



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Prevenção da Infecção Urinária na Pessoa em Situação
Crítica: Intervenção Especializada de Enfermagem**

Joana Cristina Veríssimo Cunha

**Lisboa
2020**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Prevenção da Infecção Urinária na Pessoa em Situação
Crítica: Intervenção Especializada de Enfermagem**

Joana Cristina Veríssimo Cunha



Orientador: Maria Cândida Rama da Costa Pinheiro Palmeiro Durão

Coorientador: Mónica Figueiredo Silva Bento



Lisboa

2020

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Sísifo

Recomeça....

Se puderes

Sem angústia

E sem pressa.

E os passos que deres,

Nesse caminho duro

Do futuro

Dá-os em liberdade.

Enquanto não alcances

Não descanses.

De nenhum fruto queiras só metade.

E, nunca saciado,

Vai colhendo ilusões sucessivas no pomar.

Sempre a sonhar e vendo

O logro da aventura.

És homem, não te esqueças!

Só é tua a loucura

Onde, com lucidez, te reconheças...”

(Miguel Torga, Diário XIII)

AGRADECIMENTOS

Agradeço

A ti, Afonso, por seres a minha luz em todos os abraços que me deste mesmo sem saberes o quanto eram importantes. Amo-te daqui até ao infinito e mais além.

A ti, Nuno, por todo o apoio incondicional que me deste. E por teres acreditado em mim e nunca teres desistido de nós. Nunca teria conseguido sem ti.

À minha família, por entender e respeitar todos os dias em que não consegui estar disponível. Vocês são a melhor família que se podia desejar.

Aos amigos, aqueles que enfeitaram as pedras do caminho, e estiveram sempre lá.

A ti, Marli, minha companheira, pela ajuda em tantos momentos e pela força constante. Não teria sido o mesmo sem ti.

À minha Chefe e aos meus colegas e amigos da UCIMC, por tantos e tantos desabafos em dias menos bons. E por tantos e tantos sorrisos. Vocês são a melhor equipa de sempre!

Às Professoras Orientadoras pelo apoio e ajuda. E por me terem feito acreditar em mim mesma.

Aos Enfermeiros Orientadores dos locais de estágio, pela disponibilidade e por me terem proporcionado tantos momentos de aprendizagem.

Aos restantes elementos das equipas dos serviços onde realizei os estágios, pela partilha de experiências.

Às pessoas e suas famílias que tive o privilégio de cuidar, obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AO – Assistentes Operacionais

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAM-ICU - Confusion Assessment Method for the ICU

CAUTI – Infecção do Trato Urinário Associada a Cateterização

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem na vertente Pessoa em Situação Crítica

DGS – Direção-Geral da Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC – Estudo de Caso

EOT – Entubação oro-traqueal

EPIC – The Extended Prevalence of Infection in Intensive Care

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ESCID - Escala de Conductas Indicadoras de Dolor

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GCL – PPCIRA - Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos

GCS – Glasgow Coma Scale

HICPAC - The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IHI - Institute for Healthcare Improvement

IPI – Inquérito Prevalência Infecção

ITU – Infecção do Trato Urinário

JÁ – Jornal de Aprendizagem

NAS - Nursing Activities Score

NHSN - National Health Care Safety Network

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAV – Pneumonia Associada a Ventilação

PBCI - Auditoria às Precauções Básicas do Controlo de Infecção

PBVT - Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PSC – Pessoa em Situação Crítica
RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RIL – Revisão Integrativa da Literatura
SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
SR – Sala de Reanimação
SU – Serviço de Urgência
SUP – Serviço de Urgência Polivalente
TAC – Tomografia Axial Computorizada
TISS-28 - Therapeutic Intervention Scoring System-28
TOT – Tubo oro-traqueal
TSRC – Técnica de Substituição Renal Contínua
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCIMC – Unidade de Cuidados Intensivos Médico-cirúrgico
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

RESUMO

A segurança das pessoas que recorrem a instituições hospitalares tem sido considerada uma prioridade para a qualidade dos cuidados em saúde no mundo inteiro. Considerando que a pessoa está continuamente exposta a riscos, eventos adversos e danos, as infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) ganham especial importância, quer seja pela sua incidência, quer pelos danos que podem provocar na pessoa doente. Dentro destas, a infecção do trato urinário (ITU) associada a cateterização vesical, ocorre num número elevado de pessoas internadas e pode prolongar os internamentos e agravar a doença de base. Os enfermeiros são os profissionais de saúde com maior impacto ao nível da vigilância da pessoa, nomeadamente da pessoa em situação crítica (PSC) e interferem diretamente na inserção, manutenção e remoção do cateter vesical, compreendendo-se que a sua intervenção, baseada em evidência, poderá ser fundamental na prevenção e controlo da ITU.

Para a construção deste relatório basei-me nas experiências vividas nos diferentes contextos de estágio, na revisão integrativa da literatura previamente efetuada, bem como nos contributos das unidades curriculares que constituíram o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização PSC. A sua finalidade passa, assim, por apresentar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de urgência e cuidados intensivos.

Como modelos norteadores deste percurso foram escolhidas como referencial teórico, a teoria de médio alcance, Nursing as Caring de Anne Boykin e Savina Schoenhofer, cujos pressupostos permitiram compreender a PSC, como pessoa cuidadora, bem como a sua família, e a teoria ambientalista de Florence Nightingale, assente em pressupostos ainda atuais, no que diz respeito à prevenção da infeção hospitalar.

A metodologia desenvolvida centrou-se na resolução de problemas e na concretização de ações em situação real, assumindo uma atitude reflexiva, assertiva e de formação em contextos de trabalho, com a criação e apresentação de instrumentos, baseados em evidência, na prevenção da ITU na PSC.

Palavras-chave: Enfermagem; Cuidados Críticos; Infecção Relacionada a Cateter; Competência Clínica.

ABSTRACT

The safety of people who go to hospital institutions is considered a priority concerning the quality of health care in the whole world. Considering that the patients are continuously exposed to risks, adverse events and damages, infections associated with health care (IAH) are of particular importance, whether due to their incidence or to the damage they can cause to the patient. Among these, the urinary tract infection (UTI) associated with bladder catheterization, occurs in a high number of hospitalized persons and it may extend hospitalizations as well as aggravate the underlying disease. Nurses are the health professionals with the greatest impact on the surveillance levels of the patients, in particular, the critically ill patient, as they directly interfere in the insertion, maintenance and removal of the bladder catheter, their intervention, based on evidence, may be crucial in preventing and controlling UTI.

In the elaboration of this report, I relied on lived experiences of the different internship contexts, also on integrative literature review previously made, as well as on the contributions of the curricular units that constituted the study plan of the Master's Course in Nursing in specialization area PSC. Its purpose is, therefore, to present the acquisition and development of specialized skills in providing care to critical patient and his family, in a context of emergency and intensive care.

As guiding models of this work, were chosen as theoretical framework: the middle-range theory, Nursing as Caring by Anne Boykin and Savina Schoenhofer, whose assumptions made it possible to understand the critically ill patient, as caregiver, as well as its family. It was also used Florence Nightingale's environmental theory, based on still current assumptions, regarding to the prevention of hospital infection.

The methodology developed was focused on problem solving and implementing actions in real situations, assuming a reflexive, assertive and training attitude in work contexts, with the creation and presentation of evidence-based instruments for preventing UTI in the critically ill patient.

Keywords: Nursing; Critical Care; Catheter-Related Infections; Clinical Competence.

Índice

INTRODUÇÃO	16
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
1.1 Cuidar a Pessoa em Situação Crítica	20
1.2 Prevenção da Infecção Urinária na Pessoa em Situação Crítica	23
2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS: DESCRIÇÃO E REFLEXÃO SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	30
2.1 Estágio Módulo I – Serviço de Urgência Polivalente.....	30
2.2 Estágio Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.....	44
2.3 Estágio Módulo III – Unidade de Cuidados Intensivos Médico-cirúrgicos... 	62
NOTA CONCLUSIVA.....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
APÊNDICES	
Apêndice I – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura	

INTRODUÇÃO

Definir o rumo que se pretende seguir exige uma reflexão crítica daquilo que se faz, do que se pretende fazer e do que se ambiciona ser. Neste sentido, este documento visa analisar criticamente o percurso realizado ao longo dos estágios, no 3.º Semestre do 9.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

É esperado que o segundo ciclo de estudos do ensino superior permita aprofundar conhecimentos de forma especializada, desenvolvendo competências cientificamente mais avançadas. Assim, de acordo com o Decreto Lei n.º 65/2018 (2018), o grau de mestre é conferido a quem demonstre determinadas competências, das quais fazem parte os conhecimentos e capacidade de compreensão e a sua aplicação, a realização de juízos profissionais e tomada de decisão gerindo questões complexas, a capacidade de comunicação de conclusões e reflexões e ainda competências de autoaprendizagem.

O percurso que pretendo apresentar visa assim, a estimulação da capacidade de pensar, de atuar na prática e também de refletir sobre a ação, indo ao encontro do perfil de competências definido pela ESEL para o CMEPSC (ESEL, 2019).

O enfermeiro especialista, de acordo com o regulamento do exercício profissional do enfermeiro (REPE), é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, “a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 99); estes cuidados especializados decorrem do aprofundamento de competências do enfermeiro de cuidados gerais e efetiva-se, em competências comuns e específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC passam por cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de

resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

É através da aquisição destas competências ao longo da vida profissional, que se espera que o enfermeiro especialista possua um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Desta forma, para a escolha do tema foi imperativo ter em conta as minhas experiências profissionais anteriores e a necessidade de selecionar uma área que permitisse a aquisição e desenvolvimento de competências profissionais essenciais ao enfermeiro especialista em PSC. Assim, considerei pertinente direcionar este percurso para a prevenção da infeção urinária na PSC, mais especificamente, a infeção do trato urinário associada a cateterização vesical ou *catheter-associated urinary tract infections* (CAUTI).

A ITU representa cerca de 15% de todas as IACS e a grande maioria destas infeções são causadas pela utilização de cateter urinário (Gray, 2010; Traynor, 2014; CDC, 2015). Considerando-se que a ITU associada a cateterização vesical está relacionada com complicações que prolongam a permanência hospitalar, aumentam os custos associados, a morbilidade e a mortalidade (Gould *et al.*, 2009), é necessário implementar medidas que diminuam a prevalência deste tipo de IACS (Agodi & Barchitta, 2011). Desta forma, torna-se fundamental passar apenas da mera preocupação com esta problemática, para a implementação de intervenções que melhorem a atuação da equipa multidisciplinar, na qual o enfermeiro especialista poderá ter uma função importante no que concerne à intervenção, à promoção e à sensibilização da equipa multidisciplinar.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde com maior impacto ao nível da vigilância da pessoa, nomeadamente da PSC, e interferem diretamente na inserção, manutenção e remoção do cateter vesical, compreendendo-se que a intervenção do enfermeiro, baseada na evidência, poderá ser fundamental na prevenção e controlo da ITU, nomeadamente a CAUTI, quer no que diz respeito, não só, às medidas preventivas, mas também à orientação e consciencialização de toda a equipa multidisciplinar (Cunha & Andrade, 2011).

Ancorada nestas linhas orientadoras e de forma a responder à temática deste relatório, defini como objetivo geral: desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

E como objetivos específicos: promover a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e sua família, interpretando e aplicando as medidas recomendadas e baseadas em evidência que diminuam a taxa de ITU; detetar necessidades formativas no seio da equipa de enfermagem relativamente à prevenção das IACS, nomeadamente a prevenção da CAUTI na PSC.

Para alcançar estes objetivos, desenhou-se um percurso de aquisição de competências, que incluiu a realização de estágios num Serviço de Urgência Polivalente (SUP), uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e numa Unidade de Cuidados Intensivos Médico-cirúrgicos (UCIMC).

Como referencial teórico de enfermagem sustentei a minha intervenção em estágio, na teoria ambientalista de Florence Nightingale (Nightingale, 1859; Nightingale, 2005) em associação com a teoria Nursing as Caring de Anne Boykin e Savina Schoenhofer (Boykin & Schoenhofer, 2013).

A teoria ambientalista de Florence Nightingale “possui conceitos que servem de parâmetro na atualidade, sendo a sua relevância considerada um marco na história da enfermagem” (Medeiros, Enders & Lira, 2015, p. 518). Esta teoria tem como foco principal o meio ambiente, sendo este entendido como todos os fatores que afetam a vida das pessoas e lhes podem provocar dano ou sofrimento (Nightingale, 1859; Nightingale, 2005). Ao enfermeiro cabe uma utilização e atenção correta de fatores como o ar puro, iluminação, aquecimento, silêncio e a seleção e administração correta de dietas, com o mínimo de dispêndio da energia vital da pessoa (Nightingale, 1859; Nightingale, 2005). A atenção para com estes fatores bem como a assistência criteriosa e humana à pessoa, são a melhor salvaguarda contra a infeção. Assim a verdadeira enfermagem não ignora a infeção, antes estará a preveni-la (Nightingale, 1859; Nightingale, 2005).

Nightingale (1859) acreditava que todas as mulheres, em algum momento da sua vida, eram enfermeiras ao possuírem responsabilidade pessoal pela saúde de alguém. Neste sentido a teoria Nursing as Caring de Anne Boykin e Savina Schoenhofer vem reforçar esta ideia ao defender que todas as pessoas cuidam em virtude da sua humanidade, sendo este um dos seus pressupostos fundamentais. As autoras defendem que o enfoque da enfermagem é favorecer as pessoas a crescer

no cuidado, usando de uma presença intencional na prática de cuidado que é expressa quando o enfermeiro entra na relação com a intenção de conhecer o outro como pessoa cuidadora (Boykin & Schoenhofer, 2013). Este cuidado intencional, vivido de momento a momento, torna-se essencial para a prestação de cuidados à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Estruturalmente, este trabalho está dividido em quatro partes. Num primeiro momento é realizada a introdução do relatório, onde se apresenta a organização estrutural do mesmo e onde se realiza uma breve contextualização do estágio. Num segundo momento é apresentada uma contextualização teórica inicial da temática, nomeadamente a prevalência da ITU enquanto IACS mais frequente bem como do referencial teórico de enfermagem que norteou o percurso desenvolvido. Num terceiro momento é apresentado o percurso de aquisição de competências realizado durante os estágios, onde consta a descrição e reflexão sobre as atividades desenvolvidas e os resultados alcançados e que foram integrados na minha prática como enfermeira. Por fim é feita uma breve conclusão sobre o trabalho e percurso desenvolvido. Importa referir que ao longo deste trabalho utilizarei o termo pessoa ou pessoa doente por considerar que são os termos que melhor se adequam ao sujeito de cuidados abordado neste trabalho.

