionados com estes deveres (enunciados no Código Deontológico), a deontologia de enfermagem inclui também um conjunto de direitos que se fundamentam, por um lado, na dignidade profissional do enfermeiro e, por outro lado, na pretendida excelência do exercício, como forma de garantir o direito dos doentes a cuidados de qualidade (OE, 2015).

Silveira-Silva (2020) relata que na enfermagem, a ética e a bioética conjugam o fator subjetivo e humano da vida, da saúde e do cuidado às reflexões, valores, responsabilidades, posicionamentos e tomadas de decisão, gerindo ações e práticas em referência à proteção, segurança, autonomia, direitos e escolhas do trinómio doente-profissional-família.

O Regulamento n.º 140/2019, afirma que é esperado do EE em PSC, o exercício de funções com segurança, profissionalismo e ética, alicerçado nas habilidades de adequada tomada de decisão ética e deontológica, conduzindo a melhores práticas e preferências dos doentes (OE, 2019).

A prática de Enfermagem, deve basear-se no respeito e cumprimento da deontologia profissional, atendendo à não discriminação, em todas as suas vertentes, a transmissão de informação, respeito pelo sigilo garantindo confidencialidade, respeito pela intimidade e privacidade, respeito pelo doente terminal, excelência no exercício, com identificação e correção de lacunas, bem como constante atualização de conhecimentos e humanização na prestação de cuidados (Decreto-Lei n.º 104/98).

A partilha de informação, nomeadamente, entre profissionais, é essencial na prática de enfermagem, mas deve respeitar o direito à privacidade individual e cumprir o sigilo, algo que no SUMC com a proximidade entre doentes era algo que a equipa tinha de ter em consideração e esforçar-se para assumir. A proximidade (espaço físico) permitia aos doentes ouvirem as conversas, entre profissionais-doentes em seu redor. Tendo ocorrido uma coincidência, de se encontrarem doentes que viviam na mesma localidade (e com laços de parentalidade) e ouvirem a partilha de informação clínica um do outro, quando esta era transmitida pelo médico.

Constatado este facto, surgiu a necessidade de otimizar a comunicação, adequando o tom de voz e sempre que possível, deslocar os doentes, para um local mais privado, quando era necessário discutir a sua situação clínica.

Já no contexto de SMI, a equipa apresentava elevada preocupação nesta matéria, mesmo em doentes sedados e sob ventilação mecânica. Ferreira (2016) enuncia que a prática de enfermagem em cuidados intensivos requer do enfermeiro, uma identificação rápida e acurada das condições de saúde de cada doente, devido à gravidade e instabilidade dos mesmos e complexidade de atenção requerida (Ferreira, *et al.*, 2016). Assim, a experiência neste EC foi muito

desafiante e instrutiva, pois procuravam garantir a privacidade e manter em simultâneo a humanização dos cuidados.

Um exemplo desse desafio diz respeito a uma situação vivenciada, com o Senhor (Sr.) S. que esteve internado na ala dedicada a doentes com COVID-19, aproximadamente há 1 mês, sedado e submetido a ventilação mecânica. Este tinha sido privado do contacto com a família. Na semana em que o Sr. S. foi transferido para a ala principal, a Instituição de Saúde onde foi desenvolvido o EC havia cancelado as visitas aos doentes, devido ao crescente número de casos com a doença. Nestas circunstâncias, a equipa coordenou esforços no sentido de obter autorização para permitir a visita da esposa [respeitando as regras previamente em vigência – teste *Polymerase Chain Reaction* (PCR) negativo].

Esta experiência representou o esforço da equipa multidisciplinar do SMI, o investimento e trabalho, o recurso e coordenação de todos os meios técnicos e humanos para recuperação e restabelecimento do doente, mas também, a humanização da prática dos cuidados de saúde. Aspetos por vezes não valorizados nem reconhecidos, que requerem tempo, trabalho, disponibilidade e comunicação. A equipa de enfermagem demonstrou construir estratégias de resolução de problemas, visando a pessoa como centralidade nas tomadas de decisão. Esta intervenção trouxe benefícios para o doente e para a família, pois sabe-se que o papel dos familiares de doentes com necessidade de cuidados intensivos é muito importante para o sucesso da reabilitação do doente. Este ato trouxe também benefício, para a equipa, por permitir-lhes aumentar os níveis de satisfação profissional.

Assim, os conteúdos das unidades curriculares (UC) lecionadas bem como as aprendizagens adquiridas ao longo dos EC foram decisivas para um incremento do processo de tomada de decisão regida pela segurança, privacidade e dignidade do doente, baseando as mesmas em instrumentos legais, regulamentares, éticos, axiológicos e deontológicos.

b) Desenvolve trabalho na melhoria da qualidade

A prática de cuidados de enfermagem, tem evoluindo em paralelo com a ciência e tecnologia, mas principalmente em resultado da busca persistente da melhoria contínua da qualidade dos cuidados praticados, como preconizado no Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001).

Ferreira (1993) já referia que a qualidade só pode ser melhorada pela integração de uma vasta variedade de critérios e conhecimentos, acrescentando que melhorar a qualidade não acaba no término da prestação direta dos cuidados, devendo existir uma preocupação com a utilidade das intervenções e com a forma, como a qualidade de vida foi afetada. Sendo que, como EE, devemos procurar integrar na busca da qualidade uma visão holística do doente e do ambiente físico e humano onde está integrado.

Atendendo à diversidade e complexidade dos processos médicos e/ou cirúrgicos vivenciados pelo doente com doença aguda ou crónica e respetiva família/cuidadores, o EE responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados (OE, 2018).

Uma particularidade do EC no SUMC, foi a possibilidade de acompanhar a intervenção de enfermagem no âmbito do gabinete de informação à família (GIF), neste contexto foi observado um exemplo ilustrativo da preocupação, que os profissionais têm na minimização do impacto negativo que determinadas medidas, circunstâncias acarretam. Criando um elo de ligação entre o doente e familiares. E na impossibilidade de visita presencial ou permitir o acompanhamento destes, providenciar alguma informação sobre o estado clínico do doente.

Foi assim uma oportunidade de melhoria, que implicou criar estratégias de comunicação, elaborar orientações de boas práticas, supervisão e avaliação contínua, adaptando o processo na busca de normalização e criar uma solução a um problema.

Ainda na competência de garantir a qualidade, a promoção da segurança do doente adquire uma grande importância, em especial nos locais onde se realizou EC, pelas suas especificidades do cuidado ao doente crítico. Este requereu um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua (DGS, 2021).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, aprovada no despacho n.º 5613/2015, tem como missão potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados, para garantir os direitos dos cidadãos, inserida nesta estratégia encontra-se o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes que define uma política pública de prevenção de incidentes relacionados com a prestação de cuidado (Ministério da Saúde, 2021).

A DGS deu continuidade ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, estabelecido para 2021-2026 e assente em 5 pilares: cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e por fim, práticas seguras em ambientes seguros. Para cada um dos pilares estabeleceu ações e metas a atingir, como por exemplo, a utilização de ferramentas digitais para práticas seguras como o recurso a escalas.

A utilização de escalas validadas permitem avaliar o grau de risco na situação e estabelecer um plano de ação adequado e individualizado.

A Instituição onde decorreram os EC, em conformidade com as orientações do Departamento da Qualidade na Saúde, desenvolvia diversas ações em prol dos objetivos delineados, nomeadamente emitir normas e orientações; promover e coordenar o desenvolvimento, implementação e avaliação de instrumentos, atividades e programas de melhoria contínua; definir e monitorizar indicadores para avaliação de desempenho; entre outros (DGS, 2022). Estes programas de melhoria de qualidade contínua abrangiam diversas áreas, como prevenção de quedas, risco de úlcera de pressão, identificação inequívoca dos doentes, controlo de infeção, gestão de eventos com medicação e procedimentos cirúrgicos.

De referir que as áreas de prevenção de quedas e de prevenção de úlceras por pressão são fruto de 2 projetos de melhoria contínua de qualidade implementadas no centro hospitalar e são alvo de auditorias contínuas, no entanto, a realização dos EC em fase pandémica não permitiu assistir à realização e/ou acompanhar a realização de nenhuma auditoria.

Um passo no processo de deteção de lacunas, problemas ou falhas, que pavimentam o caminho de procura de melhorar a qualidade na prestação de cuidados de saúde é refletido pelo incentivo dos gestores à equipa, nomeadamente promovendo a notificação de incidentes no Notific@, situações de medicação *Look Alike Sound Alike* (LASA) ou monitorização de infeções associadas aos cuidados de saúde.

Ao observar-se a resposta da equipa multidisciplinar do SMI nomeadamente, na forma como a prática dos cuidados se organizava na receção de um doente no serviço, e na integração da unidade, compreende-se a importância dos protocolos para uniformizar e reduzir desperdícios de tempo, material e pessoal.

Os protocolos (PT) de enfermagem são um suporte teórico de padronização dos cuidados, que, quando baseados na evidência, são uma valiosa ferramenta para práticas seguras (Pimenta *et al.*, 2015). Durante todos os EC desenvolveu-se a prática, com recurso aos PT existentes. O facto de alguns destes serem transversais aos serviços do centro hospitalar, foi considerado uma mais-valia, uma vez que se exerciam funções como enfermeira de bloco operatório. Os PT são instrumentos fundamentais para o desempenho de qualidade dos cuidados. A uniformização dos cuidados permite uma maior organização do serviço e segurança na prestação dos mesmos, contribuindo para a melhoria da qualidade e intentando a minimização de erro.

Tanto no SMI como no SUMC, os enfermeiros adotaram o recurso a um impresso interno ao serviço como estratégia para passagem de informação, entre turnos e registar informação pertinente ao doente, a “folha de passagem de turno”, um documento que se verificou ser eficiente e prático na sua função, permitindo uma melhor gestão de tempo e concentração da informação importante para uma continuidade de cuidados segura. No HD também existia um documento com funções similares, que permitia registar informações sobre os doentes por turno e por sala. Por exemplo era facilitador aquando dos cuidados aos doentes que se encontravam a realizar o estudo terapêutico, que se encontrava a ser desenvolvido no serviço, e já referido acima. Estes tinham de ser atribuídos a máquinas específicas, o que o registo em folha facilitava o processo. Nestas circunstâncias eram também tidas em consideração o tipo de acesso (cateter central ou fístula arteriovenosa), já que os doentes com fístula requerem mais tempo (disponibilidade) para assegurar uma correta hemóstase.

Uma área interessante de aludir assenta na gestão de resíduos, particularmente a reciclagem. Existe um trabalho contínuo para manter a correta triagem de resíduos hospitalares (Grupo I, II, III e IV) pelos EE, pela chefia e especialmente pela equipa do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) e elos dos serviços, mas, pude verificar um esforço extra na reciclagem de papel, plástico e vidro.

Para aquisição desta competência também há que referir o projeto de melhoria contínua desenvolvido e abordado na segunda parte deste relatório.

O EE para além de contribuir para otimizar o processo de cuidados, deve gerir e supervisionar a utilização dos recursos disponíveis às situações e respetivo contexto, liderando a equipa na busca da qualidade e segurança de cuidados.

c) Colabora na gestão dos cuidados

As competências do domínio da gestão dos cuidados são: gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019).

A complexidade da gestão de cuidados implica empreender uma atitude proativa, realística e profissional em contextos que podem não ser os ideais. As dotações seguras e o seu valor, foram fundamentadas, quantitativamente e qualitativamente, em horas de cuidados prestados associadas a cada valência da enfermagem, no entanto, os fatores externos, como foi exemplo a pandemia, levou a uma noção profissional, de que existiam poucos enfermeiros para as necessidades, mas valorizou o esforço individual e de equipa, a força e motivação para assegurar a melhor prática de cuidados de saúde.

No SUMC constatou-se a importância do enfermeiro coordenador de turno na planificação da distribuição dos enfermeiros nas diversas áreas, de modo a garantir a satisfação das necessidades do serviço e manter as dotações seguras na prestação dos cuidados aos doentes e minimizar o risco de erro. De salientar a importância do enfermeiro coordenador, como EE, em todos os EC, na gestão de materiais, recursos humanos e condições de trabalho, atuando como gestor de conflitos quando necessário. Permitindo manter as dotações seguras já referidas anteriormente e possibilitando a prestação de cuidados sem faltas de material, quer de consumo clínico como farmácia. Sabe-se que o EE realiza a gestão dos cuidados otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas realizadas (OE, 2019).

A gestão do tempo dos cuidados também é fundamental, uma função do enfermeiro coordenador. No contexto de hemodiálise o tempo de hemóstase individual, permite organizar os procedimentos para agilizar intervenções, pois como foi possível verificar, com os doentes em HD, atribuírem grande importância a não consumir mais tempo que o necessário em cada

sessão. Exemplo deste facto, foi vivenciado com a Senhora (Sr.ª) C. de oitenta e dois anos, com historial de hemorragia pela fístula. Após uma sessão teve necessidade de 3 períodos de compressão para hemóstase num intervalo de mais de uma hora, esta verbalizou tristeza, porque era recorrente e fazia esperar os bombeiros e os outros doentes. A gestão de cuidados nesta situação exigia uma preocupação com as necessidades da Sr.ª C. e procurando acalmar as suas preocupações.

No serviço de HD, foi possível acompanhar o enfermeiro coordenador, que era conhecido neste contexto por enfermeiro responsável, no desenvolvimento de funções de gestão para otimizar o curso normal dos tratamentos dialíticos, as alterações inesperadas e constantes aos esquemas programados e ainda dar resposta às urgências que pudessem surgir. O enfermeiro responsável de turno, geralmente um EE, colaborava na receção dos doentes, instalação e punção, sendo chamado a colaborar no atendimento de doentes críticos, portadores de fístulas arteriovenosas de difícil acesso. Este enfermeiro tinha como funções a verificação dos equipamentos inclusive limpeza e desinfeção; reposição de material, pedidos de reparação, verificar que a manutenção da qualidade da água é feita, colaborar com a equipa, entre outros, assim como colaborar na gestão do serviço, agilizando intervenções como as relativas a medicação, e providenciar o material necessário para o turno seguinte (processos dos doentes, sistemas, filtros, *kits* de punção/hemóstase, medicação).