A metodologia utilizada para a realização do relatório consistiu na análise e reflexão crítica de experiências da prática de cuidados associada aos conteúdos teóricos e teórico-práticos lecionados bem como a pesquisa bibliográfica através de diferentes bases de dados.

A referenciação bibliográfica foi realizada de acordo com o estilo científico da American Psychological Association (APA), 6ª edição¹.

¹ Disponível em: <https://www.apa.org/pubs/books/4200066>.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo encontra-se estruturado em dois subcapítulos. O primeiro consiste na explicitação do referencial teórico de enfermagem que guiou o meu percurso de aprendizagem e de intervenção nos diferentes campos de estágio e o segundo visa traduzir a contextualização teórica inicial da temática, nomeadamente a prevalência de ITU como IACS mais frequente, bem como a evidência científica existente sobre a prevenção da ITU e qual a importância dos cuidados de enfermagem na sua operacionalização.

1.1 Cuidar a Pessoa em Situação Crítica

A evolução da sociedade resultante do avanço tecnológico, das mudanças sociais, culturais, demográficas e ambientais, impõe, cada vez mais, a formação de profissionais de enfermagem preparados para responder a variados desafios, alguns bastante complexos (Pinto, 2013), como cuidar da PSC. Esta, pela gravidade da sua doença não é capaz de manter de forma independente a sua estabilidade fisiológica ou corre o risco de desenvolver instabilidade de forma muito rápida (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011), compreendendo-se a necessidade de uma prática de enfermagem bem sustentada teoricamente (Benner, 2011).

Visando assim a compreensão da prestação de cuidados especializados de enfermagem à PSC e sua família a vivenciar processos complexos de doença crítica, adotei como referencial teórico a teoria ambientalista de Florence Nightingale (Nightingale Nightingale, 1859; Nightingale, 2005) e a teoria Nursing as Caring de Anne Boykin e Savina Schoenhofer (Boykin & Schoenhofer, 2013).

A teoria ambientalista de Florence Nightingale, tem como enfoque o cuidado de enfermagem ao ser humano e a sua inter-relação fundamental com o meio ambiente. O controlo do ambiente surge como conceito principal nos escritos de Nightingale, sendo o mesmo entendido como todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento do organismo, capazes de anteceder, eliminar ou contribuir para a saúde, doença ou morte (Nightingale, 1859; Nightingale, 2005).

A enfermeira é vista como uma pessoa com quem se pode contar, isto é, deve ser capaz de ser uma enfermeira “de confiança” (Nightingale, 2005, p. 169). As

decisões clínicas em contexto de equipa multidisciplinar, as intervenções autónomas dos enfermeiros, a importância dada à limpeza e lavagem das mãos são coincidentes com a atual ênfase na redução dos riscos ambientais associados às IACS. A ação e o controlo do ambiente por meio de observação e supervisão rigorosa, defendida por Nightingale (1859), são profundamente benéficos para a recuperação da pessoa doente e está intimamente relacionada com os conceitos atuais de infeção, contágio, desinfeção e assepsia, permitindo, desta forma, agir ao nível da prevenção e deteção precoce das infeções.

Cuidar da pessoa, nomeadamente da PSC, não tem apenas por objetivo “manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1); deve também privilegiar os cuidados humanizados, atendendo não só às necessidades da pessoa doente, mas também da sua família, implicando, muitas vezes, o recurso à tecnologia para garantir uma prática segura e eficiente. Esta competência tecnológica permite que o enfermeiro conheça e cuide da pessoa e, ao mesmo tempo, forneça um ambiente de cuidado, não descurando as relações de carinho e confiança (Hill, 2013).

Neste sentido, com a teoria de médio alcance Nursing as Caring, Anne Boykin e Savina Schoenhofer propõem uma enfermagem preocupada com o amplo espectro da vida humana e não apenas com a saúde. Boykin, & Schoenhofer (2013) abordam seis pressupostos que refletem um conjunto de valores que permitem compreender e explicar o significado da enfermagem, sendo eles: as pessoas cuidam em virtude da sua humanidade; as pessoas são unidas em cada momento; as pessoas vivem o cuidar momento a momento; a pessoalidade (*personhood*) é uma forma de vida baseada no cuidado; a pessoalidade (*personhood*) é reforçada através da participação em relações estimulantes e promotoras do desenvolvimento com os outros que cuidam; a enfermagem é uma disciplina e uma profissão (Boykin, & Schoenhofer, 2013).

O enfoque da enfermagem, na perspetiva destas autoras, é que todas as pessoas vivem e crescem no cuidado, sendo que o mesmo é expresso pela presença intencional e autêntica do enfermeiro com o outro, que é reconhecido como vivendo e crescendo no cuidado (Boykin & Schoenhofer, 2013). Assim, cuidar é viver no contexto das responsabilidades e possibilidades relacionais, reconhecendo a importância de conhecer a pessoa como pessoa (Boykin & Schoenhofer, 2013). Este cuidado intencional, vivido de momento a momento, é, em meu entender, essencial para a prestação de cuidados à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Desta forma, ao enfermeiro não só cabe modificar os aspetos não-saudáveis do ambiente a fim de colocar a pessoa doente na melhor condição para ação da natureza (Nightingale, 1859; Nightingale, 2005) mas também criar um ambiente que irradie uma atmosfera saudável que ajude a pessoa a crescer no cuidado (Boykin & Schoenhofer, 2013). Assim, o enfermeiro deve estar disposto a arriscar entrar no mundo do outro de forma presente e com intenção, olhando para a pessoa como um ser global e complexo, onde todas as interações com o ambiente influenciam o seu estado de saúde-doença, estabelecendo, desta forma, um cuidado em parceria com a pessoa, sendo ela agente no seu cuidar e nas tomadas de decisão (Benner, 2001; Boykin & Schoenhofer, 2013; McComark *et al.*, 2015).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde com maior impacto ao nível da vigilância da pessoa, nomeadamente da PSC, na medida em que necessitam saber o que observam, como observam, os sintomas que indicam melhoria, os que pelo contrário indicam que a pessoa piorou, quais são os de maior importância ou os que não têm importância alguma (Nightingale, 1859; Nightingale, 2005). Esta “observação deve ser cuidadosa, de hora a hora, diria mesmo de minuto a minuto” (Nightingale, 2005, p.33) e o cuidado vivido de momento a momento de forma intencional e contínua. (Boykin & Schoenhofer, 2013). A informação recolhida nestes encontros pelos enfermeiros é posteriormente interpretada, analisada e sintetizada, e a tomada de decisão clínica efetivada (Bulechek *et al.*, 2013).

Desta forma, torna-se necessário que o enfermeiro seja detentor de competências que fazem dele um profissional de enfermagem (Hesbeen, 2000). As formações iniciais e contínuas contribuem para o desenvolvimento da pessoa enfermeiro, cujo perfil é determinado não só por predisposições e qualidades humanas, mas também por conhecimentos adquiridos ao longo da sua vida (Hesbeen, 2000). Também as situações de cuidados, conhecidas como os momentos vividos e compartilhada entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, são de extrema importância para o desenvolvimento de competências (Benner, 2001; Boykin & Schoenhofer, 2013).

Para Benner (2001) as expressões *competência* e *práticas competentes* são utilizadas indistintamente uma vez que as duas abarcam a noção de cuidados de enfermagem competentes e as capacidades de julgamento clínico, surgindo perícia quando o enfermeiro testa e refine propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre princípios, em situações da prática real. A mesma autora, tendo como base o

Modelo de Dreyfus, estabeleceu cinco níveis de desenvolvimento de aquisição de competências: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Atualmente considero estar no nível de desenvolvimento de proficiência. Sou capaz de me aperceber das situações na sua globalidade e não em termos isolados, aprendendo também com a experiência, algo que considero crucial para o processo de decisão (Benner, 2001). Este nível de desenvolvimento foi adquirido ao longo de 10 anos de experiência profissional, onde os últimos 4 foram dedicados à prestação de cuidados a pessoas a experienciar situações de doença crítica numa unidade de cuidados intensivos médico-cirúrgicos, com vários momentos reflexivos de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional.

Para que o enfermeiro atinja o nível de perito são necessários, não apenas conhecimentos teóricos, mas também conhecimentos adquiridos através da prática reflexiva, e que os seus julgamentos clínicos, as suas observações e os seus comportamentos promovam mudanças na sua prática (Benner, 2001; Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011).

Posto isto, uma enfermeira cuidadosa, de acordo com Nightingale (1859) mantém uma vigilância constante sobre o seu doente e, sendo o enfermeiro o responsável pela inserção, manutenção e remoção do cateter vesical, torna-se evidente que a sua intervenção e uso de protocolos baseados em evidência (Shuman & Chenoweth, 2018; Zurmehly, 2018; Galiczewski, 2016) poderá ser fundamental na prevenção e controlo da ITU, nomeadamente a CAUTI, no que respeita às medidas preventivas e à orientação/consciencialização de toda a equipa multidisciplinar (Shuman & Chenoweth, 2018; Cunha & Andrade, 2011).

1.2 Prevenção da Infeção Urinária na Pessoa em Situação Crítica

Ao longo do tempo tem-se tornado evidente uma crescente necessidade de melhorar os cuidados de saúde, as políticas sanitárias e a saúde pública (Ministério da Saúde, 2018). Este facto tem resultado não apenas no aumento da esperança média de vida, mas também numa maior prevalência de doenças agudas e crónicas, favorecendo a procura exponencial de cuidados de saúde a nível hospitalar (Delerue & Correia, 2018).

Os cuidados de saúde, na sua maioria, implicam a utilização de diversos tipos de dispositivos e procedimentos invasivos, necessários para auxiliar na recuperação da saúde nas pessoas, no entanto estão também associados ao aparecimento de infeções (CDC, 2014).

A IACS, anteriormente denominada de infeção nosocomial, pode ser definida como uma infeção adquirida pelas pessoas em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, após a admissão no hospital ou noutra serviço de saúde, que se manifesta durante o período de hospitalização ou após a alta e também pode afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (DGS, 2007; Paiva *et al.*, 2015; OMS, 2016).

O conceito de IACS é, desta forma, mais abrangente já que se refere a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, sendo de extrema importância assegurar uma correta articulação entre as diferentes unidades de saúde, para a identificação deste tipo de infeções com o objetivo de reduzir o risco de infeção cruzada (DGS, 2007).

Considera-se que este tipo de infeção é um dos eventos adversos mais comuns na prestação de cuidados de saúde pois agravam o prognóstico da doença de base, prolongam os internamentos e associam mais doenças às que já estavam presentes, revelando-se um grande problema de saúde pública com impacto na morbilidade, mortalidade e qualidade de vida das pessoas doentes e seus familiares, representando também uma carga económica importante a nível social e institucional (Gould *et al.*, 2009; Caramujo, Carvalho & Caria, 2011; OMS, 2016; DGS, 2017). Todavia, apesar de não ser um problema novo, assume cada vez maior importância em Portugal e no mundo (DGS, 2007).

No grupo das IACS estão incluídas: a infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central, as CAUTI, a pneumonia associada à ventilação mecânica, as infeções do local cirúrgico (CDC, 2014) e as infeções causadas por microrganismos multirresistentes (Pina *et al.*, 2010).

O Centers for Disease Control and Prevention (CDC) faz referência a que 15 a 25% das pessoas que recorrem aos serviços hospitalares são submetidas a cateterização vesical, sendo este o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de ITU. Esta também é a infeção mais frequentemente relatada à National Health care Safety Network (NHSN), das quais aproximadamente 75% estão associadas à presença de um cateter vesical (CDC, 2015).

Em Portugal, de acordo com o Inquérito de Prevalência de Infeção (IPI) 2010, a ITU foi a IACS mais frequente (23,8 %) sendo que 7,9 % destes episódios estão relacionados com a cateterização vesical e 1,2% não se relacionam (Pina, Silva & Ferreira, 2010).

A incidência de bacteriúria, em pessoas algaliadas é proporcional ao tempo de cateterização, sendo o risco diário de 3,0 a 10,0% chegando a 100,0% num período de 30 dias (Gupta *et al.*, 2017; Gould *et al.*, 2009). Com o tempo, forma-se na superfície do cateter vesical uma película denominada de biofilme, que agrega os microrganismos, originando uma elevada resistência aos antimicrobianos e potenciando a infeção urinária, sendo recomendado a retirada do cateter vesical (Gould *et al.*, 2009; Pina *et al.*, 2010).

Assim, a ITU pode ser descrita como uma infeção que envolve qualquer parte do sistema urinário, incluindo uretra, bexiga, ureteres e rins (CDC, 2015). Este tipo de infeção pode ser sintomática, quando a pessoa refere disúria, febre, dor lombar e incontinência urinária, contudo pode ocorrer também bacteriúria assintomática, quando há evidências histológicas, imunológicas ou clínicas na pessoa assintomática (NHSN, 2019; Alves, Luppi & Paker, 2006).

A CAUTI é aquela em que se cumprem os critérios de ITU associada aos cuidados de saúde, mas em que um cateter vesical tenha sido introduzido e mantido pelo menos dois dias consecutivos ao dia do evento; ou, caso no dia do evento a pessoa já não tenha cateter vesical, este tenha sido retirado no dia do evento ou no dia anterior, tendo estado colocado pelo menos dois dias consecutivos (NHSN, 2019; Bonkat *et al.*, 2018; Lobão & Sousa, 2016).

De acordo com a NHSN, existe movimentação/migração bacteriana através do cateter urinário que pode provocar infeção da bexiga e da mucosa uretral pressupondo, na CAUTI sintomática, a presença de pelo menos um dos seguintes critérios: cateter vesical num período de dois dias consecutivos de internamento; que a pessoa apresente pelo menos um sinal ou sintoma como febre (>38°C), hipersensibilidade suprapúbica, dor ou hipersensibilidade no ângulo costovertebral, urgência urinária, frequência urinária alterada ou disúria; existência de urocultura com não mais do que duas espécies de organismos identificados, pelo menos um dos quais é uma bactéria $\geq 10^5$ CFU/ml² (NHSN, 2019).

² Colony-forming unit.

Um cateter urinário interno é um tubo que se insere através do meato urinário e uretra, até à bexiga, sendo aí fixado e conectado a um sistema de drenagem fechado, permitindo a drenagem passiva da urina. Estes dispositivos também são chamados de cateteres Foley (NHSN, 2019). Existem outros métodos alternativos de drenagem urinária que podem ser utilizados como por exemplo: dispositivo urinário externo, sondas de esvaziamento vesical periódico, tubos de nefrostomia, ileocondutos ou cateteres suprapúbicos, no entanto, as recomendações da NHSN de 2019 referem que só devem ser consideradas, neste tipo de infeção, cateteres introduzidos através da uretra.

A entrada de microrganismos nas vias urinárias pode ocorrer por via extraluminal, com a migração de microrganismos ao longo da face externa do cateter urinário através do meato ao longo da uretra, ou por via intraluminal através da superfície interna do cateter vesical (quer pela utilização de equipamento contaminado quer pela quebra do circuito estéril nas zonas de conexão) (Pina, Silva & Ferreira, 2010).

O grande avanço da tecnologia voltada para a assistência hospitalar tem proporcionado o prolongamento da sobrevivência da PSC, acarretando, desta forma, risco acrescido de desenvolvimento de IACS (Paiva *et al.*, 2015).

Estas pessoas encontram-se, na maior parte das vezes, internadas nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e são considerados doentes médicos ou cirúrgicos graves, muitas vezes com doenças ou condições clínicas predisponentes a infeções e que, por sua vez, são expostos a procedimentos invasivos para monitorização e suporte contínuo de funções vitais (Viera, 2009; Cunha & Andrade, 2010), como é o caso da cateterização vesical que é vista como um dos procedimentos invasivos necessários para a vigilância e monitorização da PSC (Vieira, 2009), quer seja no Serviço de Urgência (SU) ou na UCI.

De acordo com o estudo EPIC (The Extended Prevalence of Infection in Intensive Care) II, desenvolvido por Vincent *et al.* (2009), a proporção de pessoas adultas infetadas dentro das UCI é frequentemente alta, resultando em 51% do total das pessoas doentes estudadas. A Organização Mundial de Saúde (OMS), refere que o risco de adquirir IACS é significativamente maior em UCI e cerca de 30% das pessoas internadas nestas unidades desenvolvem pelo menos um episódio de IACS (Allegranzi *et al.*, 2011). Em Portugal, de acordo com o Relatório IPI de 2010, confirmou-se a maior prevalência deste tipo de infeção nas UCI, situando-se nos 39,7% (Pina, Silva & Ferreira, 2010).

No que diz respeito ao SU – Serviço de Observação – a taxa de IACS é relativamente baixa, situando-se nos 8,8% (Pina, Silva & Ferreira, 2010). Há, no entanto, uma percentagem elevada de pessoas algaliadas desnecessariamente, existindo uma correlação direta com a presença de infeção urinária (Caramujo *et al.*, sd).

A OMS defende que uma grande percentagem deste tipo de infeção pode ser evitada através da prevenção e controlo efetivo (OMS, 2016). A promoção de boas práticas de prevenção e controlo da infeção permitem reduzir a transmissão e a incidência da infeção, as situações em que é necessária prescrição antibiótica, lavando a uma diminuição no seu consumo e conseqüentemente diminuição de resistências aos antimicrobianos (DGS, 2017).

Curtis (2008) numa revisão da literatura, conclui que existem múltiplas técnicas, estratégias e intervenções não farmacológicas que podem oferecer a melhor oportunidade para reduzir o risco de morbilidade e mortalidade das IACS. Essas estratégias de controlo de infeção vão contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, para a segurança das pessoas doentes (Pina, Silva & Ferreira, 2010), permitindo a redução do uso dos antibióticos e conseqüentemente economizar nos custos médicos associados (Curtis, 2008).

No que diz respeito à CAUTI, as *guidelines* atualizadas em 2009 pelo CDC, sugerem que a sua prevenção passa por saber aplicar as medidas recomendadas e baseadas em evidência. Medidas simples como higiene das mãos e rigor na técnica de inserção, manutenção e remoção do cateter vesical, contribuem para prevenção da infeção associada. Também o cateterismo urinário desnecessário e o tempo de permanência do cateter influenciam o desenvolvimento de infeção, sendo fatores modificáveis (Caramujo, Carvalho & Caria, 2011; Meddings *et al.*, 2014).

Posto isto, e considerando que uma revisão integrativa da literatura (RIL) é um dos métodos de pesquisa utilizados na prática baseada em evidência que permite a incorporação de evidências na prática clínica, e tem como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (Mendes, Silveira & Galvão, 2008), de acordo com RIL realizada anteriormente, pode-se considerar que as intervenções de enfermagem que podem prevenir o aparecimento de ITU, com enfoque na CAUTI, devem estar sustentadas no conhecimento atualizado e fundamentado em evidência científica daí retirado, bem

como nas recomendações do CDC para a prevenção da CAUTI. Desta forma optou-se por dividir as intervenções de enfermagem em gerais e específicas.

As intervenções gerais dizem respeito à lavagem das mãos antes e depois dos cuidados às pessoas (Shuman & Chenoweth, 2018; López & Cortés, 2012; Marra *et al.*, 2011); a utilização de equipamento de proteção individual adequado (Shuman & Chenoweth, 2018; López & Cortés, 2012) e usar apenas antibióticos em pessoas com sintomatologia de infeção, diminuindo assim o risco de desenvolvimento de resistências aos mesmos (Shuman & Chenoweth, 2018; López & Cortés, 2012). Estas medidas consideram-se gerais porque devem prevenir não só a CAUTI, mas todas as outras IACS.

As intervenções específicas são várias e passam: por evitar o uso de cateter urinário e colocá-lo apenas nas indicações apropriadas (Shuman & Chenoweth, 2018; López & Cortés, 2012); remover os cateteres urinários precocemente (Shuman & Chenoweth, 2018; Galiczewski, 2016; Chenoweth & Saint, 2013; López & Cortés, 2012; Elpern *et al.*, 2009); usar alternativas ao cateterismo urinário como por exemplo cateteres urinários externos no homem e cateterização intermitente (Shuman & Chenoweth, 2018; Chenoweth & Saint, 2013; López & Cortés, 2012); uso de lembretes eletrónicos de dias de cateterismo para os enfermeiros e deve ser feita uma avaliação diária da necessidade de cateterismo pela equipa multidisciplinar (Shuman & Chenoweth, 2018; Galiczewski, 2016, Marra *et al.*, 2011, Elpern *et al.*, 2009); usar técnicas adequadas de inserção e manutenção dos cateteres por parte dos enfermeiros (Shuman & Chenoweth, 2018; Chenoweth & Saint, 2013; López & Cortés, 2012); não permitir quebras no circuito de drenagem (Shuman & Chenoweth, 2018; Chenoweth & Saint, 2013; López & Cortés, 2012); fixar adequadamente o cateter vesical para evitar movimentação e tração uretral (López & Cortés, 2012); evitar lavagens vesicais por rotina, exceto quando a obstrução é esperada (López & Cortés, 2012); em caso de obstrução o cateter deve ser retirado (López & Cortés, 2012).

Pela evidência científica encontrada, as estratégias de prevenção da CAUTI têm sido agrupadas em conjuntos multimodais de intervenções, conhecidos como *bundles*, que consistem em intervenções educacionais para melhorar o uso apropriado e habilidade clínica na colocação do cateter, intervenções comportamentais, como protocolos de restrição e remoção de cateter e uso de tecnologias específicas, como ecografia da bexiga (Shuman & Chenoweth, 2018; Zurmehly, 2018; Gupta *et al.*, 2017; Galiczewski, 2016; Meddings *et al.*, 2014; Chenoweth & Saint, 2013; López & Cortés, 2012; Márquez Rivero, Alvarez Pacheco & Márquez Rivero, 2012). Estas *bundles*,

também denominadas de “feixes de intervenções” têm como objetivo assegurar que as pessoas internadas nos hospitais recebem tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente (DGS, 2015).

Compreende-se, pelo descrito, que a prática baseada em evidência é uma mais-valia no que diz respeito à prevenção da ITU na pessoa em situação crítica. A educação e a procura de conhecimento e aquisição de competências especializadas por parte dos enfermeiros, elementos importantes dentro da equipa multidisciplinar no que diz respeito à prevenção da infeção, são medidas indispensáveis para a prevenção de ITU.

2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS: DESCRIÇÃO E REFLEXÃO SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

As atividades desenvolvidas e apresentadas ao longo deste capítulo, pretendem ser exemplos da prática de cuidados que demonstrem as competências desenvolvidas durante os três módulos de estágio. Estas tiveram por base o projeto de estágio elaborado no 2º Semestre e as diretrizes inerentes ao estatuto de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC bem como das competências definidas pela ESEL para o CMEPSC.

2.1 Estágio Módulo I – Serviço de Urgência Polivalente

Este estágio decorreu no SU X, de um Centro Hospitalar de referência na área de Lisboa, de 30 de setembro a 21 de novembro de 2019, num total de duzentas e cinquenta horas, distribuídas por oito semanas, em que realizei vinte e quatro turnos de oito horas, sob a orientação de um enfermeiro mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente PSC, com uma experiência profissional de quinze anos.

Inicialmente o projeto de estágio foi apresentado e discutido com o enfermeiro orientador de estágio e com as professoras orientadoras do projeto, bem como com os elementos da coordenação do serviço, havendo necessidade, de forma a atingir os objetivos, de reformular algumas das atividades inicialmente propostas. Não só as necessidades da equipa, mas também a dinâmica da instituição e do próprio serviço foram determinantes na reformulação das atividades, excluindo desde logo a possibilidade de colaboração na implementação de *bundles* sobre a prevenção da CAUTI no sistema informático e a realização de sessão de formação.

Posteriormente, tanto a enfermeira responsável do SU, como o enfermeiro orientador fizeram-me uma visita guiada pelo serviço. Esta visita revelou-se de extrema importância para conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do mesmo, pois um enfermeiro que entra num serviço novo, mesmo com experiência profissional anterior, é considerado um enfermeiro no nível de iniciado/principiante tendo, à partida, dificuldade em integrar-se na realidade do novo contexto e em transpor os conhecimentos teóricos para a prática, pelo que se torna fundamental a existência de

um programa de integração profissional que possibilite e facilite a evolução do desenvolvimento de competências (Cunha et al, 2010; Benner, 2001)

Para que se consiga adquirir bases que permitam complementar o juízo clínico, é necessário estar tempo suficiente num mesmo meio e participar num determinado número de experiências similares (Benner, 2001), pelo que, não tendo qualquer tipo de contato prévio com um SU optou-se, numa fase inicial, por percorrer todos as áreas de assistência do SU, sendo que os primeiros dias consistiram num período de observação da ação do enfermeiro orientador e adaptação ao serviço e à equipa multidisciplinar. Posteriormente, a minha ação passou pela prestação de cuidados à PSC na sala de reanimação (SR) por ser o local com maior possibilidade de aprendizagens na vertente da PSC.

Quando tal não se concretizava (por ausência de doentes), fui integrada nas restantes valências (Serviço de Observação, Balcão de Trauma, Atendimento Geral, Balcão de Medicina) onde se encontravam outros doentes em situação de urgência, o que me permitiu experienciar realidades distintas e assim promover o desenvolvimento de um elevado número de conhecimentos teórico-práticos e competências na área de especialização, como por exemplo na execução de técnicas de trauma, de transporte e acompanhamento à realização de exames, na realização de pensos e na otimização do ambiente de cuidados e dos processos terapêuticos na pessoa hospitalizada e sua família, através do estabelecimento de relação terapêutica e adaptando a comunicação à pessoa e contexto (Regulamento nº 429/2018).

Ao longo do estágio tive a oportunidade de acompanhar o Enfermeiro orientador, mesmo enquanto desempenhava funções de Chefe de Equipa. Este aspeto foi algo que me concedeu a possibilidade de ter uma visão abrangente de todo o SU e da importância de uma correta gestão dos recursos humanos e materiais para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa em situação de doença bem como uma gestão de conflitos eficaz por parte do orientador. Inicialmente tinha a sensação que o enfermeiro orientador “corria” de um lado para o outro, sempre com o telefone a tocar e sempre a necessitar de resolver alguma questão. Hoje entendo que a chefia de uma equipa, principalmente num SU, é um trabalho de *background* de extrema importância para que tudo funcione de forma eficiente, sendo necessário adaptar o estilo de liderança ao clima organizacional, favorecendo a melhor resposta da equipa e dos indivíduos (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Pelo descrito, e estando também eu a dar os primeiros passos no que diz respeito a chefia de equipa, acredito ter aprendido que um enfermeiro chefe de equipa

tem inevitavelmente de adquirir competências de liderança, otimizado o trabalho da equipa e adequando os recursos às necessidades de cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019) principalmente no que diz respeito ao trabalho de enfermagem em ambientes complexos como é o caso do SU e UCI, onde a mudança é um fator constante e a capacidade de decisão tem de estar presente.

Como já foi referido anteriormente foi possível passar parte dos turnos na SR, nem sempre acompanhada pelo enfermeiro orientador, pois o mesmo necessitou de exercer funções de chefia de equipa, mas orientada por outros elementos peritos na área. Este facto permitiu-me conhecer diversos elementos da equipa de enfermagem, facilitando, também, o sentimento de pertença na equipa. À medida que iam surgindo novas e diferentes situações, foi necessário desenvolver capacidades e competências para saber atuar adequadamente.

Assim, no início do meu percurso, reconhecendo as minhas capacidades e limitações (ESEL, 2019), tive um papel mais passivo na SR mas com o passar do tempo e com a modificação da maneira como me apercebia das situações, conseguindo identificar mais rapidamente quais as intervenções prioritárias na abordagem à pessoa e família admitida na SR, foram-me atribuídas funções, passando de mero observador a executante envolvido (Benner, 2001).