Como responsável reconhecido pelos seus pares, tinha um papel fundamental, não só em assegurar as condições (materiais, físicas e humanas), como reposições e suplementação de dispositivos médicos (DM) ou medicação, verificar manutenção dos equipamentos e solicitar reparações necessárias, gestão da equipa no turno (substituições, transferências, entre outros), mediação de conflitos interpessoais ou mesmo interprofissionais e resolução de qualquer perturbação no adequado funcionamento do serviço.

Numa situação vivenciada, um doente deu entrada proveniente da urgência de outro hospital para colocação de cateter central e início de tratamento dialítico. Num turno seguinte, a colocação programada de 2 cateteres centrais e o surgimento de um terceiro urgente (por impossibilidade de punção da fístula), desviaram o apoio do responsável de turno e consequen-

temente a necessidade de reajustes na gestão dos tempos. Sendo um aspeto muito importante exigido ao EE, ser capaz de priorizar situações e gerir adequadamente o tempo garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

A organização dos turnos implicava manter a disponibilidade de uma vaga de urgência, não sendo fácil esta gestão, pois existem ocorrências que implicam reagendar as sessões como consultas, construção de fístulas arteriovenosas, quimioterapia, intervenções cirúrgicas e internamentos, responsabilidades exigidas ao responsável de turno.

A realização de estudos terapêuticos clínicos, permitem o contínuo desenvolvimento e evolução na saúde, mas também exige organização, por parte do gestor de serviço e do coordenador de turno, para que sejam cumpridos os protocolos estabelecidos sem perturbar o normal funcionamento do serviço, exigência observada no EC de HD.

Ainda neste contexto, a enfermeira gestora do serviço de nefrologia/hemodiálise como gestora tem a seu cuidado a construção dos horários de enfermagem e das AO, com condicionantes, como sejam o de nem todos os enfermeiros terem formação em HD, ficando esses alocados ao internamento, o que também implicava uma atenção reforçada aos pedidos de trocas pela equipa. A distribuição de doentes/turno era realizada pelo segundo elemento em delegação de funções. À sua responsabilidade tinha também os projetos de melhoria contínua, projetos individuais da equipa, avaliações de desempenho e a supervisão da equipa/serviço. A gestão de pessoas e materiais são 2 áreas de atuação que o EE é muitas vezes desafiado a intervir por delegação das funções do gestor de serviço.

O enfermeiro especialista tinha também a necessidade de agilizar a utilização de programas informáticos como *Excel*, *Word*, *PowerPoint* e outros, na aplicação das suas competências na prática como auditorias, formações, projetos e como foi em contexto pandémicos a utilização de sistemas que permitissem videoconferência.

Nesta competência de colaborar na gestão de cuidados, constatou-se que as sessões de hemodiálise poderiam proporcionar/integrar momentos educativos, esclarecedores e lúdicos até, para doentes. A cronicidade da patologia, cria o desejo de aclimatação à nova realidade e busca de informação e estratégias adaptativas e aqui, nesta janela temporal podia-se inte-

grar o trabalho de equipa multidisciplinar como nutricionistas (adequação alimentar), fisioterapeutas (exercícios passivos), psicólogos (aconselhamento, técnicas de relaxamento), terapeutas ocupacionais, entre outros.

Ao abordar o domínio da gestão de cuidados é importante também abordar a importância de uma liderança eficaz, pois só assim é possível obter elevados níveis motivacionais que conduzem a adoção/mudança de comportamentos no seio da equipa. Assim, ao longo dos EC constatou-se diferentes tipos de liderança, no entanto, o que foi transversal a todos foi a necessidade de envolver toda a equipa para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados praticados.

d) Concretiza aprendizagem profissional

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no seu artigo 76.º e 88.º, enumera que o enfermeiro exerce a sua profissão com base em conhecimentos científicos e tecnológicos, respeitando a vida, a dignidade humana, a saúde e bem-estar da população e promover uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, devendo para isso manter uma atualização contínua dos seus conhecimentos (OE, 2015).

Segundo a OE (2019) as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, são as seguintes: desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em evidência clínica (OE, 2019).

A observação, prática e partilha de experiências associada com pesquisa bibliográfica foram essenciais para o percurso realizado. E é também, como descrito na competência, uma oportunidade de utilizar a própria aprendizagem e ser um facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, promovendo a formação e contribuindo para conhecimento novo.

Acresce ainda referenciar que a aprendizagem e a sedimentação de conhecimentos técnico-científicos foram possíveis através, dos trabalhos e projetos solicitados nos EC, como impulsores para pesquisa, renovação e consolidação de conhecimentos. Tendo realizado um folheto no serviço de HD (Apêndice I) e um poster no EC II, no SMI (Apêndice II). Outra oportunidade de desenvolvimento desta competência, foi a realização de trabalhos em linguagem Classifi-

cação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) em cada EC, que solicitava a identificação e descrição de uma situação e/ou condição de assistência que no local de ensino clínico constituísse motivação adicional para agir no quadro de competências do EE em PSC.

O EE adquire conhecimento numa área específica, elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzido num conjunto de competências, segundo o campo de intervenção, considerando as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (OE, 2019).

No SMI, verificou-se uma situação que conduziu a uma área de interesse, nomeadamente a dificuldade de comunicação sob ventilação mecânica, levando a pesquisar sobre o tema e desenvolver competências em estratégias utilizadas para colmatar esta situação. Tendo cuidado de um doente consciente, com ventilação mecânica invasiva, foi utilizado maioritariamente linguagem não verbal e recurso a placares com imagens, que o serviço disponibiliza.

Dados citados por Guttormson (2014) referem que os enfermeiros, como o principal parceiro de comunicação dos doentes em ventilação mecânica, precisam ter o conhecimento e a habilidade para apoiar a transmissão de mensagens e o uso de estratégias alternativas. Quando a função neuromuscular do doente o permite existem segundo Ashurst (1998) vários métodos que podem auxiliar na comunicação, como por exemplo, cartões com desenhos, cartões com alfabeto, escrita, computadores e o emprego das mãos através de mímica gestual.

Durante o EC em HD assistiu-se e participou-se na formação da equipa de enfermagem sobre técnica de diálise peritoneal manual, esta intervenção permitiu que a equipa pudesse dar resposta a situações de urgência, como sejam situações de peritonites, percebendo-se claramente a traslação da formação para a prática clínica.

No SMI, surgiu a oportunidade de colaborar e participar como formadora numa sessão dedicada à recolha e doação de órgãos, onde se apresentou os procedimentos de enfermagem na recolha de órgãos em bloco operatório, o que permitiu desenvolver competências de exposição, interação e formação, fundamentais na aprendizagem como futura EE.

Ainda em contexto de EC de HD surgiu a oportunidade de observar a construção das fístulas arteriovenosas, podendo compreender a mecânica das mesmas e acompanhar a atuação na resolução de um Síndrome de Roubo caracterizado por dormência, neste caso na mão e a

necessidade de colocação de prótese arteriovenosa, após hematoma sem resolução, foram experiências valiosas para o crescimento profissional. Nightingale citada por Brasil [1997, página (p.) 83], já descrevia o valor da aprendizagem por observação: “A mais importante lição prática que pode ser dada aos enfermeiros é ensiná-los a observar, como observar...”

Procurou-se em todos os EC, desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e considerou-se que refletir sobre estas competências são fulcrais, uma vez que possuir autoconhecimento, possibilita que os sentimentos, emoções, crenças e valores não interfiram numa prestação de cuidados que deve ser imparcial e isenta de juízos de valor. Para basear a prática em conhecimentos sólidos e seguros, durante o estágio, foi essencial rever os conhecimentos adquiridos na componente teórica para enraizar os conhecimentos existentes. É neste domínio que se reconhece as competências de maior investimento e desenvolvimento.

1.3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ESPECIALIZAÇÃO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Descritas pela OE, o EEEMC na especialização da PSC deve prestar cuidados de enfermagem altamente qualificados à PSC (OE, 2019). Em seguida serão abordadas através de uma análise crítica e reflexiva as aprendizagens desenvolvidas no que diz respeito às 3 competências específicas do EE nos cuidados à PSC, descritas no Regulamento n.º 429 da OE, de 16 de junho de 2018. As competências específicas são competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para a intervenção de enfermagem especializada na PSC (OE, 2018) e demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

O EE em Enfermagem à PSC desenvolve as seguintes competências específicas: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; a competência de dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação e a competência de maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018).

a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de falência orgânica

A complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, exigem que o EE mobilize conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (OE, 2018).

O EC que decorreu no SMI permitiu a aquisição de diversas competências relacionadas com o cuidar do doente crítico, através da prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; gestão de protocolos terapêuticos; gestão diferenciada da dor e do bem-estar; assim como outras associadas ao EE em PSC.

Nomeadamente no cuidado a doentes com COVID-19, em ventilação mecânica invasiva e não-invasiva, doentes críticos sujeitos a tratamentos de HD, incorreu a necessidade de antecipação de focos de instabilidade e atuação precoce, execução de cuidados complexos e necessidade de revisão de conhecimentos teórico-práticos; identificação de alterações não só fisiológicas, mas também emocionais e procurar dar resposta adequada; otimização da comunicação interpessoal e relevando aqui, a importância de construir uma relação terapêutica de confiança e segurança, não só com o doente mas com a família, numa fase em que os profissionais são o elo de ligação dos mesmos.

A formação recebida nas UC na área de comunicação, permitiu adequar e facilitar a comunicação, nomeadamente com a esposa do doente internado à cerca de 1 mês com COVID 19 (já referenciado previamente), no momento em que foi necessário transmitir a má notícia de que o doente estava a morrer. A utilização do protocolo de *Buckman* é entendido, como uma estratégia eficaz que pode ajudar os profissionais a transmitir má notícias de uma forma mais gradual e eficiente (Buckman, 2005). Na área de Cuidados Intensivos, existe um grande investimento por parte da equipa multidisciplinar, para assumir a responsabilidade integral dos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais. Objetivo este, que considerando os doentes e a gravidade do estado de saúde dos mesmos, nem sempre é viável.

Os profissionais deste serviço têm incutido, em equipa, a implementação de estratégias em prol de dignificar o processo de morte e de luto, sendo exemplo, as situações de morte cere-

bral e reconhecimento de potencial doador, havendo aqui a necessidade de reconhecer e considerar o efeito desta notícia na família do doente. A lei em Portugal, n.º 12/93 de 22 de abril, considera todos os doentes, em morte cerebral, como possíveis doadores excetos, aqueles que hajam manifestado a sua qualidade de não-dadores no Ministério de Saúde, no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA). Neste processo é necessário incluir a família, providenciar informação e esclarecimentos acerca do diagnóstico e dos procedimentos inerentes, demonstrando disponibilidade e acompanhamento nas necessidades.

No SMI coordenavam-se reuniões entre a equipa multidisciplinar, para discutir, caso a caso, a evolução dos doentes, estabelecendo estratégias e alterações ao plano terapêutico. Nesta equipa multidisciplinar os enfermeiros eram responsáveis pela vigilância e monitorização vinte e quatro horas por dia, auxiliada/complementada pelos meios tecnológicos que permitiam uma resposta preventiva, rápida e eficaz.

Benner *et al* (1999) referem que, para cuidar da pessoa em situação crítica de forma eficaz, o enfermeiro tem de possuir altos níveis de motivação, resiliência emocional e um amplo conhecimento para atender eficazmente às dinâmicas do contexto e mudanças rápidas da condição do doente. Grande parte dos cuidados à pessoa em situação crítica envolvem tecnologias de ponta, medicamentos e modalidades do tratamento, que aumentam a necessidade de o profissional reforçar o seu leque de conhecimentos, refinar a sua capacidade de julgamento clínico e, de uma forma global, a sua perícia profissional (Titchen & Higgs, 2001).

Durante os EC (SUMC, SMI e HD) foi necessário reforçar/recuperar conhecimentos dos processos complexos dos diversos sistemas, nomeadamente respiratório, cardiovascular e renal; tendo refletido na importância de validar saberes, fortalecer e aprofundar conhecimentos.

O impacto hemodinâmico de uma sessão de hemodiálise exige ao enfermeiro, não só conhecer individualmente o doente e o seu historial, mas implementar medidas de prevenção e antecipar possíveis intercorrências para manter a segurança do mesmo.

A Insuficiência Renal Crónica (IRC), nomeadamente em estágio 5 com necessidade de tratamento dialítico, implica um processo de adaptação, de transição, processo este que Meleis descreve como uma passagem de um estado (condição) estável para outro estado relativa-

mente estável e, requer por parte da(s) pessoa(s), a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do *self*, sendo este processo desencadeado por uma mudança (Meleis, 2010).

Como descrito na competência é preciso reconhecer o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa, família/cuidador, sendo necessário utilizar de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda. A abordagem a estes doentes deve ter em consideração o impacto do diagnóstico e as fases de negação/aceitação do mesmo e adaptação aos cuidados necessários.

Está documentado que tendencialmente a prevalência de DRC aumenta com a idade, verifica-se maioritariamente em contexto de múltiplas comorbilidades como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares. Estas comorbilidades já influenciam o bem-estar fisiológico, psicológico e social. Ferreira (2017) cita Thomas (2002) que defende que na maioria dos doentes renais crónicos, a perda da função renal é apenas mais um elemento a somar a outros já existentes para a limitação do seu estado de saúde.

A conjugação destes fatores reforça a necessidade de compreender os diversos sistemas em funcionamento no corpo humano, já que estes cooperam harmoniosamente para manter o equilíbrio. Reconhecer a atuação individual e a influência em conjunto, permite ao profissional manter a homeostasia, durante o tratamento e dar resposta adequada às alterações que surjam, para manter a qualidade/eficácia da hemodiálise, assim como prevenir intercorrências pós-tratamento como hipoglicémias e hipotensão e conseqüentemente, aumento do risco de queda. Esta capacidade de resposta atempada para estabilizar o doente resulta da preparação prévia, equipamentos testados e preparados, materiais/recursos e fármacos disponíveis, equipa coordenada e com formação adequada.

b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação

Os ambientes onde se prestam cuidados de saúde são multiprofissionais, pelo que os resultados que se obtém não podem ser creditados, apenas a uma profissão (Amaral, 2015). Vargas e Braga (2007) dizem-nos que o enfermeiro deve ser uma pessoa tranquila, ágil, de raciocínio

rápido, de forma a adaptar-se, de imediato, a cada nova situação, o que exige conhecimento científico e competência clínica (experiência).