Desta forma foi possível colaborar na organização da SR e ficar “responsável” pelo telefone afeto à SR, gerindo, em conjunto com o enfermeiro, as situações emergentes que eventualmente surgissem. Relembro várias chamadas feitas pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), a referir o transporte de pessoas para o hospital. Aprendi que, quando se atende este tipo de chamadas é necessário recolher, de forma rápida, a informação relevante para a preparação da sala e da equipa multidisciplinar para que a receção daquela pessoa ocorra de forma segura e eficiente. Foi, portanto, necessário saber de forma sucinta a queixa principal da pessoa, o diagnóstico inicial e o tempo de chegada ao hospital e assim adequar a resposta face à evolução dinâmica da emergência, avaliando em contínuo a articulação e eficiência de toda a equipa (Regulamento 429/2018, 2018) e zelar para que ninguém, por decisão própria ou por falta de conhecimentos, atrapalhe ou impeça o cumprimento dos seus deveres (Nightingale, 1859; Nightingale, 2005).

Para minimizar perdas de tempo e salvaguardando condições de segurança (Regulamento nº 429/2018, 2018) na abordagem à pessoa doente foi fundamental que a SR se encontrasse preparada com todos os recursos materiais indispensáveis e equipamentos devidamente montados e testados, existindo uma *chek-list* de todo o

material que tem de ser validado. Desta forma, foi possível colaborar com os enfermeiros, no início de cada turno e sempre que a sala era utilizada, na verificação de falhas de material, equipamentos, medicação e reposição dos mesmos. Realizei também testes e verificação de todo o equipamento de suporte à monitorização, desfibrilhação e ventilação. Com estas intervenções acredito ter salvaguardado condições de segurança que me permitiram cuidar adequadamente da pessoa em situação de emergência (Regulamento nº 429/2018, 2018).

A abordagem inicial à PSC admitida na SR foi realizada de acordo com o algoritmo/abordagem ABCDE³. Esta abordagem realizada em simultâneo por vários elementos da equipa multidisciplinar permitiu-me não só economizar tempo valioso e melhorar o desempenho da equipa multidisciplinar (Thim *et al*, 2012) mas também priorizar as intervenções face aos diagnósticos, antecipando focos de instabilidade (ESEL, 2019).

No que diz respeito às competências técnicas, estas não foram uma dificuldade tendo sido tudo realizado com destreza de forma chegar a um diagnóstico tão rápido e efetivo quanto possível e assim garantir segurança e qualidade dos cuidados ao implementar intervenções de enfermagem que diminuíssem o risco de vida da pessoa doente. Desta forma, indo para além da visão tecnicista, procurei, no decorrer da prática profissional, apreciar a PSC e sua família, na sua totalidade (ESEL, 2019), colocando um pouco de mim com o intuito de contribuir para uma melhor compreensão das necessidades de cuidados da pessoa cuidada (Boykin & Schoenhofer, 2013).

Recordo, por exemplo, o primeiro doente que cuidei na SR, por ativação da Via Verde AVC⁴. Era o Sr. A, de 67 anos, estava consciente, aparentemente orientado e calmo. Respondia a questões simples, mas foi imediatamente constatada disartria, desvio da comissura labial e hemiparesia do lado esquerdo. A avaliação inicial realizada ao Sr. A foi feita pela equipa do SU e pela equipa da Unidade de AVC e seguiu o algoritmo/abordagem ABCDE descrito anteriormente. Durante esta abordagem senti-me um pouco “perdida” por não dominar os *timings*⁵ recomendados,

³ Abordagem para todas as pessoas com deterioração ou em estado crítico - Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (INEM, 2012).

⁴ Acidente Vascular Cerebral.

⁵ As recomendações do National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) (2008) referem que o tempo decorrido desde a entrada da pessoa no hospital até à avaliação clínica por um especialista não deve ser superior a 10 minutos (*Tempo porta - avaliação clínica*); o tempo até à conclusão da TAC não deve ultrapassar os 45 minutos (*Tempo porta - TAC*); e que o total de tempo entre a chegada da pessoa e ao hospital e a realização de fibrinólise não deve ser superior a 60 minutos (*Tempo porta - agulha*). No entanto, existe todo o interesse em que este período seja o mais reduzido possível e a terapêutica precocemente instituída.

no entanto sabia de uma maneira geral o que fazer em cada momento. Não foi tanto a receção ao doente, pois tive sempre em consideração o doente na sua globalidade, atendendo aos princípios da humanização, fulcrais para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, mas o controlo do tempo que me angustiou, pois, “tempo é cérebro” e o tratamento do AVC deve ser considerado como uma emergência médica, evitando atrasos no reconhecimento de sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento (The European Stroke Organization, 2008).

De forma a tentar ultrapassar esta lacuna, foi discutida a situação com o enfermeiro orientador, mas, na procura de intervenções de enfermagem sustentadas em evidencia científica, que respondessem aos diagnósticos e resultados esperados para determinada pessoa (ESEL, 2019), foi realizado um jornal de aprendizagem (JA) sobre a pessoa com AVC. Tenho a certeza que esta experiência e esta reflexão sobre o cuidado à pessoa vítima de AVC no SU, num momento da doença diferente daquele a que estava habituada (receber uma pessoa vítima de AVC numa UCI), conhecer e experienciar os tempos recomendados e vive-los *in loco*, permitir-me-ão melhorar os cuidados não só às pessoas doentes no pós-operatório de trombectomia após AVC Isquémico internados na UCI onde desenvolvo a minha atividade profissional, mas também ficar mais desperta para os tempos recomendados a qualquer doente internado na UCI que apresente sinais e sintomas de AVC.

Ainda de acordo com a situação de cuidados descrita anteriormente, e uma vez mais, reconhecendo os meus recursos e limites pessoais e profissionais (Regulamento nº 140/2019,2019; ESEL, 2019), e não querendo prejudicar a abordagem efetuada pela equipa, centrei-me na comunicação com o Sr. A, que foi realizada de forma assertiva e penso que eficaz. A comunicação pode ser definida como “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas” (Phaneuf, 2005, p. 23). Para comunicar é necessário perceber e escutar o outro, mas também é fulcral aprender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reações que as palavras proferidas pelo outro suscitam em nós.

Desta forma, o Sr. A. foi recebendo informações sobre a sua situação clínica por parte dos vários elementos da equipa multidisciplinar e eu fui tentando, ao mesmo tempo, perceber como se sentia e se entendia o que lhe era explicado. Aparentemente o Sr. A. entendia o que lhe era explicado, contudo mostrava-se assustado com toda a situação, pois o aparecimento súbito de um AVC é algo inesperado em que a pessoa passa, de forma instantânea, de um estado de saúde e bem-estar para um estado de

doença (Meleis, 2010) sem que se consiga preparar psicologicamente para possíveis alterações na dinâmica pessoal e familiar que esta patologia acarreta. Acredito que com a minha presença intencional consegui entrar no mundo dele, dando-lhe tempo e espaço para crescer na relação que se estava a estabelecer naquele momento (Boykin & Schoenhofer, 2013) e o Sr. A. Foi ficando mais calmo e um pouco menos assustado, colaborando em todas as decisões que foram sendo tomadas.

Esta situação permitiu-me gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa face ao seu estado de saúde (Regulamento nº 429/2018, 2018), prever com o doente, equipa e família, os resultados esperados a curto e médio prazo, identificar diagnósticos de enfermagem e planear os cuidados de enfermagem implementando precocemente intervenções corretas e adequadas (ESEL, 2019) e ainda, monitorizar parâmetros vitais para despiste precoce de complicações.

Lembro-me de uma outra situação, num dos primeiros turnos na SR em que deu entrada o Sr. B., de 30 anos, vítima de acidente de viação em veículo de duas rodas. Ele estava consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa. Eupneico, sem aporte de oxigénio adicional com boas oximetrias periféricas e hemodinamicamente estável. Tinha dor no membro inferior esquerdo onde apresentava fratura exposta. Trazia o membro imobilizado com tala, contudo, após observação pela médica ortopedista, foi retirada a tala para confirmação da fratura e realização de tala gessada. Naquele momento, o doente tinha dor moderada a elevada, mas não foi administrada nenhuma terapêutica analgésica (a mesma tinha sido realizada poucos minutos antes, no pré-hospitalar), pelo que considerei pertinente usar de técnicas não farmacológicas para alívio da dor. Assim, conversei com ele, tentei distrai-lo da dor e penso que todos os movimentos acabaram por ser menos dolorosos.

Posto isto, ao utilizar intervenções não farmacológicas em complemento às intervenções farmacológicas já utilizadas (Ordem dos Enfermeiros, 2008), fui ao encontro das boas práticas emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (2008), no que a dor diz respeito. São pequenas (grandes) intervenções que podem fazer a diferença na situação vivida pela pessoa. Acredito que a minha presença intencional e autêntica na procura de conhecer o outro como pessoa, permitiu-me entender como essa pessoa podia ser apoiada, sustentada e fortalecida (Boykin & Schoenhofer, 2013) e ao mesmo tempo fazer a gestão diferenciada da dor e do seu bem-estar (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Outra situação que me causou alguma inquietude foi o do Sr. C, de 79 anos, vítima de queda de três metros enquanto trabalhava. O mesmo foi assistido pela VMER no local, com Escala de Coma de Glasgow (GCS) 3⁶, à chegada dos profissionais. Foi entubado orotraquealmente, estabilizado e transportado para o hospital. Aqui realizou tomografia axial computadorizada (TAC) crânio-encefálica onde foi confirmado hematoma subdural, já com lesão cerebral isquémica do córtex adjacente decorrente do efeito de massa que comprometia o retorno venoso e elevava a pressão intracraniana diminuindo a pressão de perfusão cerebral. Esta situação foi discutida com a neurocirurgia, mas, como a apresentação inicial correspondia a uma lesão muito extensa com envolvimento de todo o hemisfério e edema cerebral difuso, a cirurgia não afetaria a evolução, pelo que não estava indicada. Dado o exposto, a família foi contactada, explicada a situação irreversível do quadro e foi-lhes dado tempo para estarem junto do seu familiar.

Dar uma má notícia, requer perícia e tato, e ambas podem ser aprendidas e praticadas ao longo da vida (Leal, 2003). Um dos aspetos que se deve ter em conta quando se dão más notícias, é a preparação e escolha do local adequado, devendo ser dadas pessoalmente e num local privado, tentando que não haja interrupções por terceira pessoa (Leal, 2003). No SU existe uma “sala de más notícias” junto do gabinete de assistência social, que foi utilizada nesta situação de acolhimento aquela família. Inicialmente tanto eu como o enfermeiro que estava comigo, apresentamo-nos à família e explicamos-lhes a situação (que também já tinha sido explicada pela equipa médica). Tentei perceber o que os familiares queriam saber através das questões colocadas e foi dado espaço para que conseguissem processar a informação e que exteriorizassem as suas emoções e sentimentos.

No final, dada a vontade expressa da filha, da esposa e dos netos, foi favorecida a presença dos mesmos, junto do Sr. C. Demonstrando conhecimentos e habilidades facilitadoras da dignificação da morte e dos processos de luto (Regulamento nº 429/2018, 2018), eu e o enfermeiro acompanhámo-los ao local, preparando-os com uma descrição do mesmo e do que iam encontrar e ver, mostrando disponibilidade para o que fosse necessário. De referir que antes de entrarem, e porque a morte inesperada, como foi o caso deste doente, pode levar a um choque emocional familiar, com sentimentos de negação, raiva, pesar intenso e culpa e na procura de favorecer um momento o menos doloroso possível, foram prestados cuidados de higiene ao Sr.

⁶ Resposta ocular: 1; Resposta Verbal:1.; Melhor resposta motora: 1. Disponível em: <https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-English.pdf?v=3>.

C. pois ele encontrava-se com sangue na face e na cabeça e, tanto eu como o enfermeiro que estava comigo, consideramos que seria um choque ainda maior para aquela família observar o seu familiar daquela forma.

Apesar de não ser a primeira vez que prestava apoio a famílias neste tipo de situação (pois ao trabalhar numa UCI, onde ocorrem um grande número de mortes intra-hospitalares, já me foi possível acompanhar pessoas e famílias neste processo de luto antecipado), esta em especial causou-me alguma tristeza por ser caso tão inesperado para aquelas pessoas. Todavia, ao mesmo tempo foi gratificante perceber que não só nas unidades de cuidados intensivos são permitidos estes momentos de privacidade aos familiares que estão a partir. A “presença da família no processo de morte e morrer não é só um ato de solidariedade” (Souza, Barilli & Azeredo, 2014, p. 755) mas também uma estratégia fundamentada cientificamente, havendo evidências de que as pessoas que tinham seus familiares perto de si aquando este momento, necessitaram de menores quantidades de sedação e analgesia (Fridh, Forsberg & Bergbom, 2007).

Durante o estágio houve oportunidade de elaboração de registos de enfermagem em suporte informático, no sistema HP-HCIS⁷. Para a realização destes registos e assim garantir a continuidade dos cuidados registando rigorosamente as observações e intervenções realizadas (Nunes, Amaral & Gonçalves 2005), foi necessário recolher dados essenciais para a elaboração do um plano de cuidados, que dadas as características específicas das pessoas admitidas no SU, muitas vezes era implementado e concluído de forma bastante rápida durante a permanência da pessoa na SR. Como já foi referido anteriormente, a abordagem à PSC na SR foi realizada de acordo com a mnemónica ABCDE e foi durante esta fase que a maioria dos dados foram obtidos, os diagnósticos de enfermagem foram levantados, as intervenções de enfermagem estabelecidas bem como os resultados esperados. Todavia foi necessário estar constantemente atenta a possíveis alterações na situação de saúde-doença da pessoa e reformular as intervenções necessárias face a essas mesmas alterações, de modo correto e adequado (ESEL, 2019).

No que diz respeito à transição de cuidados nos diferentes setores, esta causou-me alguma preocupação que foi manifestada junto do enfermeiro orientador e fez-me pensar que poderia existir comunicação ineficaz durante as mesmas ou transferência de doentes para outros setores ou serviços, e que, por sua vez, poderia haver

⁷ HP Healthcare Information System (HP-HCIS) que integra a informação clínica do doente (Processo Clínico Eletrónico) no processo de prestação de cuidados (HP, 2008).

comprometimento da segurança dos cuidados prestados. Esta situação levou-me a realizar um JA sobre este tema, onde foi sugerida e implementada um instrumento de registo de acordo com a mnemónica ISBAR⁸, preconizado pela DGS na Norma nº001/2017 “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” (DGS, 2017), pretendendo-se a sua integração inicial no Serviço de Observação.