É da competência do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à PSC conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe, conceber em articulação com o nível estratégico os planos de emergência e catástrofe, planejar e gerir os cuidados à pessoa em situação de catástrofe, tal como assegurar a eficiência desses mesmos cuidados preservando os vestígios de indícios de prática de crime (OE, 2018).

Varela (2016) descreve que o EE em PSC, demonstra *know-how*, refletindo-se positivamente na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em áreas de intervenção específicas nestas unidades. Trabalhando de forma integrada e contínua, em equipa multidisciplinar, assegura respostas de alta qualidade, fomentando as boas práticas, rentabilizando recursos, e consequentemente, gerando ganhos em saúde, uma vez que, detém competências acrescidas e específicas, que lhe permitem intervir a um nível de complexidade mais elevado.

Ao longo do EC II, tomando consciência da dimensão do trabalho desenvolvido pela equipa do SMI, durante o pico pandémico e reconhecendo nesta situação, uma demonstração da competência acima descrita, na emergente necessidade de dar resposta ao número crescente de doentes a necessitar de cuidados intensivos. Estes demonstraram resiliência e capacidade de adaptação, apesar de todo o impacto que isso significou na sua vida pessoal e nas dinâmicas em equipa.

O plano de emergência (PE) está construído e preparado para implementar, mas não significa que os profissionais estejam preparados para uma catástrofe e para uma atuação em conformidade. Embora o plano seja importante, não deve criar a ilusão de que tudo já está pronto e preparado. Esta ilusão é denominada de “síndrome do plano no papel” [Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), 2012, p.56].

A pandemia desafiou o Sistema Nacional de Saúde, as Instituições, os serviços e principalmente os profissionais de saúde. Apesar da existência de PE e catástrofe, adequados a situações multivítimas, simulados e treinados, as características destas “vítimas” e número crescente das mesmas, assim como o contexto de transmissibilidade, trouxe limitações às capacidades de resposta das instituições de saúde, dos seus recursos físicos e principalmente humanos.

O SNS publicou um estudo realizado no Centro Universitário de Coimbra realizado em 2020, sobre o impacto nos profissionais com o COVID-19, onde identificaram nos entrevistados 5 grandes temáticas, das quais se referenciam duas neste relatório: a liderança – destaque para a importância do envolvimento dos colaboradores nos processos de decisão, na preparação e contínua adaptação dos serviços, bem como a proximidade e confiança; e o trabalho de equipa – os tempos de dificuldade promoveram, mais união entre os diferentes intervenientes e uma maior necessidade dos profissionais se cuidarem mutuamente nomeadamente na ajuda da gestão das emoções (*stress*, irritabilidade, ansiedade, choro) culminando numa valorização do trabalho em equipa, como uma forma muito mais efetiva de trabalho para todos.

Em pleno pico pandémico, a equipa do SMI criou uma ala com vinte camas adaptando as estruturas existentes, geriram a logística inerente; receberam profissionais de serviços distintos e integraram-nos na equipa, tudo exigindo esforço e sacrifício dos responsáveis e da equipa. Planearam, definiram prioridades, avaliaram e corrigiram, adequaram respostas, sempre assegurando a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes e dos profissionais.

Não tendo ocorrido nenhuma situação de emergência, exceção ou catástrofe durante os períodos dos EC, foi possível compreender a capacidade de resposta, e o papel do EE e de uma equipa dinâmica e coesa na resposta a uma situação multivítimas, tendo sido discutida a temática em equipa.

Enquanto o Plano de Emergência Interno (PEI) se destina a controlar a situação na origem e a limitar as consequências no interior do estabelecimento, o Plano de Emergência Externo (PE-Ext) destina-se principalmente a mitigar e limitar os danos no exterior do estabelecimento, decorrentes de um acidente grave, organizando e definindo as orientações de atuação dos agentes de proteção civil, organismos e entidades de apoio a empenhar em operações de proteção civil decorrentes desses acidentes, de modo a garantir a proteção da população (Proteção Civil, 2018).

O centro hospitalar onde decorreram os EC, como preconizado na orientação n.º 007/2010 da DGS tem instituído um PEExt, datado de 2017, que visa definir um conjunto de procedimentos de forma simplificada e acessível, para garantir uma atuação eficaz em caso de catástrofe e minimizar danos aos doentes e aos profissionais. No entanto, o PE das Unidades de Saúde,

deve ser revisto e atualizado periodicamente e esta periodicidade deve estar definida (INEM, 2012).

O imprevisto de ocorrência de uma catástrofe, epidemia, acidente tecnológico e/ou nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções, é cada vez maior. Tendo em conta que as unidades de saúde trabalham cada vez mais no limiar das suas capacidades, torna-se perentório que sejam criados PE de resposta a multivítimas (DGS, 2010).

O Decreto-Lei n.º 27/2006, de 3 de julho que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, define com catástrofe um acontecimento invulgar ou uma série de acidentes graves com efeitos, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em diversas áreas ou na totalidade do território nacional (Proteção Civil, 2006).

As instituições devem planear de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência por forma a responder a qualquer um dos cenários, que pelas suas características ou extensão provoquem desequilíbrio, entre as necessidades e os recursos existentes (Oliveira *et al.*, 2012).

O planeamento de emergência tem como objetivos aumentar a resistência e resiliência do provimento de cuidados de saúde, assim como, implementar medidas para prevenir incidentes, preparar para responder prontamente, o mais eficazmente possível e, recuperar dos incidentes que possam acontecer. Ou seja, criar um conjunto de medidas de autoproteção desde prevenção, planeamento, atuação, que visam a reposição da normalidade. Assim como, a preservação de vida humana, a manutenção das condições de segurança e à redução dos aspetos ambientais associados à emergência em questão.

É da competência do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à PSC conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe, conceber em articulação, com o nível estratégico os planos de emergência e catástrofe, planear e gerir os cuidados à pessoa em situação de catástrofe, tal como assegurar a eficiência desses mesmos cuidados preservando os vestígios de indícios de prática de crime (OE, 2018). Tendo em conta o contexto atual das unidades de saúde, a elaboração de um PE torna-se uma ferramenta essencial de reforço da avaliação dos meios de resposta destas unidades face a uma situação de

crise e na definição de regras ou normas de atuação nesse contexto (Direção-Geral da Saúde, 2010).

Por se exercer funções como enfermeira no Centro Hospitalar onde se desenvolve o EC de SUMC existia já um conhecimento prévio do PEI, que se encontrava disponível na Intranet. O que facilitou a reflexão sobre o mesmo e a compilação de sugestões na revisão do mesmo. Em conformidade com a competência do EE que atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada no sentido da sua eficácia e eficiência (OE, 2019).

Segundo o Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto do Ministério da Saúde, cada serviço de urgência geral deve cumprir a elaboração de um plano de catástrofe/contingência que integre a resposta a evento com multivítimas, que seja do conhecimento de todos os profissionais, sendo o mesmo alvo de formação e simulacros (Ministério da Saúde, 2014).

Tendo em consideração as características dos doentes em HD e as suas comorbilidades, acrescentando ao facto de se encontrarem conectados a um equipamento, que circula com um volume considerável de sangue extracorpóreo, a ocorrência de uma emergência é uma possibilidade, assim como, a possível instabilidade hemodinâmica, ventilação mecânica, sedo-analgésias, terapêutica endovenosa, entre outros, são aspetos a considerar na evacuação de um doente, analisado também em cuidados intensivos.

Todos os fatores citados devem ser tidos em consideração na atuação, em situação de emergência, catástrofe ou exceção, o que reforça a importância e necessidade de realizar simulacros, para agilizar procedimentos, criar estratégias de atuação, avaliar falhas e tempos e adequar soluções. Os exercícios de simulação visam familiarizar os profissionais com as rotinas e formas de atuação em situação de emergência, em função dos condicionantes físicos e humanos desse local específico.

De acordo com o artigo 207 da Portaria n.º 1532/2008, de 29 de dezembro, do Ministério da Administração Interna, nas utilizações-tipo que possuam PEI devem ser realizados exercícios com os objetivos de testar o plano e treinar os profissionais, visando a criação de rotinas, comportamentos ajustados, bem como aperfeiçoamento dos procedimentos em causa.

c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência aos antimicrobianos

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um fator de aumento de morbidades e mortalidade preocupante assim como, a resistência dos microrganismos aos antimicrobianos.

Os EC realizados, permitiram validar os conhecimentos adquiridos na unidade curricular de Prevenção e Controlo de IACS, nomeadamente nos feixes de intervenção e as Precauções Básicas do Controlo de Infeção. Verificando os vários níveis de intervenção do grupo coordenador do PPCIRA, avaliação individual do risco de infeção, colocação/isolamento dos doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI), descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies, manuseamento da roupa, entre outros.

Varela (2016) descreve que o EE em PSC, demonstra um *'know-how'*, refletindo-se positivamente na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em áreas de intervenção específicas nestas unidades. Trabalhando de forma integrada e contínua, em equipa multidisciplinar, assegura respostas de alta qualidade, fomentando as boas práticas, rentabilizando recursos, e consequentemente, gerando ganhos em saúde, uma vez que, detém competências acrescidas e específicas, que lhe permite intervir a um nível de complexidade mais elevado.

A preocupação com o controlo de infeção existe desde Florence Nightingale pelas consequências nocivas que podem acarretar para o doente, família, profissional e comunidade onde se inserem. Esta ideia é corroborada pela DGS (2008) que defende que as IACS são um problema major, para a segurança dos doentes, não só pela morbidade e mortalidade associada, como também pelos custos que lhe estão associados (económicos, sociais e familiares) e ainda pela insegurança que cria nos utilizadores das instituições prestadoras desses cuidados (DGS, 2008).

Em contexto de pandemia, esta veio realçar a importância não só dos cuidados diretos, mas também na prevenção e educação dos doentes e familiares/cuidadores, nomeadamente no SHD cujos doentes realizam tratamento em regime de ambulatório.

O controlo de infeção deve ser realizado através da aplicação de medidas que impeçam a transmissão do agente infeccioso das pessoas doentes para os profissionais de saúde, dos profissionais de saúde para os doentes, entre doentes ou entre doentes e família/comunidade (OE, 2017).

O PPCIRA visa a redução da taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde, hospitalares e da comunidade, assim como da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos. (DGS, 2014). Durante os EC pode-se constatar que as precauções básicas de controlo de infeção estavam implementadas e respeitadas pelas equipas multidisciplinares e pelos doentes, nomeadamente no cumprimento nos cinco momentos de higienização das mãos.

As medidas de controlo de infeção envolvem um conjunto de atividades que abarcam: as precauções de primeira linha para reduzir o risco de transmissão das IACS, quando o agente infeccioso é desconhecido e as precauções adicionais são relativas a doenças transmitidas por via aérea, por gotículas e por contato. Sendo exemplo, o constatado no EC de HD nomeadamente na sala dedicada a doentes com patologia como Hepatite ou HIV, cumprindo-se assim as recomendações.

No contexto de EC no SMI foi observado, o cumprimento rigoroso da prática asséptica na punção e manuseamento dos cateteres centrais, mas também o esforço dos AO no que dizia respeito ao cumprimento do esquema de limpeza e desinfeção dos equipamentos e dos espaços, em que se destaca a importância das relações e funções de cada elo da equipa como um todo, nomeadamente da supervisão do EE.

No âmbito de prevenção de infeção, em paralelismo com o projeto de melhoria contínua dos cuidados, desenvolveu-se um poster, já aludido previamente (Apêndice II) que aborda a preparação pré-operatória em prol da prevenção de infeção do local cirúrgico.

Na Diálise Peritoneal destaca-se o autocuidado na prevenção de infeção. Estes doentes, caso tenham uma peritonite, como foi o caso da Sr.^a E, causada por uma gastroenterite, da qual foi possível assistir à consulta. Esta, após o período de internamento continuou o tratamento no domicílio. Neste sentido foram realizados ensinamentos aos doentes e familiares para que em contexto de domicílio conseguissem garantir uma continuidade de cuidado, prevenindo complicações associadas a infeções. No sentido de facilitar este processo de prevenção de infeções,

foi construído em EC um panfleto informativo, também já apontado, dirigido aos doentes, subordinado ao tema: Cateter Venoso Central – Função e cuidados a ter (Apêndice I).

PARTE II

PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DOS CUIDADOS

A unidade curricular estágio de enfermagem à PSC e respetiva redação de relatório, contempla um projeto de melhoria contínua da qualidade desenvolvido em contexto institucional, onde os estudantes desenvolvam funções. Assim, este projeto que se descreve em seguida irá descrever o processo de investigação desenvolvido em dois serviços (ginecologia/obstetrícia e ortopedia) da Instituição da estudante.

1. FUNDAMENTAÇÃO

Donabedian (2003) descreve que a qualidade de cuidados de saúde corresponde a cuidados que maximizam uma medida, que inclui o bem-estar do doente, após considerar-se o equilíbrio esperado entre os ganhos e as perdas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes.

No que concerne à qualidade dos cuidados de enfermagem, a OE tem incentivado a melhoria contínua, instigando os EE a promoverem projetos nos locais de trabalho, assim tem emergido, cada vez mais, projetos de intervenção com enorme relevância, que se conjugam e se sublimam pela adequação à realidade de cada serviço, procurando e oferecendo resposta às necessidades percecionadas pelos profissionais.

O projeto que se apresenta em seguida, insere-se na área da prevenção de infeção. O regulamento das competências específicas do EE em PSC, no artigo 3.º, define como competências específicas: maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, perante o doente em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas e em tempo útil (OE, 2018).

As infeções associadas à prestação de cuidados de saúde encontram-se entre as complicações mais frequentes da hospitalização (Pina *et al.*, 2010) e com grandes custos associados. A temática emergiu após auscultação das equipas de enfermagem dos serviços onde se realizou o estudo, através da técnica de *brainstorming*, assinalando um problema percecionado com necessidade de resolução, possibilitando a aplicabilidade de um projeto de melhoria de qualidade de cuidados. Estas identificaram as infeções do local cirúrgico como uma preocupação

nos serviços. Assim, definiu-se em equipa a necessidade de abordar o feixe de intervenções de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico (ILC), iniciando o processo com um estudo nos serviços, direcionado aos conhecimentos dos profissionais de enfermagem, do tema em questão.