A elaboração do JA, permitiu-me concluir que ao procurar respostas no domínio da melhoria contínua da qualidade de cuidados, reconhecendo um acontecimento e problema recorrente que necessita de uma mudança (Benner, 2001) e ao desenvolver “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745) e, da mesma forma, procurando garantir um ambiente terapêutico e seguro, incrementando a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos, fui ao encontro daquilo que é, também, esperado do enfermeiro especialista e mestre em enfermagem.

Em algumas situações de cuidados, invariavelmente, os enfermeiros, apesar de terem o dever de salvaguardar, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005), acabam por invadir a privacidade e a intimidade da pessoa, mas com a intenção de cuidar e crescer no cuidado (Boykin & Schoenhofer, 2013). Relembro, por exemplo a abordagem da PSC vítima de trauma, em que o corpo da pessoa deve ser exposto de forma a verificar a existência de lesões. Inclusivamente a abordagem ABCDE, anteriormente descrita e também utilizada em vítimas de trauma, faz referência inclusivamente a letra “E”, exposição com controlo de temperatura (INEM, 2012). Desta forma, tentei sempre fomentar o respeito pela intimidade e a privacidade das pessoas (Regulamento nº 140/2019, 2019) ao utilizar cortinas, ao cobrir as partes do corpo que não precisavam ficar expostas durante os procedimentos e solicitando, se de comum acordo, que familiares/visitas se retirassem ao realizar determinadas intervenções como por exemplo, realização de cateterismos, caracterizando essa tentativa de proteção como um gesto humanitário e de respeito pelos envolvidos (Pupulim & Sawada, 2002).

De referir também que durante todo o meu estágio procurei sempre obter o consentimento das pessoas antes de realizar qualquer intervenção, nomeadamente a cateterização vesical. Atualmente, a legislação sobre o consentimento livre e esclarecido é vasta, mas bastante explícita no que respeita às suas premissas. Segundo Sousa & Matos (2015), entende-se por consentimento livre e esclarecido,

⁸ ISBAR: Acrónimo para *Identify* (Identificação); *Situation* (Situação atual); *Background* (Antecedentes); *Assessment* (Avaliação) e *Recommendations* (Recomendações) (DGS, 2017).

uma decisão voluntária, realizada por uma pessoa autónoma e capaz, tomada após um processo informativo e deliberativo, visando a aceitação de um tratamento específico ou em experimentação, sabendo da natureza do mesmo, das suas consequências e dos seus riscos.

Assim, enquanto enfermeira a efetuar uma formação especializada foi meu dever assegurar que os direitos dos doentes não fossem esquecidos nem ignorados aquando da permanência destes numa organização de saúde, com o intuito de não lesar o direito à dignidade, liberdade, autonomia e autodeterminação da pessoa, relativamente aos cuidados de saúde ao qual vai ser submetido e assim caminhar em direção à excelência na prestação de cuidados de enfermagem. À luz do que foi referido anteriormente, cabe aos enfermeiros zelar pelos direitos dos doentes, sob pena de responsabilidade civil, penal e/ou disciplinar, pelo seu não cumprimento (Nunes, 2004).

Desta forma, por exemplo, quando as pessoas deram entrada no SU, depois de terem sido triados, estando sozinhas, sem acompanhamento, debilitadas ou com alterações do estado de consciência foram tomadas decisões fundamentadas tendo em consideração as responsabilidades social e ética (ESEL, 2019), havendo sempre o cuidado de colocar estas pessoas confortáveis (em cadeira de rodas ou em maca) e de as encaminhar para junto do setor atribuído enquanto aguardavam por observação médica e assim não ficarem “sozinhas” na sala de espera, mantendo observação pelos enfermeiros dos diferentes setores.

Apesar de não ter sido definido, numa fase inicial, a realização de triagem, tive a oportunidade de acompanhar o enfermeiro orientador neste setor, que me incentivou e permitiu a sua realização. O instrumento de triagem utilizado neste SU é o sistema de triagem de Manchester. Este encontra-se implementado em Portugal desde o ano 2000, enquanto instrumento de apoio à gestão de risco clínico em contexto de SU, permitindo identificar, perante sintomas, uma prioridade clínica⁹, com posterior alocação da pessoa doente na área de atendimento mais adequado (DGS, 2018).

Apesar de terem sido momentos que me provocaram alguma ansiedade, principalmente por desconhecimento dos discriminadores e porque sentia que durante a triagem, pela sua própria estrutura mais rígida e protocolada, era difícil estabelecer uma relação empática com as pessoas e seus familiares, também foram momentos

⁹ Prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo recomendado até à observação médica. Sistema de cores associada à prioridade clínica: “Emergente ou Vermelha”, “Muito Urgente ou Laranja”, “Urgente ou Amarela”, “Pouco Urgente ou Verde” e “Não Urgente ou Azul”.

de grande aprendizagem. Estas passaram essencialmente pelo desenvolvimento de técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família, uma vez que é necessário que a entrevista seja objetiva e clarifique rapidamente a situação de saúde da pessoa que recorre ao SU e defina a sua prioridade clínica. Assim, o enfermeiro deve estar atento e realizar uma observação minuciosa das manifestações dos doentes, reunindo informações variadas que permitam salvar a vida e melhorar a saúde e o conforto das pessoas (Nightingale, 1859; Nightingale, 2005) que recorrem ao SU.

Esta atenção e este cuidado foram observados durante os períodos de triagem realizados pelo enfermeiro orientador, em que o mesmo conseguiu ver o doente como um todo, estando atento não só ao que era dito verbalmente mas também a todas as outras manifestações não verbais, tendo a capacidade de estabelecer relações com um vasto número de elementos, agindo de forma esclarecida, subtil e adaptada a cada situação. Arrisco-me mesmo a dizer que o mesmo apresentou capacidade de inferência relatada por Hesbden (2000). Esta capacidade, de acordo com o mesmo autor, permite estabelecer relações entre diferentes elementos, quer sejam conhecimentos retirados de observações, dados científicos, teorias diversas ou modelos, quer sejam ensinamentos retirados de experiências profissionais pessoais anteriores e foi observada em diversos momentos de triagem realizados pelo enfermeiro orientador.

No que diz respeito à gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos pude colaborar com a equipa do SU sempre que houve necessidade de utilização dos mesmos. No SU os protocolos mais comuns dizem respeito a administração de terapêutica, e encontram-se num dossier a meio do serviço e também na *Intranet*, sendo de fácil acesso a todos os profissionais. Destaco o protocolo de administração de hemoderivados "Gricode". Este é um sistema de hemovigilância que oferece monitorização da pessoa doente, em tempo real, apoiando a segurança e fornecendo rastreabilidade e eficiência durante todo o processo de transfusão de sangue (Medical Expo, sd) e permite, também, a confirmação de dados através de código de barras, com obrigatoriedade de confirmação de dados na pulseira, pedido de sangue e saco da transfusão, podendo-se considerar modelar, da correta identificação, pois, elimina quase por completo o risco de erro (Grifolds, 2016).

De facto, nos serviços prestadores de cuidados de saúde, a identificação da pessoa, como prática segura, deve ser sempre confirmada através de dados

fidedignos, recorrendo a dois ou mais dados de identificação: o nome completo, a data de nascimento e o número único de processo clínico na instituição (Andaluzia, 2009). Ao contrário, o número do quarto ou da cama de um doente internado, ou do seu primeiro e último nome, não pode ser considerado um dado de identificação fidedigno (Andaluzia, 2009) pois pode levar à ocorrência de eventos adversos.

Desta forma, foi sempre tida em conta a correta identificação da pessoa através de pulseira do qual constava o nome completo, a idade, a data de nascimento, o número de processo clínico e o setor que lhe foi atribuído na triagem. Com o objetivo de evitar erros e atuar de forma segura, aquando a administração de terapêutica, por exemplo, além da mesma ser retirada (por um enfermeiro) de um local específico, com controlo informático através do programa PYXIS®¹⁰ também confirmei se a terapêutica correspondia à pessoa certa através do questionamento verbal e através da pulseira de identificação, antes da administração dos fármacos. Acredito que desta forma, cooperei na organização do trabalho de forma a reduzir a probabilidade de erro humano (Regulamento nº 140/2019, 2019) no que diz respeito à administração de terapêutica de forma segura.

O SU, não só pelas suas características físicas específicas, mas também pela complexidade das situações e dos cuidados que presta à população, a escassez de profissionais, a sobrelotação de pessoas doentes e a constante mobilidade dos mesmos, são fatores que podem ser responsáveis pelo não cumprimento ideal de medidas de prevenção e controlo de infeção, existindo, assim, um maior risco de transmissão IACS. Assim, durante a prestação de cuidados, tentei sempre promover momentos de partilha e discussão, não só sobre a evolução clínica dos doentes, mas também no que diz respeito à prevenção da IACS. O facto me encontrar ligada, no meu local de trabalho, ao Desafio Gulbenkian Stop Infeção Hospitalar!¹¹ e também pela revisão integrativa da literatura relacionada com a prevenção da ITU, acredito que me tenha dado experiência e conhecimento para discutir de forma assertiva e baseada em evidência no que à prevenção da infeção diz respeito, nomeadamente nas intervenções do enfermeiro que podem ser facilitadoras na prevenção da ITU.

¹⁰ Sistema automatizado PYXIS® MedStation de fornecimento e gestão de inventário de medicamentos na unidade.

¹¹ Projeto de melhoria contínua, tendo como objetivo reduzir em 50% a incidência de IACS (infeções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a cateter vascular central; infeções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a algaliação (bacteriemia secundária a algaliação); pneumonias associadas à intubação em UCI; infeções do local cirúrgico) em 12 Centros Candidatos (19 hospitais) pelo período de três anos (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015).

Lembro-me, especificamente, que na SR, inicialmente havia lacunas na utilização de aventais e/ou batas aquando a prestação de cuidados (por exemplo durante a admissão de uma pessoa doente). Este foi um aspeto que me deixou um pouco apreensiva, pelo que senti necessidade de discutir, com os enfermeiros orientadores, as precauções básicas de controlo de infeção (PBCI)¹². As PBCI aplicam-se a todos as pessoas internadas independentemente do tipo de infeção (potencial ou existente) (DGS, 2012), pois “não há doentes de risco, mas sim procedimentos de risco”. Por este motivo, a ênfase da discussão e reflexão foi colocada na adequação das precauções a adotar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes, de modo a garantir a segurança dos doentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os cuidados de saúde (DGS, 2012), algo que foi sendo transmitido dentro da equipa multidisciplinar em reuniões informais. Foi com agrado que, ao longo da minha permanência no SU, me fui apercebendo de pequenas mudanças de melhoria, e os profissionais foram adequando a utilização não só das luvas, mas dos aventais, ajustando as PBCI aos procedimentos realizados. Assim, ao refletir sobre o que fazemos, porque o devemos fazer e como o devemos fazer, ajudando a delinear estratégias que permitam tomar as melhores decisões no que diz respeito à prevenção das IACS, demonstrei conhecimentos específicos na área de higiene hospitalar que me permitiram ser referência para a equipa que cuida da PSC e sua família (Regulamento nº140/2018, 2018).

Apesar da prevenção da ITU ser uma grande preocupação manifestada pela maioria dos profissionais, foram observadas algumas lacunas na execução das práticas. De forma a ultrapassá-las, como estratégia, apoiada na RIL que fiz sobre a temática e de acordo com as *guidelines* do Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)/CDC (Gould *et al*, 2009), da Direção-Geral da Saúde (2015), e da Recomendação para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateterização vesical, do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (2016), optou-se por fazer um *briefing* com a equipa, na qual se incluiu o assistente operacional (AO), e

¹² Recomendações de boa prática que devem ser adotadas por todos os profissionais, na prestação de cuidados de saúde, devendo ser aplicadas a todos os doentes independentemente do seu diagnóstico ou estado infeccioso, cujo objetivo passa então por prevenir a transmissão cruzada de microrganismos de fontes de infeção conhecidas ou não e que incluem o sangue e outros fluidos orgânicos (excluindo o suor), pele não íntegra, mucosas, assim como qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação com as fontes referidas (DGS, 2012).

onde foram explicados os procedimentos/feixes e intervenção na inserção e manutenção de cateter vesical, bem como a sua remoção precoce.

Durante o estágio também se constatou que, no que diz respeito à colheita de urina realizada no SU, que a mesma não era realizada da forma mais adequada e que eram usados materiais de recolha que favoreciam o rápido crescimento de microrganismos desde a colheita até à sua análise. O Centro Hospitalar, também na procura de resolver esta questão, adquiriu novos materiais de colheita e, como qualquer material novo, o mesmo deve de ser apresentado à equipa multidisciplinar.

Desta forma, e em sentido de reflexão com o enfermeiro orientador, a Sra. Enf. Chefe, a enfermeira elo de ligação ao Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) bem como a enfermeira responsável pela formação em serviço, considerou-se pertinente a realização de um “Projeto de Intervenção em Serviço (PIS): Infeção Urinária no SU: Diagnóstico e Prevenção”, que pretendia evidenciar as melhores práticas de colheita e também apresentar os novos materiais a utilizar.

Pelo descrito, identificando oportunidade de melhoria para uma prática de cuidados segura (Regulamento nº 140/2019, 2019) e considerando que poderia ser um elemento ativo na transmissão deste conhecimento através da formação de profissionais que possam ter um papel preponderante nesta intervenção, fui dando a conhecer o PIS identificado anteriormente, aos enfermeiros do SU durante as transições de cuidados.

Importa referir uma situação particularmente gratificante no que a este assunto diz respeito. Era a Sra. D, de 87 anos, internada em maca por descompensação respiratória. Tinha como antecedente amputação abaixo do joelho do membro inferior esquerdo. Durante a noite, por não ter urinado e após confirmação da presença de globo vesical, foi realizado esvaziamento vesical com efeito. Durante a manhã a equipa médica reuniu com a equipa de enfermagem e foi discutida a necessidade de algaliação da Sra. D, que desde o esvaziamento não tinha voltado a urinar. Eu e a enfermeira responsável pela doente fomos falar com a Sra. D, e explicamos a necessidade de algaliação por episódios de retenção urinária recorrente, que a doente entendeu, mas referiu que provavelmente conseguiria urinar se se levantasse para ir à casa de banho. Demonstrando um raciocínio crítico fundamento face ao desafio apresentado (ESEL, 2019), esta situação foi novamente discutida entre a equipa de enfermagem e a equipa de AO, que decidiram realizar levante à Sra. D. para uma

cadeira sanitária, onde urinou de forma espontânea, evitando, provavelmente, uma algaliação desnecessária.