O feixe de intervenções é um do conjunto de 4 feixes enunciados em 2015 pela Direção-Geral da Saúde e atualizado em 2022, como estratégia orientada para o conhecimento, cujo objetivo passa por assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência científica (DGS, 2015) (DGS, 2016) (DGS, 2022).

Em Portugal, um dos projetos que visa promover, a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros são os Padrões de Qualidade definidos e divulgados pela Ordem dos Enfermeiros em dezembro de 2001. Um dos enunciados descritos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem é a prevenção de complicações, pelo qual o enfermeiro na procura na excelência no exercício profissional, previne complicações para a saúde dos doentes, incluindo-se aqui o risco de infeção, nomeadamente a infeção do local cirúrgico.

Infeção do Local Cirúrgico

As infeções do local cirúrgico são causadas pela entrada de microrganismos na incisão cirúrgica, sendo assim uma das potenciais complicações associadas a uma intervenção cirúrgica (Duarte, 2019).

O Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças define ILC como a infeção da incisão cirúrgica ou na sua proximidade (Incisional, profunda ou órgão/espaco) nos primeiros trinta dias de pós-operatório (Bilbao, 2019). Pode ser considerada como uma “falha” na qualidade dos cuidados e tem um grande impacto epidemiológico, clínico e económico.

Borchardt (2018) acrescenta ainda, que as infeções do local cirúrgico aumentam em cerca de onze dias o tempo de internamento e são o motivo mais comum de readmissões hospitalares não planeadas, após intervenções cirúrgicas. São consideradas a terceira infeção mais descrita em doentes hospitalizados e constituem cerca de 12 a 16% das infeções nosocomiais (Cooper, 2013).

Refere o mesmo autor, que 40 a 60% das mesmas eram evitáveis quando implementadas intervenções que englobam estratégias de vigilância, prevenção e educação. Dados mais recentes, citados por Costa (2020), colocam a ILC nos dezassete por cento das IACS, acrescentam que doentes com ILC tem 5 vezes mais probabilidade de readmissão hospitalar em trinta dias e 2 vezes mais de falecer, em comparação com doentes que não desenvolvam esta infeção. Acrescenta que duplicam o tempo de internamento e despesas inerentes, representando um custo económico considerável aos sistemas de saúde.

Existem diferentes fatores de risco à ILC, os quais dependem de fatores externos e de fatores internos à organização. A complexidade e dinâmica associada aos cuidados, bem como as suas vulnerabilidades, são consequência das interações complexas entre os profissionais de saúde, os doentes, a tecnologia e o próprio ambiente de prestação de cuidados. Sabe-se que conhecer os fatores de risco para a infeção contribui para os esforços de prevenção desta (Martins, 2019).

Em conformidade à norma n.º 20/2015 de Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico, a instituição hospitalar onde foi desenvolvido este projeto, tem em vigor o designado Protocolo de Recomendações para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico (PT.CCI.003.01), cuja implementação remonta a 15/06/2016. Contudo, verifica-se a existência de lacunas na implementação das medidas preconizadas, o que se traduz numa possibilidade de melhoria.

Assim, este projeto surge com a finalidade de contribuir para a melhorar os comportamentos e atitudes dos enfermeiros no que diz respeito à adoção de cumprimento de boas práticas em prevenção de infeção do local cirúrgico.

2. ASPETOS METODOLÓGICOS

Fortin (2009) define a fase metodológica em 4 etapas: a escolha do desenho de investigação; a definição da população e da amostra; a escolha dos métodos de colheita e análise dos dados.

Em seguida serão descritas as tomadas de decisão metodológica neste trabalho.

2.1 OBJETIVOS

Os objetivos do projeto devem ser claros, de linguagem precisa e concisa, realizáveis e mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração (Ferrito *et al.*, 2010).

Os objetivos deste trabalho foram:

- 1) Diagnosticar conhecimentos da equipa de enfermagem do serviço de Ortopedia e do serviço de Ginecologia/Obstetrícia, acerca das intervenções preconizadas no Feixe de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico.
- 2) Definir propostas de estratégias de melhoria contínua de forma a melhorar os cuidados praticados em prevenção de infeção do local cirúrgico.

2.2 TIPO E DESENHO DE ESTUDO

No sentido de dar resposta aos objetivos acima mencionados, foi realizado um estudo de diagnóstico, com dois principais momentos:

- 1) Momento 1: Aferição das necessidades formativas dos enfermeiros dos serviços de ortopedia e ginecologia sobre conhecimento do Feixe de Prevenção de Infeção do Local, através da aplicação de um questionário eletrónico;
- 2) Momento 2: Definição em equipa de propostas para implementação de melhoria dos resultados obtidos no momento 1.

2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População é o conjunto de pessoas, animais, eventos ou objetos bem definidos que têm características comuns e que se pretende estudar (Fortin, 2009). Sendo que o investigador define critérios de inclusão de forma a delimitar a amostra e torná-la num grupo homogéneo.

A amostra é uma fração de uma população sobre o qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa da população, ou seja, certas características conhecidas da população devem

estar presentes em todos os elementos (...) sendo preciso que a amostra represente fielmente a população (Fortin, 2009).

Neste estudo a amostra é caracterizada como sendo do tipo não probabilístico por conveniência. Foi constituída por 31 enfermeiros, dos serviços de ortopedia e ginecologia/obstetrícia da instituição, onde a estudante desenvolvia funções no serviço de bloco operatório. No total os serviços são compostos por 61 enfermeiros (36 de ginecologia/obstetrícia e 25 de ortopedia) o que confere uma representatividade de 51% da população.

A escolha desta população recaiu no facto de se verificar aumento das notificações de infeções do local cirúrgico e decorrentes re-intervenções cirúrgicas.

Foram incluídos no estudo todos os enfermeiros que fizessem parte do serviço e aceitassem de forma voluntária participar no mesmo, validando consentimento informado.

2.3 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para alcançar os objetivos num estudo, a recolha/obtenção de dados é uma etapa essencial num trabalho de investigação. A seleção do instrumento utilizado para a recolha de dados deve ser adaptada, às variáveis em estudo e sua operacionalização. Assim como devem ser considerados determinados fatores, nomeadamente os objetivos do estudo, o nível de conhecimentos que o investigador possui das variáveis e a obtenção das medidas apropriadas às definições conceptuais (Fortin, 2009).

Neste estudo recorreu-se a um questionário eletrónico, com recurso ao *Google Forms*[®] (Apêndice III), com restrição, limitando a uma submissão única. O questionário foi enviado via e-mail institucional aos enfermeiros dos serviços, onde foi realizado o estudo. Neste email, apresentava-se o estudo resumidamente, convidando a equipa de enfermagem a participar e disponibilizando um link de acesso que permitia aceder ao questionário e ao consentimento informado (Apêndice IV).

O questionário foi construído pelo investigador e estruturado em 4 fases. A primeira visou a caracterização sociodemográfica do profissional, a experiência académica e profissional; na segunda parte, foram elaboradas questões para aferir conhecimentos da equipa sobre IACS;

a terceira parte, foi constituída por questões de diagnóstico de conhecimento relativo à aplicação das intervenções do Feixe de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico e por fim, a quarta e última parte, com questões dirigidas para os registos das intervenções e possíveis causas de omissão dos mesmo segundo os enfermeiros.

Optou-se por questões de escolha múltipla na avaliação de conhecimentos e questões abertas na obtenção das opiniões dos profissionais em determinados temas.

Foi aplicado um pré-teste a 5 elementos, para avaliar a aplicabilidade do questionário, restrições e dificuldades, assim como determinar a janela temporal de resposta.

2.4 PROCEDIMENTOS LEGAIS E ÉTICOS

Quando se desenvolve um trabalho de investigação envolvendo pessoas é fulcral ter em atenção os aspetos éticos e respeitar os direitos fundamentais das pessoas. Sendo um estudo desenvolvido em âmbito hospitalar e dirigido a profissionais de saúde, especificamente enfermeiros, iniciou-se o processo com um pedido formal de autorização dirigida ao Conselho de Administração e Comissão de Ética da Instituição, com a explicação do âmbito do estudo e interesse para a prática de cuidados (Apêndice V).

Com colaboração das enfermeiras gestoras foram enviados os links dos questionários aos enfermeiros, de forma a não existir contacto com emails ou identificação dos potenciais voluntários no estudo.

Nestes links, que davam acesso ao questionário, existia um outro link integrado, que detinha uma hiperligação ao documento de consentimento informado, que deveria ser validado positivamente pelos participantes, e assim o questionário, ficava disponível para preenchimento. Assim, os participantes teriam obrigatoriamente de dar o seu consentimento para participar no estudo, antes de lhe ser disponibilizado acesso ao questionário.

O documento de consentimento informado estava organizado com informações referentes ao estudo nomeadamente, a identificação do estudo, a justificação do mesmo, os objetivos, os métodos/ procedimentos utilizados, a duração previsível da sua realização, as informações sobre riscos/benefícios/desconforto do estudo, a nota de que a participação seria voluntária, e que o participante, poderia desistir em qualquer altura, sem consequências, garantindo o

direto pela autodeterminação. Era também disponibilizado contacto da investigadora para que pudessem esclarecer dúvidas se assim considerassem.

As respostas fornecidas pelos participantes foram automaticamente gravadas numa base de dados associadas à plataforma utilizada, mas de uma forma anonimizada. Esta opção permitiu respeitar o direito ao anonimato e à confidencialidade, cumprindo os requisitos da proteção de dados estabelecida pelo Regulamento Geral de Proteção de Dados.

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo os dados obtidos foram tratados e analisados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)*, versão 20.0.

Neste estudo, obtiveram-se 31 respostas de enfermeiros de ambos os serviços (ginecologia e ortopedia). Na Tabela 1, é possível depreender que a maioria dos enfermeiros 90,3% eram do sexo feminino, estando acima da média nacional que é de 82,5%, como descrito no Anuário Estatístico de 2022 da Ordem dos Enfermeiros.

A média de idades dos participantes ronda os $43,29 \pm 10,71$ anos, com uma idade mínima de 23 anos e máxima de 65 anos. Quanto ao tempo de experiência profissional os enfermeiros com menos experiência tinham 1 ano e um máximo de 40 anos ($M=20,29 \pm 10,74$ anos). De salientar que apesar do tempo de experiência que detém já ser significativo em média trabalham apenas $9,21 \pm 7,64$ anos no serviço, o que evidencia uma equipa, ainda recente no serviço.

Relativamente às habilitações académicas, 90,3% enfermeiros detinham o título de licenciado e 9,7% de Mestre. Dos 31 enfermeiros, 19 eram especialistas (61,3%). Destes, 89% ($n=17$) tem a especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; 10,5% ($n=2$) são da área da Reabilitação. Não existindo nenhum enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. O que não seria espectável tratando-se de especialidades cirúrgicas.

Ainda segundo o Anuário Estatístico de 2022 da OE, Portugal tem 81799 enfermeiros, dos quais 67499 são do género feminino e 14300 do masculino. Destes enfermeiros estão registados 5265 com a especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, 430 com Mestrado na Pessoa em Situação Crítica, 3233 na Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica e 5164 em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2022).

Tabela 1 - Caracterização socio demográfica e profissional dos enfermeiros

VARIÁVEIS	Média	s (erro desvio)	Amplitude
Idade	43,29	10,71	23 - 65
Anos de Experiência	20,29	10,74	1 - 40
Anos no Serviço atual	9,21	7,64	1 - 31
VARIÁVEIS			%
Sexo	Feminino		90,3
	Masculino		9,7
Habilitações Académicas	Licenciatura		90,3
	Mestrado		9,7
Especialidade	Sim		61,3
	Não		38,7

Área de Especialização	Materno-Obstétrica		54,8
	Reabilitação		6,5

Na tabela 2 são descritas as opiniões dos enfermeiros relativamente às Infeções associadas aos Cuidados de Saúde.

No estudo epidemiológico realizado pelo Grupo Coordenador Local do PPCIRA da instituição e publicado em julho de 2022, refere que em dados de 2017 as IACS mais comum foi a ILC com uma taxa de 2,37%, acima dos valores das infeções respiratórias e das infeções do trato urinário (ITU). A vigilância epidemiológica (VE) realizada de junho a agosto de 2022 em doentes submetidos a colecistectomias e cirurgias do cólon, apresentam um resultado de uma taxa de incidência de ILC de 3,2%, superior ao previamente apresentado.

Em Portugal a taxa de incidência de IACS em 2017 foi de 7,8% enquanto em outros países europeus a média era de 6,5%, destas a ILC assumia 18,4% e as ITU 18,9% (DGS, 2017), o que confere a este problema de saúde uma preocupação de intervenção.

A VE constitui um instrumento fundamental de recolha, registo, sistematização e análise de dados relativos às IACS, sendo um instrumento orientador para implementar medidas específicas de prevenção e controlo de infeção. Segundo a definição do Centro de Controlo e Prevenção de Doenças, a VE consiste na “colheita contínua, análise sistemática e interpretação dos dados de saúde essenciais para o planeamento, implementação e avaliação da prática de saúde pública, estreitamente integrada com a divulgação atempada destes dados a quem precisa saber” (Choi, 2012).

Nesta amostra cerca de 41,9% refere que tem conhecimento da realização de VE na instituição e 58,1% diz que não ou talvez, sendo que este relatório está disponível para consulta no sistema informático interno. Sendo a VE uma ferramenta importante para alertar as equipas acerca da necessidade de implementação de medidas corretivas, é importante que este documento seja dado a conhecer às equipas e tentar diminuir o valor de 58,1% dos enfermeiros que responderam não ou talvez não conhecerem o registo.

Tabela 2 - Opinião dos enfermeiros sobre Infeções associadas a Cuidados de Saúde

VARIÁVEIS		%
Complicação mais frequente decorrente da hospitalização	Infeções	77,4
	Úlceras de Pressão	16,1
	Infeções & úlceras de pressão	6,1

VARIÁVEIS		%
Infeção que associa mais aos cuidados de saúde	Infeção Respiratória	3,2
	Infeção do Local Cirúrgico	54,8
	Infeção Urinária associada a Catéter Vesical	41,9
IACS, na sua opinião, mais comum no seu serviço.	Infeção do Local Cirúrgico	87,1
	Infeção Urinária associada a Catéter Vesical	12,9

Na tabela 3 apresentam-se as respostas dos enfermeiros sobre a prevenção de ILC na instituição. De salientar que 51,6% dos enfermeiros responderam não ter recebido formação relativamente aos cuidados pré-operatórios. Reconhecendo-se que os cuidados pré-operatórios por si são capazes de ditar o sucesso da recuperação do doente em pós-operatório, é fundamental treinar e formar as equipas a uniformizarem práticas e a intervirem, segundo a evidência mais recente, estando o feixe de intervenções atualizado (novembro de 2022) pela DGS e fundamentado nas evidências providenciadas pela OMS.

O grupo do PPCIRA, na implementação dos protocolos de Recomendações para a Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico em 2016, realizou formação interna nos serviços. A amostra na sua totalidade reconhece a existência do protocolo em questão, no entanto, apenas 45,2% admite ter recebido formação. Esta situação pode ser explicada por fatores como: contratações recentes, mobilidade entre serviços, ausências, indisponibilidade para assistir à formação presencial.

Tabela 3 - Respostas dos enfermeiros sobre a Prevenção de ILC na instituição

VARIÁVEIS		%
Vigilância epidemiológica da incidência de ILC na instituição	Sim	41,9
	Não	35,5
	Talvez	22,6
O serviço possui protocolo instituído de preparação pré-operatória	Sim	100
Recebeu formação relativamente aos cuidados pré-operatórios	Sim	45,2
	Não	51,6
	Talvez	3,2

O feixe de intervenção na área da prevenção das ILC disponibiliza uma *check-list* de auditoria que permitem o acompanhamento das conformidades na execução e respeito dos procedimentos. Os resultados obtidos através destas auditorias, tem contribuído para as mudanças na prática clínica, assim como incentivado os registos das intervenções realizadas (Marques, 2020).

Na tabela 4 são apresentadas as respostas de intervenções realizadas pelos enfermeiros, que são centradas nas intervenções que constam da *check-list* anteriormente referida. Destes resultados salienta-se que de uma forma geral os enfermeiros responderam positivamente a todas as intervenções apresentando uma taxa de conformidade com o preconizado pela norma, acima dos 85%. No entanto, é de referir que este resultado, pode não ser coincidente com a realidade, uma vez que estas respostas foram obtidas através de questionário de autorresposta e não por critérios de observação, que permitiria uma avaliação fidedigna da aplicação das intervenções como descritas no feixe. Daí que se considera importante a realização de auditorias com critérios de observação e de validação pelos registos informáticos relativamente a estes critérios.

A implementação de um feixe de prevenção da ILC é um processo que requer essencialmente o investimento na formação dos profissionais, avaliações periódicas de implementação e comunicação de retorno aos mesmos (*Institute for Healthcare Improvement, 2017*). A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2018) veio reconhecer que a prevenção das ILC é uma prioridade para a segurança do doente, definindo recomendações específicas para a sua prevenção, com base em evidência científica e consenso de especialistas na área, para o período pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório (OMS, 2018).

Tabela 4 - Respostas sobre intervenções de enfermagem

VARIÁVEIS		%
Administra antibiótico	Sim	93,5
	Não	6,5
Monitoriza glicemia	Sim	87,1
	Não	12,9
Monitorizar temperatura	Sim	100
	Não	0
Realiza tricotomia	Sim	100
	Não	0
Promove banho com clorohexidina	Sim	100
	Não	0

Nas tabelas 5,6,7,8 e 9 são aferidos os conhecimentos dos enfermeiros relativamente às boas práticas e normatizadas pela DGS são elas: realização de cuidados de higiene pré-operatória com clorohexidina; administração de antibiótico no pré-operatório; pesquisa de glicémia capilar e monitorização da temperatura.

Na tabela 5, questionaram-se os enfermeiros sobre as suas práticas relativamente aos cuidados de higiene com clorohexidina. Os resultados evidenciam que 61,3% da equipa confirma a intervenção correta.

A DGS (2015) refere a importância de realizar os cuidados de higiene com clorohexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência, como forma de prevenção de ILC. As adoções destas intervenções na prática podem ser preponderantes para melhorar os resultados de incidência de ILC no serviço.

O gluconato de clorexidina ou digluconato de clorohexidina, é um antisséptico químico, com ação antifúngica e bactericida, capaz de eliminar tanto bactérias gram-positivas, quanto gram-negativas, possuindo também ação bacteriostática, inibindo a proliferação bacteriana (Block, 2021).

A segunda opção mais respondida pelos enfermeiros é recomendada pela DGS para situações de cirurgias consideradas sujas como da área da cabeça e pescoço, daí que apesar de estarem mencionadas na norma, não estão dirigidas para as especificidades do serviço em causa.

As razões possíveis que podem explicar estes resultados podem estar relacionados com o horário de admissão no serviço, entradas no próprio dia da cirurgia, o que exige colaboração com a equipa de Consulta Externa para providenciarem as esponjas embebidas em clorohexidina e realizarem ensinamentos aos doentes para realizarem o banho no dia anterior; também o agendamento da cirurgia, sendo que a primeira do programa permite cumprir as 2 horas prévias, mas a previsão de tempos cirúrgicos, o progredir do programa operatório aumentará o tempo entre os cuidados de higiene e a cirurgia inviabilizando muitas vezes o intervalo de 2 horas recomendado.

Daí que é importante melhorar a comunicação entre equipas, do bloco operatório e da equipa dos serviços de internamento, para agilizarem e zelarem pelo cumprimento destas recomendações.

Tabela 5 - Respostas sobre os cuidados de higiene pré-operatórios

VARIÁVEIS	n (%)	Especialista	Não Especialista
Realizar banho com clorohexidina a 4% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência	25,8	8	0

VARIÁVEIS	n (%)	Especialista	Não Especialista
Realizar banho com clorhexidina a 2% no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência	12,9	3	1
Realizar banho com clorhexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência	61,3	8	11
TOTAL	100%	31	

Na tabela 6 são apresentados os resultados relativos às respostas sobre a administração de antibióticos pré-operatórios.

Na instituição onde se realizou o estudo, o serviço de Ortopedia tem preconizado que o antibiótico deve ser administrado na sala operatória, antes do início da intervenção (após confirmação de alergias e validação com cirurgião responsável do doente), cumprindo assim o descritivo da intervenção, que indica que o antibiótico deve ser administrado até 60 minutos anteriores à incisão.

Os resultados obtidos podem ser explicados pelo facto de no serviço de ginecologia/obstetrícia existirem protocolos específicos, que discriminam a administração de antibioterapia, previamente à deslocação para o bloco operatório, podendo desta forma não ser respeitado o intervalo de tempo preconizado, influenciado por exemplo pela higienização e preparação da sala operatória entre doentes. Como sugestão de melhoria poderia ser estabelecido um protocolo institucional transversal a todos os serviços, garantindo que o antibiótico só seria administrado dentro da sala operatória.

Tabela 6 - Respostas sobre administração de antibioterapia

VARIÁVEIS	%	Especialista	Não Especialista
Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado.	22,6	7	0
Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica segundo esquema terapêutico, sempre que prescrito.	29,0	2	7
Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 30 minutos anteriores à cirurgia, sempre que prescrito.	25,8	6	2
Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica segundo protocolo instituído no serviço/instituição.	22,6	4	3
TOTAL	100	31	

Na tabela 7 são apresentados resultados relativos à realização das tricotomias.

Como se pode constatar pelos valores a opção mais seleccionada foi: Evitar tricotomia e, quando necessário usar a máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica, com 58% das respostas.

A OMS no livro *Global Guidelines for the Prevention of Surgical Infection* (2018) apresenta diversos estudos realizados que concluem que a remoção dos pelos deve ser evitada a não ser que interfira com o ato cirúrgico.

A tricotomia sempre esteve associada ao ato cirúrgico, para facilitar a exposição do local e no pós-operatório, facilitar a execução do tratamento das feridas cirúrgicas (OMS, 2018).

A presença de pelos estava associada a quebras de higienização e risco de causar infeção do local cirúrgico, no entanto, a remoção dos mesmos com lâminas, sabe-se que aumenta o risco de ILC pelo trauma microscópico causado na pele. Para evitar este risco preconizou-se, em alternativa às lâminas previamente utilizadas, o recurso a máquinas de corte.

Os resultados obtidos podem ser validados por estudos (Grober, 2013; Kattipattanapong, 2013; Tanner, 2011 citados por OMS, 2018) em que não encontraram diferenças significativas, nas taxas de incidência de ILC, em intervenções onde foi realizada tricotomia *versus* onde não foi executada remoção dos pelos.

Tabela 7 - Resposta sobre a realização da tricotomia

VARIÁVEIS	%	Especialista	Não Especialista
Realizar tricotomia anteriormente ao banho com clorohexidina previsto antes da intervenção cirúrgica.	19,4	5	1
Evitar tricotomia e, quando necessário utilizar máquina de corte no dia da intervenção cirúrgica.	12,9	3	1
Realizar tricotomia da área cirúrgica com recurso a máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica.	6,4	2	0
Evitar tricotomia e, quando necessário usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica.	58,1	9	9
Outra: "Evitar tricotomia e, quando necessário utilizar máquina de corte no dia da intervenção cirúrgica."	3,2	0	1
TOTAL	100		31

Relativamente à monitorização da temperatura é apresentado na tabela 8, que segundo indicação do feixe: deve-se manter normotermia peri-operatória [temperatura central superior ou igual (\geq) a 35,5 graus Celcius ($^{\circ}\text{C}$)].

Podemos determinar que apenas 16% da amostra respondeu corretamente, apesar das hipóteses providenciadas serem semelhantes, e que a maioria (38,7%) selecionou a opção que apesar de não ser a discriminada no feixe, seria a mais viável e justificável de aplicar, mantendo a normotermia durante o internamento, onde não é monitorizada a temperatura central.

Hipotermia (temperatura corporal baixa) é definido como uma temperatura abaixo de 36 graus Celcius e é comum durante e após procedimentos cirúrgicos que duram 2 ou mais horas. A perda de calor é compensada pelo corpo reduzindo o fluxo sanguíneo na pele, aumentando a produção de calor induzindo atividade muscular (tremores) e aumentando o ritmo metabólico basal (OMS, 2018).

Existem diversos fatores que podem induzir hipotermia no ato cirúrgico: a temperatura da sala, perturbação da termorregulação induzida pela anestesia, exposição corporal, entre outros. Por estes motivos a hipotermia é considerada um efeito secundário de anestesia geral e regional [Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), 2017].

A OMS (2018) refere estudos (Kurz, 1996; Rajagopalan, 2008; Whitney, 2015) que correlacionam a hipotermia inadvertida peri-operatória com atrasos no processo de cicatrização, eventos cardíacos adversos, metabolismo medicamentoso alterado e coagulopatias. A revisão das evidências obtidas nos estudos reunidos pela OMS e publicada em 2018 no *Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection*, demonstrou que o aquecimento corporal tem benefícios quando comparado com a ausência do mesmo, na redução de ILC (OMS, 2018).

Em consideração a todos estes aspetos a AESOP produziu uma brochura com recomendações para a prevenção e controlo da Hipotermia Peri-Operatória Inadvertida (HIPOP-I) em 2017.

A prevenção da HIPOP-I está associada a melhores resultados em saúde e benefícios no processo cirúrgico, como: maior satisfação do doente, diminuição dos níveis de ansiedade, diminuição das perdas sanguíneas e necessidades transfusionais, diminuição do tempo de estadia

na unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA), redução dos custos totais da anestesia, diminuição de necessidade de internamento em SMI, redução de Infarto do Miocárdio, redução de necessidade de ventilação mecânica, extubação mais precoce em doentes com ventilação mecânica, redução da ILC e redução global da mortalidade (AESOP, 2017).

Tabela 8 - Resposta sobre a avaliação da temperatura

VARIÁVEIS	%	Especialista	Não Especialista
Manter normotermia intra-operatória (Temperatura central $\geq 36^{\circ}\text{C}$)	16,1	3	2
Manter normotermia peri-operatória (Temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$)	16,1	4	1
Manter normotermia pré-operatória (Temperatura central $\leq 37,5^{\circ}\text{C}$)	25,8	7	1
Manter normotermia durante o internamento (Temperatura central $\leq 36,5^{\circ}\text{C}$)	38,7	4	8
Desconheço	3,2	1	0
TOTAL	100	31	

No que diz respeito à monitorização da glicémia capilar a norma n.º 020/2015 da DGS discrimina que se deve manter a glicemia inferior ou igual (\leq) a 180 miligramas por decilitro (mg/dl).

Os níveis de glucose no sangue durante e após cirurgias elevam, associado ao stress cirúrgico. Paralelamente existe também a elevação de hormonas catabólicas e a inibição de produção de insulina (OMS, 2018).

Vários estudos (Anderson, 2014; Kotagal, 2015; Richards, 2014), enumerados pela OMS (2018), demonstraram que a hiperglicemia está associada com um aumento do risco de ILC e consequentemente, aumento do risco de morbilidade, mortalidade e elevados custos em saúde, tanto em doentes diabéticos como não diabéticos e em diferentes tipos de cirurgia.

O grupo de trabalho que reuniu os dados, no *Implementation Manual to support the prevention of surgical site infections at the facility level* publicado em 2018, sugeriu o uso de PT para controlo da glicemia peri-operatória, em doentes diabéticos e não diabéticos adultos que são submetidos a procedimentos cirúrgicos para reduzir o risco de ILC (OMS, 2018).

Como se pode constatar, 71% dos enfermeiros responderam acertadamente, sendo que destes, 13 eram especialistas. É esperado que os EE apresentem uma prática especializada e baseada na evidência, podendo este aspeto justificar o facto de estes estarem mais despertos para esta necessidade. Validando a importância de formação/aprendizagem contínua.

Tabela 9 - Resposta sobre monitorização de glicemia capilar

VARIÁVEIS	%	Especialista	Não Especialista
Manter glicemia ≤ 180 mg/dl durante o peri-operatório.	22,6	4	3
Manter glicémia ≤ 220 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes.	6,5	2	0
Manter glicémia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 25 horas seguintes.	70,9	13	9
TOTAL	100	31	

Após aferição do conhecimento dos enfermeiros relativamente às intervenções, foi questionado aos mesmos, se consideravam existir evidência clara em registos de enfermagem da realização das intervenções normatizadas pela DGS.

Na tabela 10 estão espelhados os resultados dessa questão, em que podemos verificar que a maioria dos enfermeiros considerou que existia evidência nos registos, com uma média total de 82,6% de respostas afirmativas.