Em síntese, a minha intervenção neste estágio centrou-se, como já foi referido anteriormente, na prestação de cuidados de urgência e emergência à PSC, em todas as valências deste SU. Este percurso de formação, foi uma oportunidade privilegiada para o meu desenvolvimento profissional e também pessoal. A sua importância residiu, assim, nas oportunidades de aprendizagem proporcionadas pelo contato direto com equipas de saúde que prestam cuidados a pessoas que atravessam uma transição saúde-doença específica e que apresentam uma totalidade única à qual se deve dar atenção aquando da prestação de cuidados (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005). Assim, acredito ter desenvolvido competências de acordo com a minha área de especialização e fui ao encontro dos problemas identificados, desenvolvendo uma compreensão global dos mesmos, agindo e oferecendo recursos adequadamente (Benner, 2001), tendo atingido os objetivos a que me tinha posposto. Relativamente à sensibilização da equipa de enfermagem para a prevenção das IACS, nomeadamente a CAUTI na PSC, acredito que consegui detetar necessidades formativas e que a minha passagem no serviço possa ter contribuído para que no futuro os enfermeiros prestem cuidados à PSC submetida a cateterização vesical com uma atitude mais esclarecida fazendo uma leitura das circunstâncias particulares de cada situação de cuidados.

2.2 Estágio Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Este estágio decorreu na UCIP, de um Centro Hospitalar de referência na área da grande Lisboa, de 25 de novembro a 10 de janeiro, num total de cento e cinquenta horas, distribuídas por cinco semanas, em que realizei oito turnos de doze horas, sob a orientação de um enfermeiro mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente pessoa em situação crítica, com uma experiência profissional de cerca de quinze anos.

As UCI são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Ministério da Saúde - Direção de Serviços de planeamento, 2003, p.6). Assim, no que diz respeito, especificamente à UCIP, esta admite pessoas

provenientes do serviço de urgência, do bloco operatório após cirurgia programada ou de urgência, do recobro quando necessitam de maior vigilância ou estabilização do ponto de vista hemodinâmico ou de suporte ventilatório e também de doentes provenientes de outros serviços de internamento que necessitem de cuidados intensivos.

A maior parte das vezes estas pessoas encontram-se gravemente doentes pelo que a capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, é cada vez mais importante num mundo de crescente fragmentação e especialização de conhecimento; contudo, a abordagem da pessoa, numa UCI, deve assentar na visão da PSC como um todo não fragmentado (Serviço Nacional de Saúde, 2016).

Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua, como resposta às necessidades afetadas da pessoa que se encontra internada em UCI permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Sendo a minha experiência profissional desenvolvida numa UCI, e considerando-me como proficiente nesta área, procurei com este estágio aproximar-me do nível de competência de perito, ou seja, ser capaz de apresentar uma compreensão global da situação, oferecer recursos, fazer a diferença ao mobilizar e integrar não só os conhecimentos teóricos, mas ao tornar visíveis também os conhecimentos da minha prática (Benner, 2001).

Segundo Benner (2001, p. 50) «todas as enfermeiras que integram um novo serviço em que não conhecem os doentes podem encontrar-se a este nível [iniciado], se os objetivos e os aspetos inerentes aos cuidados não lhes forem familiares». Desta forma, apesar de não ser uma área do cuidar nova para mim, e, como já referi, tendo experiência em cuidados intensivos, ali apresentei-me como iniciada (Benner, 2001) pelo que o período inicial na UCIP se pautou essencialmente pela observação e discussão das práticas de cuidados ali implementadas de forma a conseguir integrar-me na equipa multidisciplinar e também conhecer a estrutura física do serviço, fazendo ao mesmo tempo um reconhecimento dos locais onde se encontravam os materiais/medicação/equipamento. Aproveitei também para consultar os protocolos e as normas implementadas na unidade. Também, tive a oportunidade de me reunir com o enfermeiro orientador e a enfermeira chefe para discutirmos os objetivos definidos para este estágio e a sua exequibilidade visando o meu desenvolvimento de competências de enfermeira mestre e especialista na vertente PSC.

Uma enfermeira que trabalhe em cuidados intensivos é desafiada a ser tecnologicamente capaz, mas ao mesmo tempo deve responder autenticamente, intensamente e com intencionalidade às solicitações de enfermagem. Esta intencionalidade é demonstrada quando o enfermeiro consegue dar resposta às exigências tecnológicas, mas aceita e reconhece a pessoa que vive o cuidado, como pessoa. Ou seja, o enfermeiro utiliza a tecnologia existente na UCI para conhecer a pessoa como alguém que está a viver a crescer no cuidado com bem-estar (Locsin, 1998; Boykin & Schoenhofer, 2013).

Durante o meu percurso de desenvolvimento na UCIP tive a oportunidade de cuidar de diferentes pessoas, com diferentes patologias, em diferentes contextos de vida, colaborando e favorecendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e na criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019, 2019). No meio clínico, a enfermeira é confrontada com situações de cuidados complexos e ambíguos, decidindo muitas vezes em benefício de uma necessidade de um doente em detrimento de outra, pois, a sua experiência permite-lhe ultrapassar as incertezas e justificar o que faz em *prol* do bem-estar da pessoa (Boykin & Schoenhofer, 2013; Nightingale, 1859; Benner, 2001). Entende-se, portanto, que é na situação de enfermagem que o enfermeiro se apresenta como pessoa cuidadora e é na situação de enfermagem que o enfermeiro passa a conhecer o outro como pessoa cuidadora, expressando modos únicos de viver e crescer no cuidado (Boykin & Schoenhofer, 2013).

Relembro um doente por quem o enfermeiro orientador ficou responsável no meu primeiro dia, tendo a possibilidade de colaborar nos cuidados. Tratava-se do Sr. M, com cerca de 80 anos que tinha dado entrada no serviço por um quadro de insuficiência respiratória com necessidade de suporte ventilatório invasivo. O Sr. M estava consciente, calmo, e colaborante nos cuidados apesar de ainda se encontrar entubado orotraquealmente (EOT). Esta situação provocava-lhe desconforto e tristeza pois não conseguia comunicar verbalmente com os profissionais de saúde e familiares. Para responder às solicitações de cuidados e ajudar esta pessoa e minimizar esta dificuldade tentei criar respostas de cuidado que nutrissem a *personhood*¹³ (Boykin & Schoenhofer, 2013) através de estratégias de comunicação adequadas. As estratégias de baixa tecnologia incluem basicamente duas

¹³ A personalidade (*personhood*) é uma forma de vida baseada no cuidado que é reforçada através da participação em relações estimulantes e promotoras do desenvolvimento com os outros que cuidam (Boykin, & Schoenhofer, 2013).

ferramentas: caneta e papel (para pessoas com cognição preservada e habilidades motoras finas preservadas) e placas com ícones ou imagens representativas das necessidades básicas e também com o alfabeto que possibilitem a junção de palavras (para pessoas que apresentem habilidades motoras preservadas, mas que sejam incapazes de escrever) (Modrykamien, 2019). Todavia, nesta situação o Sr. M foi sempre capaz de comunicar com acenos de cabeça e expressão labial perceptível pelo que tentei adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde do Sr. M (Regulamento nº 429/2018, 2018), intervindo, essencialmente, na promoção de um ambiente calmo que facilitasse a comunicação, pela fala pausada, num tom ajustado à situação, pela disponibilidade para “ouvir” e pela explicação de todos os procedimentos a serem executados, demonstrando criatividade na interpretação e resolução de problemas (ESEL, 2019).

Com estas intervenções acredito ter comunicado de forma eficaz, considerando a minha área de competência (ESEL, 2019), demonstrando conhecimento em estratégias facilitadoras da comunicação e adaptando-a à situação complexa em que o doente se encontrava. Acredito ter sido capaz de gerir a comunicação interpessoal que fundamentou a relação terapêutica com a pessoa face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (Regulamento nº 429/2018, 2018), pois, ao conseguir comunicar e relacionar-se com ele, identificando algumas das suas necessidades, favoreci a comunicação expressiva do Sr. M e a necessidade de ser ouvido, de ter controlo sobre os cuidados e de ser envolvido nas tomadas de decisão relativas à sua saúde, contribuindo para a sua motivação e recuperação, minimizando o impacto negativo da EOT e do ambiente da UCI.

No que respeita à prestação de cuidados à pessoa sob ventilação mecânica invasiva (VMI), não senti dificuldades e rapidamente consegui colaborar quase de forma independente nos cuidados, desde a manutenção da permeabilidade da via aérea, do correto posicionamento e fixação do tubo orotraqueal (TOT), à vigilância de parâmetros respiratórios e à avaliação da adaptação da pessoa à prótese ventilatória, salvaguardando o cumprimento de procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção (Regulamento nº429/2018, 2018), nomeadamente as intervenções relativas à prevenção da pneumonia associada à ventilação (PAV).

A PAV é uma infeção relacionada com os cuidados de saúde evidenciada após 48 horas do início da VMI até a sua suspensão, associada a critérios clínicos, radiológicos e laboratoriais acarreta aumento da mortalidade, dias de permanência na UCI e aumento dos custos hospitalares relacionados à sua ocorrência (Alecrim *et al*,

2019; CDC, 2020). Contudo, tal como acontece com outros tipos de infeção associado aos cuidados de saúde, podem ser evitadas através de prevenção e controlo efetivo.

Em Portugal, a DGS (2015), sob orientações baseadas em evidência, recomenda a implementação de um feixe de intervenções¹⁴ que foram cumpridos, mas também foi possível constatar que existia um protocolo próprio do serviço, nomeadamente no uso do elixir bucal. Este facto foi discutido com alguns elementos da equipa e a justificação surgiu pela possibilidade de irritação da mucosa oral ou traqueal com o uso da cloro-hexidina e até mesmo o aumento de PAV. Desta forma, e na procura de selecionar fontes de informação que se considerassem relevantes para a apreciação e tomada de decisão (ESEL, 2019), fiz uma breve pesquisa bibliográfica, tendo verificado que, num estudo publicado na Cochrane Library, Hua *et al* (2016) continuam a defender que a higiene oral com cloro-hexidina na forma de solução bucal ou gel está associada a 40% de redução da probabilidade de doentes adultos internados em UCI desenvolverem PAV, não havendo evidência suficiente para concluir que o uso de escovas elétricas ou outras soluções de higiene oral sejam efetivas na redução deste tipo de infeção, algo que foi partilhado com a equipa de enfermagem.

No que diz respeito ainda à VMI, foi com surpresa que aprendi sobre a ventilação com mistura de hélio e oxigénio (Heliox). Na UCI onde trabalho, não realizamos este tipo de ventilação e apesar de não ter tido a oportunidade de cuidar de nenhuma pessoa sobre esta modalidade o enfermeiro orientador e os restantes colegas mostraram-se disponíveis para me explicar uma prática que me era desconhecida.

Foi possível aprender através da experiência dos enfermeiros da UCIP e também através de uma pequena revisão da literatura que o heliox é uma mistura gasosa de baixa densidade de hélio e oxigênio comumente usada em mergulhos profundos e também para fins clínicos, particularmente em ambientes de cuidados intensivos e tem sido utilizado no tratamento de vários problemas respiratórios, nomeadamente doenças obstrutivas, como exacerbações de asma e bronquite crônica, associadas ao aumento da resistência expiratória (Carvalho, Querido, Silvestre & Póvoas, 2016; Hashemiane & Fallahian, 2014). No entanto esta é uma técnica que, apesar dos

¹⁴ Rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento; discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação; manter a cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$, evitar momentos de posição supina; realizar higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes, com idade superior a 2 meses, que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas; manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes; manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O (DGS, 2015).

resultados encorajadores, não é uma prática rotineira devido a implicações técnicas e altos custos (Valli *et al*, 2007). Na UCIP este tipo de ventilação é utilizado maioritariamente em doentes com doença obstrutiva grave, como por exemplo em casos de asma grave.

No que diz respeito à extubação e desmame do ventilador, também foi possível sedimentar alguns conhecimentos sobre os diversos fatores que devem ser tidos em consideração, nomeadamente, nível de consciência da pessoa, a adaptação à respiração espontânea e os sinais de cansaço muitas vezes traduzido por instabilidade hemodinâmica, antecipando, desta forma, focos de possível instabilidade (ESEL, 2019; Regulamento nº 429/2018, 2018). Apesar de não ter colaborado diretamente na extubação de um doente na UCIP considero que não só é necessário estar desperta aos fatores descritos em cima, mas também que o enfermeiro seja capaz de estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa, demonstrando conhecimentos sobre a gestão de ansiedade (Regulamento nº 429/2018, 2018), tantas vezes presente neste tipo de situação de cuidados. Assim, acredito que o enfermeiro deve entrar intencionalmente na situação com o objetivo de conhecer o outro (Boykin & Schoenhofer, 2013), transmitindo apoio, segurança e incentivo, mantendo serenidade e explicando todos os procedimentos à pessoa, utilizando linguagem acessível e fazendo questões de resposta simples (sim/não), e desta forma, tranquilizar o doente e obter uma melhor colaboração de forma a facilitar o processo de remoção do TOT.

Também durante a permanência na UCIP, foi possível cuidar de pessoas submetidas a terapia inalatória e VMI. A primeira vez que me aproximei para administrar a terapêutica inalatória, pude constatar que a câmara expansora, no circuito ventilador-doente, se encontrava colocada no ramo inspiratório do circuito, algo diferente do realizado na unidade onde trabalho, onde a mesma é colocada depois do Y do circuito do ventilador e do filtro humidificador, mais perto do TOT. Esta situação foi discutida com o enfermeiro orientador que de uma maneira geral explicou a importância da colocação correta de todos os itens necessários à terapia inalatória em pessoas submetidas a VMI, mas senti necessidade de aprofundar conhecimentos e refletir sobre esta temática na forma de um JA.