A resposta negativa mais acentuada foi relativa aos cuidados de higiene onde 10 enfermeiros especialistas consideram que não há evidência da intervenção no programa utilizado para os registos de enfermagem. Uma ilação que podemos retirar é o facto que as resposta negativas são mais frequentes por enfermeiros especialistas, facto que pode ser explicado, por estes possuírem formação avançada e especializada e estarem despertos para pormenores que podem ser descurados por enfermeiros com menos formação.

Tabela 10 - Evidência das intervenções nos registos de enfermagem

VARIÁVEIS		n (%)	Especialista	Não Especialista
Cuidados de Higiene com Clorhexidina	Sim	67,7	9	12
	Não	32,3	10	0
Antibioterapia	Sim	90,3	16	12
	Não	9,7	3	0
Tricotomia	Sim	93,5	17	12
	Não	6,5	2	0
Temperatura	Sim	77,4	13	11
	Não	19,4	6	0
	Talvez	3,2	0	1
Glicemia	Sim	83,9	14	12
	Não	16,1	5	0
MÉDIA	SIM	82,6		
	NÃO	16,8		

No sentido de compreender as possíveis causas identificadas pelos enfermeiros para a omissão dos registos das intervenções foram analisadas as respostas obtidas no questionário.

As respostas obtidas podem ser agrupadas em 2 principais categorias: causas associadas à gestão de cuidados e causas associadas às ferramentas de registo. As subcategorias das causas associadas à gestão de cuidados, foi mencionada: sobrecarga de trabalho; falta de tempo; dotações inseguras. Como subcategorias das ferramentas de registo foi referido: não adaptado à realidade; pouco intuitivo; extensos; excesso de intervenções desnecessárias e complexo.

Tabela 11 - Respostas sobre causas possíveis de omissão do registo de intervenções

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>n</i>
Gestão de cuidados	Sobrecarga de trabalho	3
	Falta de tempo	6
	Dotações inseguras	2
Ferramentas de registo		8

Os resultados obtidos alertam para a necessidade de implementar estratégias para adequar a aplicação das intervenções nos serviços abordados.

Perante os resultados, como sugestões de intervenções de melhoria apresenta-se:

- Implementação de vigilância epidemiológica de ILC e publicação interna (nomeadamente nos serviços em questão);
- Treino e formação das equipas sobre a preparação pré-operatória;
- Desenvolver estratégias de comunicação e protocolos entre os serviços de internamento e o bloco operatório;
- Otimizar registos informáticos, através de criação de registos “standart”.

4. REFLEXÕES FINAIS

Estudos recentes da OMS mostram que a ILC é o tipo de IACS mais frequente em países de baixo e médio rendimentos e afeta até um terço dos doentes submetidos a intervenções cirúrgicas.

O sucesso na prevenção de ILC depende da combinação de várias medidas básicas incluindo a preparação adequada pré-operatória e os cuidados intra e pós-operatórios. O enfermeiro assume aqui um papel ativo e importante, tendo como foco da sua prática, o doente submetido a procedimentos invasivos e cirúrgicos.

Para que se verifique mudanças na prática clínica e promovam alterações no comportamento profissional, recorreu-se a um conjunto de estratégias orientadas para o conhecimento como educação e feixes de intervenção.

Após análise dos resultados obtidos no questionário, salienta-se os seguintes achados:

- Os enfermeiros reconhecem as infeções como a principal complicação hospitalar (77%), e 55 % admite a ILC como a infeção mais frequente e mais comum no seu próprio serviço (87%);
- Apenas 42% identifica a existência da vigilância epidemiológica de ILC na instituição;
- A totalidade reconhece a existência de um protocolo para a preparação pré-operatória, mas apenas 47% admite ter recebido formação nesse sentido;
- A percentagem de respostas alinhadas com as recomendações do feixe foram: cuidados de higiene – 61%, Antibioterapia – 23%, Tricotomia – 58%, Temperatura – 16% e Glicemia – 71%;
- Relativamente à evidência destas intervenções nos registos de enfermagem, 83% assume que existe o registo das intervenções que selecionaram, como descritas, no sistema informático, no entanto, verificou-se que os enfermeiros especialistas estão mais despertos para as omissões existentes nos registos;
- Os motivos mais referenciados para causa de omissão de registos foi: falta de tempo, excesso de trabalho, recursos humanos limitados e o próprio programa informático de registos de enfermagem.

Perante estes resultados e de acordo com a opinião da equipa em questão, são recomendadas várias intervenções de melhoria para a implementar numa fase seguinte a este estudo. São elas:

- Implementação de vigilância epidemiológica da ILC;
- Auditoria ao feixe de intervenções de prevenção de ILC como descrito na norma 020/2015 da DGS;
- Desenvolver estratégias de colaboração/protocolos entre serviços de internamento cirúrgico e o bloco operatório, com o objetivo final de otimizar os intervalos temporais descritos na norma referenciada (exemplo: padronizar a administração de anti-biótico na sala operatória);
- Formação e treino dos enfermeiros no que diz respeito aos cuidados pré, intra e pós-operatórios. Considera-se importante que esta formação e treino seja realizada em colaboração com o grupo do PPCIRA, com calendarização periódica, onde deverá ser abordado o Feixe de intervenções da DGS atualizado e apresentação de dados de vigilância epidemiológica nacional e institucional (se disponível) para consciencialização dos profissionais.
- Solicitar colaboração do grupo de Gestão da Qualidade e dos Sistemas Informáticos, para sugerir revisão e atualização do documento digital da Verificação Pré-Operatória, de forma a incluir as intervenções abordadas no estudo, permitindo assim auditoria como recomendado na Norma n.º 020/2015 (atualizada em novembro de 2022) da DGS.

Considerando os motivos descritos para omissão de registos, para além de adequar/simplificar os registos informáticos, seria pertinente avaliar a necessidade de reforçar as equipas, adequando as dotações seguras às horas de cuidados necessários a doentes cirúrgicos.

Neste estudo identificam-se como aspetos limitadores, a reduzida adesão de respostas dos enfermeiros, que pode ser justificado pelo facto de se verificar um aumento da insatisfação profissional.

A elaboração deste trabalho permitiu desenvolver e aplicar competências na área de investigação, tendo como objetivo melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde. Exigiu planear o trabalho a desenvolver, tendo a necessidade de colher dados e informação para

construir a metodologia do projeto, pondo em prática a teórica da respetiva unidade curricular e pesquisa bibliográfica. Consta-se que é um processo evolutivo e adaptativo, que implica frustração e constante reestruturação ao longo do percurso em prol de atingir o objetivo inicial. Com as diversas condicionantes, atrasos e necessidade de reorganização do método de trabalho, o estudo não alcançou o objetivo inicialmente estipulado, mas iniciou o processo comprovando a necessidade de implementar melhorias.

A aplicação de um questionário *online*, facilitou a colheita de dados uma vez que permitiu a cada enfermeiro, decidir quando responder ao *link* que lhe foi enviado. Esta opção inicialmente considerada facilitadora (questionário *online*) tornou-se, no entanto constrangedora, pois a adesão ao questionário, verificou-se de progressão lenta atrasando o desenvolver do projeto como originalmente planeado.

Como projeto futuro associado a este estudo de diagnóstico, fase inicial do projeto de melhoria continuo da qualidade, pretende-se implementar as estratégias delineadas acima e continuar o processo de forma a melhorar as práticas de cuidados. Assim, pretende-se terminar a fase II e III deste projeto que dizem respeito à implementação de estratégias de melhoria e a avaliação dessas estratégias, através de uma nova auscultação dos mesmos profissionais.

CONCLUSÃO

O exercício de competências especializadas desenvolvidas em contexto teórico-prático em âmbito de EC demonstrou-se ser um poderoso contributo e mais-valia para a consolidação das mesmas. A análise crítico-reflexiva realizada sobre incremento das competências comuns e as específicas em PSC, desenvolvidas em EC veio contribuir para sistematizar práticas, conhecimentos e experiências, fundamentais para o desempenho futuro como EE à PSC.

Este relatório tinha como objetivos i) desenvolver uma análise crítico-reflexiva das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à pessoa em situação crítica (EEMCPSC), tendo como base as experiências vivenciadas, durante três ensinamentos clínicos (EC) em contextos de cuidados à PSC (urgência, cuidados intensivos e diálise); ii) descrever estudo de diagnóstico integrado num projeto de melhoria contínua que se pretende desenvolver na Instituição de trabalho do estudante, nomeadamente nos serviços de Ginecologia e Ortopedia, sobre o Feixe de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico, que foram atingidos.

No processo de construção deste relatório foi possível evocar diferentes etapas/momentos de crescimento, não só a nível profissional, mas também pessoal, porque não só as competências técnico-científicas foram fomentadas, mas também as competências sociais e humanas, foram estimuladas.

Os serviços dos EC foram essenciais para adquirir e validar os conhecimentos, no desenvolvimento de competências como EE em PSC, considerando o contexto de cuidados intensivos o mais desafiante pela validação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos na componente teórica de formação. Conclui-se, no entanto, que os três contextos na sua prática de cuidados, permitiram desenvolver/capacitar diferentes aspetos das competências como EE, mas principalmente capacitação na prática e busca de cuidados de excelência.

Do EC no SUMC salienta-se a gestão da dor e do bem-estar da pessoa, a gestão da comunicação interpessoal, assim como, o esforço para desenvolver estratégias e competências no sentido de criar um ambiente terapêutico e seguro, com dotações seguras para os doentes (e profissionais).

No SMI, realça-se a gestão dos processos complexos, a antecipação de focos de instabilidade e a atenção para a dignificação da morte e processos de luto.

No EC em HD, o estabelecimento de uma relação terapêutica, assistência nas perturbações emocionais e a intervenção em prevenção e controlo da infeção.

Este relatório como reflexão do EC torna-se de alguma forma restritivo para descrever a abrangência da experiência, pois cada doente e relação estabelecida teve o seu impacto na aprendizagem desenvolvida.

Perante o citado, considera-se ter sido possível desenvolver e adquirir as competências comuns como EE e as competências específicas do EE no cuidado à PSC, mas ciente que este é um processo em contínua evolução.

Com o desenvolvimento do estudo na conceção e implementação do projeto de melhoria contínua da qualidade, teve como pontos fortes o desenvolvimento científico e tecnológico, a colaboração dos colegas, o interesse na valorização e visibilidade das práticas de enfermagem no seu esforço para prevenir ILC. Como pontos fracos é possível elencar, os constrangimentos vivenciados e a necessidade de reformular todo o projeto o que influenciou a motivação na sua operacionalização.

As limitações que se podem enumerar na realização deste relatório estão relacionadas com a dificuldade em se conseguir resumir e transmitir de forma escrita, a aprendizagem realizada e o crescimento, como profissional que este mestrado impulsionou, sendo as UC bases teóricas fundamentais e as experiências práticas nos EC a validação das mesmas. Constata-se que a aprendizagem deve ser procurada de forma contínua e regular, não prejudicada pela estagnação e resignação, devendo toda a nossa prática ser baseada na evidência científica recente.

Estes aspetos abordados são condicionados por diversos fatores: como as contingências de pandemia; condicionantes organizacionais, estruturais e humanas; carência de recursos humanos e físicos; desânimo/insatisfação dos profissionais; falta de reconhecimento do empenho e esforço individual e de equipa; entre outros.

O desafio inicial de ingressar o curso de Mestrado veio valorizar o percurso de capacitação para assumir compromissos e intervenções de qualidade, criando competências que permitam uma maior visibilidade dos cuidados de enfermagem. A mudança precisa de uma força

motora, de resiliência e persistência em procurar melhorar. Todo e qualquer passo no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde praticados e dar visibilidade ao trabalho de enfermagem merece o esforço contínuo, individual e comunitário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. Retrieved from: <https://doi.org/10.1590/s0104-07072005000300008>
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2010). *Supervisão da prática Pedagógica: Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Almedina.
- Aldcroft, Rolim A. 1. (2012). Measuring the Four Principles of Beauchamp and Childress. *BMC*. Retrieved from <https://blogs.biomedcentral.com/bmcseriesblog/2012/07/13/measuring-the-four-principles-of-beauchamp-and-childress/>
- Almeida Ventura-Silva, J. M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping Review. *Journal Health NPEPS*, 6, 278-295.
- Amaral, F. S. (2015). Resultados dos cuidados de enfermagem qualidade e efetividade. Tese de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas, na especialidade de Estratégia e Comportamento Organizacional, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Doutor. Coimbra. Retrieved from: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/28468>
- Bilbao, M. (2018). *Um projeto para a prevenção e controlo da infeção no perioperatório*. 1–9. Hospital D. Estefânia. Lisboa
- Block S. S. McDonnell G. E. & Hansen J. M. (2021). *Block's disinfection sterilization and preservation* (Sixth). Wolters Kluwer
- Brasil, V. V. (1997). What nurses say about observation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5(3), 83–94. Retrieved from: <https://doi.org/10.1590/s0104-11691997000300012>
- Borchardt, R. A. (2018). Update on surgical site infections: The new CDC guidelines. 31, pp. 52-54. Retrieved from *Journal of the American Academy of Physician Assistants*: Retrieved from: <https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000531052.82007.42>
- Buckman, R. (2005). Breaking Bad News: The S-P-I-K-E-S Strategy. *Community Oncology*, 138-142.
- Choi, B. (2012). The past, present, and future of public health surveillance. pp. 1-26. Retrieved from: doi:10.6064/2012/875253
- Cooper, R. A. (2013). Surgical site infections: Epidemiology and microbiological aspects in trauma and orthopaedic surgery. *International Wound Journal*, 10(S1), 3–8. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/iwj.12179>
- da COSTA, A. C.-C. (2020). What's new in infection on surgical site and antibioticoprophylaxis in surgery? 33(4), pp. 1–5. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/0102-672020200004e1558>
- Direção Geral da Saúde. (2008). Manual de Operacionalização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 19(3) Jul-Set 2015, 81.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Orientação n.º 007/2010 de 6 de outubro*. Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma DGS: "Feixe de intervenções" de prevenção de pneumonia associada à intubação*. Portugal: Direção-Geral da Saúde. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0212015-de-16122015-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2015, Dezembro). *"Feixe de intervenções" de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2015, Maio). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/qualidade-e-eguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em números – 2015. Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Retrieved from DGS: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2018). Norma 002/2018. *Diário Da República*, 1–23. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2022, novembro 17). “*Feixe de Intervenções*” para a Prevenção da Infeção - NORMA CLÍNICA: 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022. Disponível em: www.dgs.pt
- Donabedian, A. (2003) *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press, Oxford.
- Duarte, A. M. (2019, janeiro). *Controlo da Infeção Hospitalar*. Lisboa: Lidel.
- Ferreira, O. M. (1993, junho). Algumas estratégias para a Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde. *Revista Crítica das Ciências Sociais*, 37, pp. 159-172. Retrieved from <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/11604/1/Algumas%20Estrategias%20para%20a%20Melhoria%20da%20Qualidade%20dos%20Servicos%20de%20Saude.pdf>
- Ferreira, A., Rocha, E., Lopes, C., Bachion, M., Lopes, J., & Barros, A. (2016). Nursing diagnoses in intensive care: Cross-mapping and NANDA-I taxonomy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 307-15.
- Ferrito, C. R. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Definição dos Objetivos. 15, pp. 18-19.
- Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusodidacta.
- Guedes, G. F.–2. (2009). *Ensino clínico na enfermagem: A trajetória da produção científica* (Vols. 62(2)). *Revista Brasileira de Enfermagem*. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000200018>
- Guttormson, J. L. (2015). “Not being able to talk was horrid”: A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 179-186. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j>
- Improvement, I. f. (2017). *Innovations to improve health and healthcare*. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.
- Marques, A. O. (2020). *Implementação de uma bundle para redução do risco de infeção no local cirúrgico em doentes submetidos a colecistectomia*. (Vol. 43). *Rev ROL Enferm* 2020.
- Martins, M. F. (2019). Implementação de Bundles na prevenção da infeção após prótese total da anca. *Revista de Enfermagem Reefrência*, IV(21), pp. 101-108.
- Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E.-O., Hilfinger-Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An. *Advanced Nursing Science*, 23(1), pp. 12–28.
- Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Eletrónica Educare*. Retrieved from <https://www.scielo.sa.cr/pdf/ree/v20n1/1409-4258-ree-20-01-00189.pdf>
- Ministério de Administração Interna. (2008, Dezembro 28). Regulamento técnico de segurança contra incêndio em edifícios - Portaria n.º 1532/2008. *Diário da República*. Retrieved from https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/portaria/2008-135056016-135179885?_ts=1662768000034
- Ministério da Saúde. (2014). *Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto*. Portugal: Ministério da Saúde. Retrieved from: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Ministério da Saúde. (2015). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Despacho n.º 5613/2015*. Portugal: Ministério da Saúde. Retrieved from: <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>