Acredito que antes daquela reflexão já detinha alguns conhecimentos de carácter teórico, de âmbito geral, sobre a terapêutica inalatória, no entanto estes conhecimentos estavam pouco sólidos, nomeadamente no que concerne ao seu carácter mais prático, como por exemplo a colocação da câmara

expansora/nebulizador no circuito ventilador-doente, ajustes de parâmetros ventilatórios, os próprios tipos de nebulizadores e geradores de partículas. Assim, a realização do JA possibilitou-me não só, refletir sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações (ESEL, 2019) mas também aprofundar conhecimentos sobre uma temática que não estava completamente esclarecida na minha prática de cuidados.

A partilha de conhecimentos e contato com outras realidades permitiram identificar uma lacuna na minha prática que poderá agora ser corrigida, baseando a praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019), melhorando grandemente os meus conhecimentos e habilidades que permitirão dar resposta em tempo útil e de forma holística à pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Este foi um assunto que também partilhei e discuti com a equipa de enfermagem da UCI onde trabalho, tendo sido um tema de extrema importância para todos.

Durante o internamento na UCIP, as pessoas permanecem a maior parte do tempo no leito, por condicionalismos inerentes à sua situação clínica. As alterações da mobilidade são visíveis e identificadas pela equipa multidisciplinar e foi com agrado que constatei a existência de um “protocolo de mobilização precoce”, com o objetivo de reduzir os efeitos adversos da imobilidade e também evitar o aparecimento de delírio (Kress & Hall, 2014). Este protocolo faz parte integrante da *bundle* ABCDE, mais recentemente, denominada ABCDEF¹⁵. Esta *bundle* pretende ser um guia baseado em evidências para os profissionais de saúde abordarem as mudanças organizacionais necessárias para otimizar a recuperação e os *outcomes* das pessoas internadas nas UCI.

Este protocolo terapêutico complexo engloba não só os enfermeiros, mas todos os outros profissionais que estão em contato direto e permanente com os beneficiários dos cuidados e suas famílias. Todas estas pessoas envolvidas neste processo devem prestar cuidados às pessoas, ajudarem-nas e contribuir para o seu bem-estar utilizando as competências e as características próprias do exercício da sua profissão (Hesbeen, 2000), lembrando desta forma a dança dos cuidadores, em que cada pessoa é vista como especial e atenciosa e cada uma, à sua maneira, é

¹⁵ O ABCDEF inclui: A - Avaliar, prevenir e controlar a dor; B - Protocolos de despertar espontâneo e de respiração espontânea; C - Escolha de analgesia e sedação; D - Delírio: avaliar, prevenir e tratar; E - Mobilidade precoce e exercício e F - Envolvimento da Família (Marra *et al*, 2017).

essencial para contribuir para o processo de viver fundamentado no cuidado (Boykin & Schoenhofer, 2013).

Foi com agrado que tive a possibilidade de participar neste processo em conjunto com o enfermeiro orientador, colaborando (dentro da equipa multidisciplinar) na otimização do tipo e quantidade de sedação e analgesia de modo a possibilitar que a pessoa doente acorde diariamente com segurança (prova de despertar espontâneo), na avaliação da capacidade de respirar sem suporte do ventilador (prova de respiração espontânea); na monitorização da existência de delírio utilizando uma ferramenta validada, o CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the ICU), que permite avaliar as quatro características principais do delírio: nível de consciência, flutuação do estado mental, inatenção e pensamento desorganizado; promoção da mobilização precoce e progressiva do doente crítico, incorporando todos os níveis de reabilitação desde a mobilização passiva até ao levantar e treino de marcha (colaborando aqui em estreita relação com os fisioterapeutas).

A dor na PSC não é considerada uma prioridade quando comparada com outros sinais vitais, no entanto a sua gestão e controlo é um direito da pessoa doente, um dever profissional e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2013; Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2016) e deve, desta forma, fazer parte integrante dos cuidados, quer na sua avaliação quer no seu registo. A dor é comum nas PSC internadas em UCI, no entanto os profissionais de saúde frequentemente subestimam a dor e vulnerabilidade destas pessoas, muitas vezes submetidas a procedimentos dolorosos durante a sua permanência na unidade (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2016). No entanto, encontrei, na UCIP, uma grande preocupação com a prevenção da dor e praticamente todos os doentes internados tinham analgesia em esquema na sua terapêutica e, tal como outros parâmetros, a avaliação da dor era regular e sistematizada. Nos doentes que não conseguem comunicar a dor, deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2016) e na UCIP é utilizada a Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID) que inclui 5 itens comportamentais (musculatura facial, tranquilidade, tónus muscular, adaptação ventilatória, conforto).

Relembro uma situação em que o Sr. N se encontrava sedoanalgesiado mas desadaptado do ventilador, taquicardíaco e hipertenso e com fácies de desconforto. Foi aplicada a escala de avaliação da dor, ESCID, com score 5 (considerava nesta

escala, dor moderada). Inicialmente o doente que se encontrava com RASS -2¹⁶, foi-lhe questionado se estava desconfortável com o posicionamento, se tinha qualquer outro desconforto ou se tinha dor. O Sr. N acenou com a cabeça, respondendo positivamente à pergunta da dor, apontando para região dorsal. Podendo a dor ser decorrente no posicionamento no leito, foi promovido novo posicionamento. O Sr. N respondeu com aceno de cabeça que estava melhor, mas que ainda tinha dor. Assim, foi comunicado ao médico e gerida a analgesia contínua que tinha em curso. Posteriormente, o doente ficou mais calmo, com ESCID de score 0, considerando desta forma que fui capaz de identificar evidências fisiológicas de mal-estar, demonstrei conhecimentos e habilidades sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor bem como na gestão de analgesia (Regulamento nº 429/2018, 2018), tendo sempre em conta a avaliação das medidas aplicadas através da reavaliação da escala de dor.

Em relação à utilização de técnicas dialíticas para o tratamento da insuficiência renal aguda (IRA), esta tem de ter em consideração o estado hemodinâmico dos doentes. O melhor método dialítico apropriado para os doentes hemodinamicamente instáveis é, de acordo com Marcelino *et al* (2006), ainda bastante controverso; todavia, as técnicas de substituição renal contínuas (TSRC) são as mais frequentemente utilizadas em ambiente de cuidados intensivos, em especial quando coexiste algum tipo de suporte circulatório com suporte aminérgico, pelo que não foi surpresa observar doentes na UCIP sobre este procedimento. Durante o estágio tive a possibilidade de executar procedimentos técnicos de alta complexidade (Regulamento nº 429/2018, 2018) a uma pessoa submetida a TSRC e não senti dificuldades na sua execução. O difícil foi adaptar-me a um monitor diferente daquele a que estava habituada a utilizar. Apesar de existirem diferentes monitores, interessa saber o princípio subjacente à técnica e ser capaz de intervir na existência de possíveis complicações. Desta forma, na monitorização da técnica, estive atenta ao balanço hídrico, às complicações possíveis decorrentes da técnica, ao funcionamento do sistema, à temperatura do doente, aos alarmes e aos registos.

No que diz respeito a cuidar da PSC numa situação de emergência, relembro o Sr. J, vítima de paragem cardíaca. O Sr. J encontrava-se conectado a prótese ventilatória, mas por aparente esforço respiratório e desadaptação ao ventilador, na tentativa de melhorar a sua adaptação, foi iniciada sedoanalgesia e administrado bólus

¹⁶ Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos.

de curarizante. Naquela altura evoluiu para paragem cardíaca em atividade elétrica sem pulso (AESP), tendo sido realizados dois ciclos de suporte avançado de vida (SAV) com administração de 1mg de adrenalina, sempre em AESP, com recuperação da circulação espontânea em taquicardia sinusal ao fim de 4 minutos.

Adequando a resposta face à dinâmica da emergência e atribuindo-me um papel dentro da equipa de reanimação (Regulamento nº 429/2018, 2018), questionei a equipa se poderia assumir as compressões torácicas, pois poderia não reconhecer, no carro de urgência ou no restante serviço, a medicação ou os materiais necessários para a reanimação. Apesar de existir uma norma da Direção-geral da Saúde (DGS) sobre a organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde, cujo objetivo é uniformizar o conteúdo e a disposição do material (DGS, 2011), e apesar de me apoiar nas orientações do Conselho Português de Reanimação, considerei mais seguro, reconhecendo as minhas capacidades e limitações (ESEL, 2019), colaborar apenas nas compressões torácicas.

Durante a permanência na UCIP tive a oportunidade de receber doentes vindos do BO e do serviço de urgência central. Antes da admissão, em conjunto com o enfermeiro orientador, procedi à verificação e preparação da unidade de acordo com o protocolado e com base nas necessidades da pessoa em termos de cuidados (informação médica e/ou de enfermagem).

Relembro duas situações de admissão: a primeira diz respeito à Sra. B, admitida por insuficiência cardíaca. À chegada da unidade, a Sra. B encontrava-se consciente, pelo que me apresentei à doente assim como a restante equipa, fomentando uma relação empática e assertiva para com a pessoa, visando que esta expressasse as suas dúvidas e/ou receios face à situação vivenciada, com vista à minimização ou resolução dos problemas detetados; a segunda situação diz respeito ao Sr. P, admitido no pós-operatório imediato de lavagem e desbridamento do fémur à direita. O Sr. P vinha sedoanalgesiado e conectado a prótese ventilatória. Nesta situação, são necessários 2 enfermeiros e um médico, que devem trabalhar em equipa e em que as tarefas são realizadas em simultâneo, mas de forma sequencial atendendo ao ABCDE¹⁷ e à gestão de prioridades, sendo o trabalho em equipa fundamental e imprescindível. De uma maneira geral considero ter colaborado, sem grandes dificuldades na admissão das pessoas na UCIP.

¹⁷ Esta nomenclatura é reconhecida internacionalmente para a abordagem primária como critérios de prioridade na emergência médica significando: A – Via aérea, B – Ventilação, C – Circulação, D – Disfunção Neurológica e E – Exposição.

Quando as pessoas são admitidas na UCIP não vêm sozinhas (...) trazem toda a beleza da pessoa como pessoa (Boykin & Schoenhofer, 2013) e trazem também a sua família preocupada, pelo que o internamento numa UCI não afeta apenas a pessoa, mas também toda a família que experiencia a doença daquela pessoa. Esta transição situacional exige uma definição e redefinição dos papéis envolvidos nas interações sendo que o enfermeiro se assume como um elemento chave neste processo devendo apreciar a pessoa em situação de doença crítica na sua totalidade bem como a sua família, cuidando-a na transição experienciada para que a mesma seja saudável (Meleis, 2010; ESEL, 2019).

A apresentação do enfermeiro enquanto elo entre a instituição e a pessoa e família, e a oferta da disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, a resposta a questões, está constantemente presente, na filosofia da prestação de cuidados da equipa de enfermagem da UCIP. O facto de os profissionais demonstrarem disponibilidade, iniciativa e preocupação em responder às suas necessidades de informação e também a forma como a informação foi transmitida (adequação das palavras e do tom de voz, por exemplo) facilitam a experiência vivida dos familiares, concedo-lhes algum bem-estar (Mendes, 2016).

Assim, sempre que possível, observei e colaborei no apoio e esclarecimento dado à família, não só na admissão à unidade, mas também nos restantes períodos de visita. Furneci, com supervisão, as informações necessárias tendo em conta o nível sociocultural e o estado emocional, bem como a gravidade da situação do doente, com o intuito de esclarecer e acalmar os familiares. No que diz respeito especificamente à primeira visita familiar, uma vez que o primeiro impacto pode ser assustador, considerei importante, depois de explicar o que iria ver, acompanhar os familiares nos primeiros minutos e estar próximo caso necessitassem ou surgissem dúvidas sobre algum assunto. Acredito que com estas ações tenha sido capaz de agilizar e utilizar de forma adequada as habilidades na relação de ajuda para com os familiares (Regulamento nº 429/2018, 2018) e desta forma contribuir para processos de transição mais saudáveis.

No que diz respeito ao horário das visitas na UCIP, o mesmo ainda é pouco aberto, tendo apenas dois períodos (das 14:30 às 15:00 e 18:30-19:30), podendo entrar duas pessoas de cada vez. Todavia, existe flexibilidade, podendo ser praticados outros horários, consoantes as situações de cuidado. Ning & Cope (2019), defendem que a visita na UCI, em horário aberto relata benefícios para a pessoa internada, nomeadamente na frequência e duração diminuída de delírio, na melhoria da

satisfação da pessoa e da própria família e redução da ansiedade e depressão dos membros da família. “Being close¹⁸” (Bing & Cope, 2019, p.1) é uma das necessidades mais básicas e importantes dos familiares das PSC, pelo que seria importante a existência de visita em horário aberto que promovesse uma maior oportunidade para os familiares estarem ao lado da pessoa. Sendo esta uma prática diária na UCI onde trabalho, posso afirmar que consigo colocar-me mais vezes no lugar do outro, questionando as pessoas se desejam a presença do seu familiar e os familiares sobre a vontade ou não de participar nos cuidados. A minha experiência, ao ouvir a vontade do outro, tem sido muito positiva, favorecendo um certo grau de envolvimento com os doentes e famílias, algo necessário para atingir o nível de perícia (Benner, 2001).

Durante a realização do estágio desenvolvi o processo de enfermagem de forma a contribuir para a qualidade dos cuidados prestados. Este é um método amplamente aceite e tem sido sugerido como “um método científico para orientar e qualificar a assistência de enfermagem” (Pokorski *et al*, 2009, p.2), realizado por meio de cinco etapas interligadas: avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e evolução (Pokorski *et al*, 2009).

Assim, sempre que possível, realizei a avaliação inicial, planifiquei os cuidados de acordo com os diagnósticos de enfermagem, tracei as intervenções de enfermagem de modo a dar resposta aos problemas inicialmente identificados, tracei metas com resultados válidos, avaliei a eficácia das intervenções e reformulei as mesmas sempre que a situação assim o justificou.

A implementação desta metodologia de trabalho permite, não só uma gestão mais adequada das prioridades, mas também esquematizar as intervenções de enfermagem que permitem uma assistência adequada à pessoa doente de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento e recuperação (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Assim, na procura de apreender uma situação específica de cuidados e colocá-la em prática, foi realizado um EC cuja finalidade passou por analisar uma situação real de cuidados ao Sr. J, internado na UCIP com o diagnóstico médico de malária grave.