- Ministério da Saúde. (2017). *Programa de Vigilância Epidemiológica Infecções Nasocomiais da Corrente Sanguínea*. Retrieved from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Ministério da Saúde. (2018). *Regulamento n.º429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica* (Vol. 135). (2. serie, Ed.) Diário da República. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ministério da Saúde. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*. Retrieved from: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergen-cia_2019.pdf
- Ministério da Saúde. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026. *Diário Da República, II Série — N.º 187 — 24 de setembro de 2021*, 96–103. Retrieved from: <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Oliveira, M., Meira, L., Valente, M., Catarino, R., Cunha, S., Brito, B., & Borges, B. (2012). Situação de Exceção - Manual TAS. INEM. Retrieved from <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situacao-de-Excecao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Regulamento n.º 743/2019*. Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem dos Enfermeiros . (2016). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa em situação crítica e dependente de suporte extracorporal de vida: um desafio para a prática especializada*. Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobp-cuidados-pessoa-em-situa-o-cr-tica/full-view.html>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivo*. Lisboa: Conselho de Enfermagem. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/padr%C3%B5es-de-qualidade-quest%C3%B5es/>
- Ordem dos Enfermeiros (2007, Outubro). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto REPE 29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Disponível em: <https://www.ordemosenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa na Área de Enfermagem. Disponível em: <https://www.ordemosenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/04744047>
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Anuário Estatístico*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>

- Organização Mundial da Saúde. (2018). *Implementation Manual to support the prevention of surgical site infections at the facility level – Turning Recommendations into Practice: interim version*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330071>.
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection*. Geneva: WHO Document Production Services. Retrieved from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/global-guidelines-for-the-prevention-of-surgical-site-infection-2nd-ed>
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Pimenta, C. A. (2015). *Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem*. São Paulo: COREN-SP.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Temático* (10), 27–39.
- Portugueses, A. d. (2017). Controlo e Prevenção da Hipotermia Peri-Operatória Inadvertida - Práticas recomendadas para o Bloco Operatório. Lisboa. Retrieved from <http://www.aesop-enfermeiros.org>
- Proteção Civil. (2006). Decreto-Lei nº 27, de 10 de fevereiro de 2006. *Diário Da República, 1 Serie A* (30), 1095–1099. Retrieved from: <https://files.dre.pt/1s/2006/02/030a00/10951099.pdf>
- Proteção Civil. (2018). Diário da República, 1.ª série - N.º 62 - 28 de março de 2018. *PLANEAMENTO E DAS INFRAESTRUTURAS*. Retrieved from: <https://files.dre.pt/1s/2018/03/06200/0143301454.pdf>
- Silveira Silva, L. e. (2020). Segurança do profissional e problemas éticos e bioéticos no cotidiano da atenção primária: Vivências de enfermeiros. *Revista Latinoamericana de Bioética, 20*, 103-119. Retrieved from: doi:10.18359/r/bi.4906
- Simões, J. F. F. L., & Garrido, A. F. da S. (2007). Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem, 16*(4), 599–608. Retrieved from: <https://doi.org/10.1590/s0104-07072007000400003>
- Simões, A., & Sapeta, P. (2019). Conceito de dignidade na enfermagem: Análise. *Revista Bioética, 27*. Retrived from: doi:10.1590/1983-80422019272306
- Tien, C., Ven, J., & Chou, S. (2003). Using the Problem-based Learnin to Enhance Studen’s Key Competencias. *Journal of American Academy of Business, 2*, pp. 454-9.
- Titchen, A. & Higgs, J. (2001). *Rethinking the Practice-Knowledge Interface in an Uncertain World: A Model for Practice Development*. *British Journal of Occupational Therapy, 64*(11), 526–533. doi:10.1177/030802260106401102
- Trindade, L. D. L., Maria, O., & Lopes, P. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping Review. *Artigo de Revisão*. *Journal Health NPEPS, 6*(2), 278–295. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Varela, M. (2016). A enfermagem, o enfermeiro e o seu papel nos cuidados intensivos. *Revista Anuário, 1*, pp. 4-5.
- Vargas, D., & Braga, A. (2006). O Enfermeiro de unidade de tratamento intensivo: Refletindo sobre seu papel. *Revista Fafibe On Line, pp. 1-6*. Retrieved from <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/10/19042010093459.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I

PANFLETO: CATÉTER VENOSO CENTRAL – FUNÇÃO E CUIDADOS A TER (EC III)

NOTA:

Deverá estar atento aos seguintes sintomas:

- Febre
- Arrepios
- Hemorragia
- Mal estar

Caso se verificarem, contacte telefonicamente o Serviço de Nefrologia / Hemodiálise ou recorra ao Serviço de Urgência

SE ESTIVER A SANGRAR **ACTIVAMENTE** DO LOCAL DO CATETER:

CONTACTE 112

Centro Hospitalar de
Unidade de Tc



Serviço Nefrologia/Hemodiálise

Cateter Venoso Central



**Função
e
Cuidados a ter**



O que é:

O cateter de hemodiálise é um tubo de material sintético, mole com uma barreira que serve de fixação. É colocado numa veia no pescoço, tórax ou virilha, com anestesia local.

O cateter tem dois ramos separados, um leva o sangue para a máquina de hemodiálise, passa pelo filtro /dialisador e o outro devolve o sangue purificado ao organismo.

Motivos para colocação:

- Quando precisa iniciar o tratamento dialítico, mas não construiu acesso vascular (FAV ou EAV) antecipadamente.
- A fístula não amadureceu o suficiente, para permitir o tratamento.
- Existe um problema com a fístula, que necessita da intervenção médica.

Desvantagens:

- Risco de obstrução;
- Risco de infeção.

O que pode implicar a remoção do cateter e a colocação de um novo para continuar os tratamentos.

CUIDADOS A TER COM O CATÉTER

Manter os cuidados de higiene diários.

Proteger o penso do cateter durante a sua higiene, com um plástico fixo com adesivo.

Manter o penso sempre íntegro e seco; se se descolar, reforçar com adesivo.

Evitar roupa muito apertada.

Evitar ambientes de risco, locais com muito pó, exposição direta ao sol, piscinas e saunas.

Evitar dormir sobre o cateter, pois poderá dobrar e partir.

Quando o cateter está localizado na virilha (veia femoral), deve evitar atividades que impliquem dobrar com frequência as pernas (andar de bicicleta ou estar muito tempo sentado).

APENDICE II

Poster Verificação Pré-Operatória (EC II)

VERIFICAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

A segurança do doente afigura-se como uma preocupação global de saúde Pública. Todos somos responsáveis pela Segurança do Doente, esta é uma da responsabilidades da equipa de saúde.

Os fatores de risco para a Infecção do Local Cirúrgico são multifactoriais e a prevenção destes é complexa e requer integração de uma série de medidas preventivas.

Organização Mundial de Saúde

ITENS A VALIDAR

1 - ITENS QUE, CASO INCONFORMIDADE, IMPLICAM NOTIFICAÇÃO DO BLOCO OPERATÓRIO PREVIAMENTE À TRANSFERÊNCIA DO UTENTE.

IDENTIFICAÇÃO

Confirmação com o utente
Verificação da pulseira



CONSENTIMENTOS

Cirúrgico e/ou Anestésico



JEJUM

8 horas prévias



2 - ITENS QUE NÃO RESTRINGEM A TRANSFERÊNCIA DO UTENTE, MAS IMPLICAM BOA COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPAS DE MODO A TRANSMITIR TODA A INFORMAÇÃO RELATIVA AO UTENTE.

HIGIENE

Banho com Clorexidina 2% (com 2 horas de antecedência e no dia anterior)

VALIDAR

Profilaxia Antibiótica

(se prescrito: 60 minutos pré-operatório – antes de descer para o Bloco)

Profilaxia Tromboembólica

(intervalo, se necessário; substituição se prescrito)



CONFIRMAR

- Acesso venoso Permeável
- Exames pré-operatórios
- Reserva de sangue
- Antecedentes pessoais
- Alergias
- Remoção de próteses e adornos
- Portador Pace-Maker
- Marcação do local cirúrgico
- Tricotomia

Evitar. Se prescrito, usar máquina de corte.

NOTA

REGISTAR EM LOCAL VISÍVEL O CONTACTO DO FAMILIAR/PESSOA SIGNIFICATIVA E INDICAÇÃO SE FOI NOTIFICADO DA TRANSFERÊNCIA DO UTENTE PARA BLOCO OPERATÓRIO.

FEITO POR:
Rute Gonçalves

9º Mestrado Médico-Cirúrgico Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
Sob orientação do Enfermeiro Especialista

APENDICE III

Questionário – Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico

QUESTIONÁRIO 1- "PREVENÇÃO DE INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO"

INVESTIGADORA PREPONETE: Rute Gonçalves

ORIENTADORA: Cristina Costeira (PhD) - professora adjunta ESSLei-IPL

As infeções do local cirúrgico são causadas pela entrada de bactérias na incisão cirúrgica, sendo assim uma das potenciais complicações associadas a uma intervenção cirúrgica. Berchardt (2018) refere que as infeções do local cirúrgico são estimadas aumentarem onze dias ao tempo de internamento e são o motivo mais comum de readmissões hospitalares não planeadas, após intervenções cirúrgicas. A implementação de práticas baseadas em evidências necessita ser realizada com o envolvimento direto dos profissionais e avaliação por parte dos mesmos, para determinar a eficácia e/ou alterações necessárias.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei) pretende-se desenvolver um estudo de investigação-ação, que tem como objetivos: **Avaliar conhecimentos, atitudes e práticas da equipa de enfermagem do serviço de Ortopedia e Ginecologia/Obstetria relativos às práticas baseadas na norma da DGS 020/2015**, antes e depois de implementadas as estratégias de melhoria contínua da qualidade, através de questionários.

As estratégias a desenvolver são: **i) desenvolver formação dirigida às necessidades verificadas; ii) criar uma instrução de trabalho (fluxograma); iii) avaliar as diferenças nos conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros após a realização das intervenções.**

Realça-se que, o preenchimento é facultativo e demorará 10 minutos a responder, no entanto a sua participação é essencial. Serão garantidos os pressupostos éticos de confidencialidade e anonimato. Note que poderá decidir não participar se assim o considerar.

No *link* seguinte: [https://docs.google.com/document/d/1LrMoUkfYmFnRuGQy-](https://docs.google.com/document/d/1LrMoUkfYmFnRuGQy-UBlicbGHaxKtF0xlcBjvZ95noc/edit?usp=sharing)

[UBlicbGHaxKtF0xlcBjvZ95noc/edit?usp=sharing](https://docs.google.com/document/d/1LrMoUkfYmFnRuGQy-UBlicbGHaxKtF0xlcBjvZ95noc/edit?usp=sharing) onde é disponibilizado o documento de consentimento informado, que lhe fornecerá mais informação detalhadas sobre o estudo, por favor consulte antes de proceder ao preenchimento do questionário. Caso decida preencher o questionário será assumido que compreendeu os objetivos do estudo e que consente participar no mesmo.

Em caso de dúvida poderá contactar as investigadoras através:

rute.goncalves@chmt.min-saude.pt ou 91 [REDACTED].

***Obrigatório**

1. Declaro que consultei o documento de consentimento informado, disponível no link e manifesto o meu desejo de participar no estudo. Autorizo a utilização dos dados colhidos, para efeitos de investigação e publicação (responder após consulta do documento disponível no seguinte

link: <https://docs.google.com/document/d/1LrMoUkfYmFn-RuGOyUBlicbGHaxKtF0xlcBjvZ95noc/edit?usp=sharing>

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não *Avançar para a secção 5 (Muito Obrigada pela sua participação.)*

2. No sentido de comparar os questionários antes e após implementação das estratégias de melhoria, mantendo a privacidade, solicito que insira um código formalizado da seguinte forma: **ano de nascimento + 2 primeiras letras do seu último nome ***

3. Idade (anos) *

4. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

Prefiro não responder

5. Grau académico *

Marcar apenas uma oval.

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

6. É enfermeiro especialista? * *Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

7. Se possui Especialidade em Enfermagem, discrimine a área:

Marcar apenas uma oval.

- Reabilitação
- Médico-Cirúrgica
- Saúde Comunitária ou Saúde pública
- Mental e Psiquiatria
- Infantil e Pediátrica
- Materna e Obstétrica
- 8. Há quantos **anos** presta Cuidados de Enfermagem? *

9. Há quantos **anos** exerce funções no serviço de Ortopedia ou Ginecologia/Obstetrícia?*

Na sua Opinião...

Solicita-se que responda da forma mais espontânea possível

10. Na sua opinião, qual é a complicação hospitalar mais frequente decorrente da hospitalização? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Quedas
- Úlceras de pressão
- Infecções associadas a cuidados de Saúde (IACS)
- Outra: _____

11. Qual a infeção, **mais frequente**, que associa aos cuidados de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- Infeção Urinária associada a Catéter Vesical
- Infeção do Local Cirúrgico
- Pneumonia Associada à Entubação Infeção relacionada com Catéter Central
- Outra: _____

12. **No seu serviço, na sua opinião, qual a IACS mais comum? ***

Marcar apenas uma oval.

- Pneumonia Associada à Entubação
- Infecção do Local Cirúrgico
- Infecção relacionada com Catéter Central Infecção Urinária associada a Catéter Vesical
- Outra: _____

13. Como definiria Infecção do Local Cirúrgico?

Marcar apenas uma oval.

- Ocorre no local da incisão (incisional) nos primeiros 45 dias do pós-operatório, ou até 6 meses no caso de colocação de próteses.
- Ocorre no local da incisão (incisional) ou próximo dela (órgão/espaco) até 1 ano pós cirurgia.
- Ocorre no local da incisão (incisional) nos primeiros 30 dias do pós-operatório, ou até 1 ano no caso de colocação de prótese.
- Ocorre no local da incisão (incisional) ou próximo dela (órgão/espaco), nos primeiros 30 dias do pós-operatório, ou até um 1 ano no caso de colocação de próteses

14. Tem conhecimento se na sua Instituição existe uma vigilância epidemiológica relativamente à incidência de infecção do local cirúrgico? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Talvez

"Feixe de intervenções" de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico (ILC)

A OMS desenvolveu recomendações baseadas em evidências e segundo consenso de especialistas, apresentou uma extensa lista de medidas preventivas, das quais 16 são específicas para os períodos intra-operatório e pós-operatório e 13 para o pré-operatório (Allegranzi et al, 2016).

A DGS (2015) elaborou e apresentou um conjunto de 4 feixes de intervenção que inclui o Feixe Prevenção de ILC, este feixe ou *bundle*, corresponde a um conjunto de diretrizes que, quando implementadas em combinado produzem melhor resultado que individualmente.

15. O seu atual serviço tem protocolo instituído de preparação pré-operatória: *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Outra: _____

16. Recebeu formação relativamente aos cuidados de preparação pré-operatória? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Prefiro não responder

17. Qual a percentagem de infeção do local cirúrgico, que considera poder ser evitável através de boas práticas? *

Marcar apenas uma oval.

- 20 %
 40 %
 60 %
 80 %

Intervenções

Por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos e da Ordem dos Médicos, a Direção Geral de Saúde emitiu uma norma com as intervenções recomendadas. Reconhece-as?

18. Relativamente ao(s) **banho(s)** pré-operatórios considera que temos que: *

Marcar apenas uma oval.

- Realizar banho com clorohexidina a 4% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência.
 Realizar banho com clorohexidina a 2% no dia da cirurgia com pelo menos 2 horas de antecedência.
 Realizar banho com clorohexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência.
 Realizar banho com clorohexidina a 4% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com clorohexidina a 2%. antes da cirurgia.
 Outra: _____

19. Considera que existe evidência da realização da intervenção, por si selecionada, nos registos de enfermagem atuais? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não sei

20. Se respondeu **não** à questão anterior, seleccione as possíveis razões? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Não é realizada
- Não há evidência da mesma no sistema informático
- Não está descrita na verificação pré-operatória (IMP.GRL.229.02)
- Outra _____

21. Se respondeu outra, especifique por favor

22. Relativamente à **Antibioterapia** considera boa prática: *

Marcar apenas uma oval.

- Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado.
- Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica segundo esquema terapêutico, sempre que prescrito.
- Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 30 minutos anteriores à cirurgia, sempre que prescrito.
- Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica segundo protocolo instituído no serviço/instituição.
- Outra: _____

23. Considera que existe evidência da realização da intervenção, por si selecionada, nos registos de enfermagem atuais? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não sei

24. Se respondeu **não** à questão anterior, discrimine o motivo que mais se adequa? *

Marcar apenas uma oval.

- Não é realizada
- Não há evidência da mesma no sistema informático
- Não está descrita na verificação pré-operatória (IMP.GRL.229.02)
- Outra: _____

25. Se respondeu **outra**, por favor, especifique a sua opção

26. No que diz respeito à **Tricotomia** devemos: *

Marcar apenas uma oval.

- Realizar tricotomia anteriormente ao banho com clorohexidina previsto antes da intervenção cirúrgica
- Evitar tricotomia e, quando necessário utilizar máquina de corte no da da intervenção cirúrgica.
- Realizar tricotomia da área cirúrgica com recurso a máquina de corte, imediatamente antes da intervenção cirúrgica.
- Evitar tricotomia e, quando necessário usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica.
- Outra: _____

27. Considera que existe evidência da realização da intervenção, por si selecionada, nos registos de enfermagem atuais? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Talvez

28. Se respondeu **não** à questão anterior, selecione as possíveis razões?

Marcar apenas uma oval.

- Não é realizada
- Não há evidência da mesma no sistema informático
- Não está descrita na verificação pré-operatória (IMP.GRL.229.02)
- Outra

29. Se respondeu **outra**, por favor, especifique a sua opção

30. Para a **Temperatura** considera que devemos: *

Marcar apenas uma oval.

- Manter normotermia intra-operatória (temperatura central $\geq 36^{\circ}\text{C}$)
- Manter normotermia perioperatória (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$)
- Manter normotermia pré-operatória (temperatura central $\leq 37,5^{\circ}\text{C}$)
- Manter normotermia durante o internamento (temperatura central $\leq 36,5^{\circ}\text{C}$)
- Outra: _____

31. Considera que existe evidência da realização da intervenção, por si selecionada, nos registos de enfermagem atuais? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Talvez

32. Se respondeu **não** à questão anterior, selecione as possíveis razões?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Não é realizada
- Não há evidência da mesma no sistema informático
- Não está descrita na verificação pré-operatória (IMP.GRL.229.02)
- Outra

33. Se respondeu **outra**, por favor, especifique a sua opção

34. Para a **Glicemia capilar** considera que devemos: *

Marcar apenas uma oval.

- Manter glicemia ≤ 220 mg/dl nos doentes diabéticos durante o peri-operatório
- Manter glicemia ≤ 180 mg/dl durante o peri-operatório
- Manter glicemia ≤ 220 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes
- Manter glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes

35. Considera que existe evidência da realização da intervenção, por si selecionada, nos registos de enfermagem atuais? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não sei

36. Se respondeu **não** à questão anterior, selecione as possíveis razões?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Não é realizada
- Não há evidência da mesma no sistema informático
- Não está descrita na verificação pré-operatória (IMP.GRL.229.02)
- Outra

37. Se respondeu **outra**, por favor, especifique a sua opção

38. No seu dia-a-dia indique se realiza as seguintes intervenções *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
Promove banho com clorohexidina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administra o antibiótico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitoriza a glicemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitoriza a temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confirma/Realiza tricotomia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Parte final

39. Na sua opinião, acha que as intervenções enunciadas no Feixe de Prevenção * de ILC deviam ser incluídas no processo de enfermagem, nomeadamente na Verificação Pré-Operatória?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sei

40. Na sua opinião quais são as causas para a existência da omissão, de intervenções de enfermagem executadas, nos registos de enfermagem?

Muito Obrigada pela sua participação.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNCICE IV

Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

No âmbito do 9º mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica- Área de Especialização Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Saúde do Politécnico de Leiria, pretende-se desenvolver um estudo de investigação-ação intitulado por **“Prevenção de infeção do local cirúrgico”**. Este estudo tem como objetivos: i) Avaliar conhecimentos, atitudes e práticas da equipa de enfermagem do serviço de Ortopedia e Ginecologia/Obstetrícia relativos às práticas baseadas na norma da DGS 020/2015 e o PT.CCI.OO3.001 (2016) do [REDACTED]; ii) desenvolver formação dirigida às necessidades verificadas; iii) criar uma instrução de trabalho (fluxograma); iv) avaliar as diferenças nos conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros após a realização das intervenções.

Assim, vimos solicitar a sua colaboração voluntária, para o desenvolvimento do mesmo, para isso, gostaríamos que lesse este documento, que se trata de um formulário para obtenção do Consentimento Informado, que descreve todas as informações relativas às finalidades do estudo, bem como, a importância da sua participação. Caso queira participar, será solicitado que leia, assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do investigador, ser-lha-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização. Em caso de dúvidas ou necessidade de esclarecimentos extra por favor contate: Rute Gonçalves rute.goncalves@chmt.min-saude.pt

A infeção do local cirúrgico (ILC), ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco), nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou até um ano no caso de colocação de prótese (DGS, 2015). Estas estão entre as infeções associadas aos cuidados de saúde mais evitáveis, constituindo um fenómeno global responsável por elevados índices de mortalidade e morbilidade, bem como aumento dos custos em saúde (Alengranzi et al, 2016).

Berhardt (2018) refere que as infeções do local cirúrgico são estimadas aumentarem onze dias ao tempo de internamento e são o motivo mais comum de readmissões hospitalares não planeadas após intervenções cirúrgicas. São consideradas a terceira infeção mais descrita em doentes hospitalizados e constituem cerca de doze a dezasseis por cento (%) das infeções nosocomiais (Cooper, 2013). Refere o mesmo autor, que quarenta a sessenta % das mesmas eram evitáveis quando implementadas intervenções que englobam estratégias de vigilância, prevenção e educação.

Como instrumento de colheita de dados serão aplicados dois questionários eletrónicos, após implementação do primeiro serão avaliadas necessidades formativas, realizada formação em serviço e após realizado inquérito de reavaliação. A sua participação está relacionada com o tempo de preenchimento dos questionários (cerca de 10 minutos). Não existe previsão de riscos e ou desconfortos. Contudo, verifica-se que, surgem benefícios através deste estudo será possível diagnosticar necessidades de intervenção relativamente à prevenção de infeção do local cirúrgico.

A sua participação é voluntária e a qualquer momento pode recusar a participação neste estudo. Tem sempre alternativa de não participar, recusar responder a qualquer questão ou abandonar o estudo. A sua desistência não pressupõe qualquer penalidade ou perda nem

compromete a sua relação com os investigadores. Basta informar o investigador se decidir retirar o seu consentimento.

Os dados solicitados não irão permitir a sua identificação pessoal, garantindo a sua confidencialidade. O questionário eletrónico não reterá dados de identificação de endereços eletrónicos. Como tal, ninguém poderá saber quais as respostas que deu a cada questão, permanecendo as mesmas em anonimato. Será respeitada a Lei Geral de proteção de Dados Pessoais (LGPD). Os dados obtidos irão ser sujeitos ao tratamento e análise com recurso à Estatística, através da aplicação do software adequado para o efeito. Os dados serão inseridos numa base de dados e tratados como dados gerais e não personalizados. Cada questionário será identificado por um código numérico de preenchimento, impossibilitando de identificar os participantes.

Os dados pessoais dos participantes no presente estudo, incluindo informações recolhidas ou criadas como partes integrantes do estudo, serão utilizados, apenas, para fins de investigação científica. Os dados obtidos a partir do estudo serão conservados até ao final do estudo de investigação, somente, para fins de investigação científica. Estes dados serão apenas reservados o tempo estritamente necessário para o seu tratamento e análise de acordo com o regulamentado. O investigador principal garante a não recolha de dados sensíveis respeitando o Regulamento Geral de Proteção de Dados.



(assinatura)

APÊNDICE V

Autorização para realização do projeto



INFORMAÇÃO PARA DESPACHO

De: Enfermeira Diretora N.º: 54/DE/CA Data: 17-06-2022 Pág.: _____

Para: Conselho de Administração

C.c.: _____

Assunto: Estudo – “Atualização de procedimentos vigentes em prevenção de infeção do local cirúrgico”

PARECER	DESPACHO
	<p>[Redacted]</p> <p><u>21.6.22</u></p> <p>Em reunião de Conselho de Administração deliberou-se, por unanimidade, autorizar e realizar do estudo proposto.</p> <p>Presidente do Conselho de Administração [Redacted]</p> <p>Vogal Executivo [Redacted]</p> <p>Enfermeira Diretora [Redacted]</p> <p>[Redacted] Diretora Clínica</p>

Com base nos pareceres da Comissão de Ética do [Redacted] e da Unidade de Apoio Jurídico do [Redacted] ambos em anexo, coloca-se à consideração do Conselho de Administração a aprovação do estudo, solicitado pela Enfermeira Rute Marina Henriques Gonçalves, no âmbito do Mestrado em Enfermagem, que se encontra a frequentar no Instituto Politécnico de Leiria, intitulado - “Atualização de procedimentos vigentes em prevenção de infeção do local cirúrgico”

[Redacted]



A Enfermeira Diretora

[Redacted]



INFORMAÇÃO PARA DESPACHO


O Responsável da Unidade de Apoio Jurídico do CHMT, EPE

Adenda à prévia autorização, após revisão e atualização do estudo.

Estudo Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico ➔

Caixa de entrada



 **Pedro** [redacted] 26/12/2022
para Sandra, Rute ▾

Apresentando desde já os nossos melhores cumprimentos, somos pelo presente de informar que a Comissão de Ética deliberou emitir parecer favorável relativo ao pedido de reavaliação do estudo em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,

Pedro [redacted]
Administrador Hospitalar
Presidente da Comissão de Ética

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

  **SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE [redacted]