Acredito que realizar o EC e implementar o processo de enfermagem individualizado, através de uma perspetiva holística do doente, determinante para a prestação de cuidados de enfermagem através de ações autónomas e

¹⁸ “Estar Perto”.

interdependentes, me permitiu aperfeiçoar competências na definição de uma metodologia de trabalho eficaz ao elaborar diagnósticos de enfermagem face aos problemas identificados; na identificação das intervenções de enfermagem que respondam aos diagnósticos e resultados esperados para a pessoa; antecipação de focos de instabilidade e execução das intervenções de enfermagem planeadas, de modo correto e adequado, e, desta forma, otimizando os cuidados prestados à PSC na sua totalidade e família na qual se insere, (ESEL, 2019).

Tive ainda a possibilidade de realizar registos dos cuidados de enfermagem programados e implementados, manifestando sempre iniciativa e interesse em aprender sobre um sistema de registo desconhecido para mim. Estes são realizados em suporte informático, no aplicativo SClínico^{®19}, com padronização da linguagem CIPE^{®20} onde se planifica todo o processo científico de enfermagem de uma forma clara, precisa, concisa e objetiva (Rodrigues & Cordeiro, 2007).

Como era um sistema de registo diferente daquele que eu estava habituada, os primeiros dias foram de observação, exploração e adaptação, sendo que no final do estágio já era capaz de realizar os registos de forma quase autónoma, traduzindo por escrito um pensamento estruturado de enfermagem (ESEL, 2019). Estas dificuldades foram sendo cada vez menores com a ajuda do enfermeiro orientador e também devido ao facto de haver diagnósticos para a PSC pré-definidas, por serem transversais em situações de doença crítica.

Da mesma forma, existem múltiplas escalas aplicáveis, de acordo com a situação clínica da pessoa, cujos horários estão pré-definidos, podendo ser ajustados dependendo da necessidade de proceder à avaliação. Destacam-se a Escala de Coma de Glasgow, a Escala Numérica da Dor, a ESCID, a Escala de Risco de Queda de Morse e a Escala de Braden, como as mais utilizadas no serviço, embora outras possam ser seleccionadas. Também se avalia e regista o nível de sedação e agitação, utilizado a Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS).

No sentido de otimizar os recursos financeiros e alocar adequadamente os recursos humanos em UCI, priorizando a qualidade e a segurança dos cuidados (Altafin *et al*, 2014), também se podem encontrar no sistema as escalas Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28) e o Nursing Activities Score (NAS), que

¹⁹ O SClínico[®] é o sistema informático desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) para as instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e tem como objetivo principal a uniformização do registo clínico eletrónico, de forma a normalizar a informação clínica recolhida nas várias instituições de saúde (SPMS, 2015).

²⁰ Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

permitem a avaliação da carga de trabalho de Enfermagem. A sua execução é diária, realizada habitualmente às 00h, com base nos cuidados efetuados nas últimas 24 horas.

Durante o estágio participei ativamente na transição de cuidados de saúde, realizadas junto ao leito do doente. Estes momentos têm como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade de cuidados (Ordem dos Enfermeiros 2001; DGS, 2017). Acredito e, de acordo com Ferreira, Luzio & Santos (2010), que o principal objetivo da prática de passar o turno junto da pessoa, é envolvê-la no seu processo de cuidados, mas devido, sobretudo, ao carácter delicado e pessoal das informações transmitidas, muito se tem discutido sobre este assunto.

Em 2001, a Ordem dos Enfermeiros realizou um parecer sobre esta questão no sentido de clarificar se esta prática colocava ou não em causa os direitos das pessoas internadas. Deste parecer resultou que a transição de cuidados de saúde durante as mudanças de turno pode ser realizada num ou em vários espaços, de acordo com as características de cada contexto de trabalho, sendo que a informação transmitida na presença da pessoa doente poderá ser complementada em espaço de trabalho específico dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2001), salvaguardando sempre os direitos das pessoas, nomeadamente, no que respeita à privacidade e confidencialidade e garantindo a possibilidade de utilização do “privilégio terapêutico²¹” (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Assim, no decurso da transição de cuidados junto da pessoa, aprendi a partilhar apenas a informação pertinente envolvida no plano terapêutico, considerando sempre o melhor interesse, bem-estar, segurança e direitos das pessoas que tinha à minha responsabilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Procurei, também, produzir um discurso pessoal e fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que me deparei, trabalhando de forma adequada na equipa multidisciplinar, procurado integrar a equipa e colaborando, com responsabilidade própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a recuperação, promovendo a qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A segurança das pessoas que recorrem a instituições hospitalares tem sido considerada uma prioridade para a qualidade dos cuidados em saúde no mundo

²¹ Possibilidade de “omitir informação se entender que a mesma se revela prejudicial ao seu estado de saúde ou restabelecimento” (art.º 157º do Código Penal).

inteiro. Considerando que a pessoa está continuamente exposta a riscos, eventos adversos e danos, as IACS ganham especial importância, quer seja pela sua incidência, quer pelos danos que podem provocar na pessoa doente.

Assim, na procura de um ambiente seguro, procurei cumprir as PBCI, que englobam dez itens todos eles de igual importância. Como já foi referido anteriormente, estas são recomendações de boa prática que devem ser adotadas por todos os profissionais, na prestação de cuidados de saúde, devendo ser aplicadas a todos os doentes independentemente do seu diagnóstico ou estado infeccioso, cujo objetivo passa então por prevenir a transmissão cruzada de microrganismos de fontes de infeção conhecidas ou não e que incluem o sangue e outros fluidos orgânicos (excluindo o suor), pele não íntegra, mucosas, assim como qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação com as fontes referidas (DGS, 2012).

Relembro a Sra. H, em isolamento de contato por se encontrar neutropénica em contexto de doença hematológica sob quimioterapia. A neutropenia pode ser definida como uma contagem de neutrófilos maduros inferior a $1500/\text{mm}^3$, pode ser considerado o primeiro sinal de toxicidade hematológica e tem “inerente um risco crescente para infeções exógenas e endógenas” (Ferreira & Gomes, 2017, p.25). Deste modo, uma vez que o doente neutropénico está mais predisposto a adquirir infeções bacterianas e fúngicas e que o risco de infeção é tanto maior quanto menos for a contagem de neutrófilos, compreende-se a importância de medidas de controlo de infeção nestas situações (Ferreira & Gomes, 2017). Uma forma de controlo da infeção em doentes neutropénicos passa, em primeira instância pela higienização das mãos dos profissionais de saúde, sendo o isolamento físico uma medida complementar. As condições ideais para o isolamento pressupõem a colocação da pessoa num quarto individual com pressão positiva e material clínico individualizado (Ferreira & Gomes, 2017). No entanto, na UCIP não existem quartos deste tipo pelo que a Sra. H foi acomodada num quarto de duas camas (tendo uma ficado temporariamente encerrada para promover o isolamento). Outra medida adotada neste caso foi a colocação de sinalética de isolamento com as indicações dos equipamentos de proteção individual a serem utilizados e a importância da lavagem das mãos). Assim, além de ter promovido, em conjunto com outros elementos da equipa, condições adequadas ao doente neutropénico em isolamento, também foi fundamental realizar ensinamentos aos familiares/pessoas sobre a situação clínica, dos

riscos e vulnerabilidade da Sra. H, bem como das precauções básicas a adotar nesta situação.

Uma situação também bastante importante nestes casos é a realização de higiene oral e prevenção de mucosites. Este foi um aspeto para o qual não estava desperta, todavia na UCIP existe uma prática de cuidado bastante criteriosa no que a esta temática diz respeito. A mucosite é uma reação tóxica inflamatória, muitas vezes associada a dor intensa e perdas na alimentação e comunicação verbal, que afeta a mucosa do trato gastrointestinal, muitas vezes associada a tratamentos de radioterapia e/ou quimioterapia e em pacientes submetidos a transplante de medula óssea (Araújo *et al*, 2015). Assim, foi possível, em conjunto com o enfermeiro orientador proceder à inspeção da cavidade oral de forma a avaliar o grau de mucosite da Sra. H. e assim conseguir dimensionar o défice de autocuidado e planear intervenções direcionadas, como o incentivo à escovagem dos dentes com pasta dentífrica após as refeições, orientar o uso de antissépticos orais específicos e também de protetores de mucosa como o Caphosol® e a Nistatina com Bicarbonato (estes prescritos em folha de terapêutica).

Dentro das IACS, a CAUTI, ocorre em número elevado nas pessoas internadas em UCI e causa inúmeros prejuízos, como prolongar os internamentos e aumentar os custos do tratamento. Compreende-se que a pessoa internada em UCI apresente como fatores de risco adicionais para o desenvolvimento de CAUTI: a gravidade da doença diagnosticada à entrada na UCI; maior tempo de cateterização e maior tempo de permanência na UCI; uso prévio de antibióticos; pessoas de maior idade; cuidados com o cateter urinário; alterações da imunidade (López & Córtes, 2012) pelo que a sua vigilância assume um papel importante na prática de cuidados do enfermeiro.

Durante as primeiras quatro semanas de estágio na UCI foi possível constatar que todas as PSC internadas estavam algaliadas. Este facto pode ser compreendido uma vez que a monitorização de débito urinário na PSC é uma das indicações para a algaliação (Gould *et al*, 2009). Durante o meu percurso foi possível observar algumas intervenções de enfermagem relacionadas com a manutenção do cateter vesical que poderiam ser melhoradas e, desta forma, diminuir o risco CAUTI, nomeadamente: higienização inadequada das mãos antes de manipulação do sistema de drenagem (mas adequada após manipulação); sistema de drenagem fixo na cama imediatamente a baixo da região pélvica; não fixação do cateter vesical (apenas “fixo” com fralda); incumprimento da técnica assética aquando a troca do sistema de drenagem. No que diz respeito aos despejos dos sacos de drenagem, foi observado

que a utilização de EPI's se encontrava maioritariamente incompleto (apenas luvas) e a utilização de sistema de drenagem em saco e não em recipiente aberto e individualizado.

Ao ter observado informalmente estes aspetos e ter refletido sobre eles consegui identificar oportunidades e prioridades de melhoria (Regulamento nº 140/2019, 2019) tendo-as discutido com a enfermeira responsável pela UCIP e com o enfermeiro orientador, que consideraram pertinente a realização de um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa submetida a cateterização vesical. O objetivo do projeto passou pela elaboração e implementação de um protocolo de prevenção da CAUTI, na UCIP, tendo por base as recomendações baseadas em evidência emanadas pelo CDC, da DGS, bem como pelas recomendações do GCL-PPCIRA do referido hospital, no que diz respeito à CAUTI.

Da realização do projeto surgiu a criação de grelhas de observação/auditoria e criação de registo informático do Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical (norma número 019/2015 da DGS), sobre a forma de "Otimizar cateter vesical", anteriormente sem cuidados associados, na plataforma onde se realizam os registos. Como método de pesquisa de intervenção em enfermagem, foi utilizado o modelo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, da Ordem dos Enfermeiros, (2013) e o modelo de melhoria e implementação de mudanças referenciado pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI), (2017).

Pelo descrito acredito ter desenvolvido competências de domínio da melhoria contínua da qualidade (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A formação em serviço referente à apresentação do Projeto²² foi realizada em data posterior ao término do estágio, no entanto, como as intervenções relativas à manutenção do cateter vesical foram introduzidas no sistema informático e dada a minha presença no serviço, foi possível observar mudanças nalguns comportamentos da equipa de enfermagem, nomeadamente na fixação do cateter vesical como recomendado e na higienização das mãos antes da manipulação do sistema (por exemplo aquando da avaliação do débito urinário).

No que diz respeito à troca de cateteres vesicais por rotina de 10/10 dias também observado nos primeiros dias de estágio (normalmente realizado em cateteres foley

²² Na formação estiveram presentes dez enfermeiros e, do Inquérito de Avaliação da Formação aplicado no final da formação, a mesma foi considerada, globalmente, e em termos de aplicabilidade prática como muito positiva. Como pontos fortes os enfermeiros ressaltaram, a clareza do discurso apresentado, a utilidade prática do tema e a sua pertinência.

de látex) tive a possibilidade de discutir com o enfermeiro orientador e restante equipa de enfermagem, nomeadamente com a Chefe de Serviço e a Enfermeira Elo de Ligação à GCL-PPCIRA, a possibilidade de diminuir a regularidade com que estes eram trocados.

Esta discussão surgiu porque, uma vez que o primeiro campo de estágio tinha decorrido no Serviço de Urgência do mesmo Centro Hospitalar a que pertence a UCIP, já tinha conhecimento que o hospital tinha adquirido algalias de materiais mais duradouros e mais eficazes na prevenção da CAUTI (algalias látex revestidas a silicone). Originalmente, os cateteres foley eram feitos de látex, mas, embora mais baratos e flexíveis, o látex não é o material mais adequado para uso hospitalar pelo que, atualmente, são usados cateteres foley de látex revestidos com silicone, considerado uma das substâncias mais biocompatíveis, menos suscetíveis à colonização bacteriana, menos suscetíveis a aderências ou melhor lubrificação (Verma, *et al*, 2016).

Também foi possível discutir esta situação, baseando-me em evidência científica, pois não se recomenda a troca em intervalos fixos, devendo ser apenas realizada por alterações clínicas da pessoa ou por indicação do fabricante da sonda (Gould *et al*, 2009). Apesar dos estudos não serem conclusivos no que diz respeito aos materiais utilizados nos cateteres vesicais, apoiando-me nas recomendações do CDC, de que cateteres de silicone podem ser preferíveis a outros materiais por reduzir o risco de aderências em pessoas cateterizadas a longo prazo (Gould *et al*, 2009), discuti a eventual alteração nos períodos de troca do cateter, uma medida que acabou por se tornar uma prática desta a equipa de enfermagem. Assim, e após pesquisa nos diferentes fabricantes, foi com satisfação que os cateteres vesicais foley revestidos a silicone passaram a cumprir as indicações e apenas são trocadas de 30/30 dias (Coloplast®, sd), o que a maior parte das vezes acaba por não acontecer porque os doentes têm alta ou são desalgaliados antes deste tempo.

No que diz respeito à desalgaliação precoce, dado o contexto de UCI compreende-se que existe alguma renitência no mesmo mas também foi possível discutir esta situação com o enfermeiro orientador, recordando-me inclusivamente de uma situação em que sugeri a desalgaliação de uma senhora que já se encontrava em nível II de cuidados, realizava levante conseguia mobilizar-se no leito, sendo capaz, desta forma de colaborar na colocação de arrastadeira (e manter a contabilização de débito urinário caso fosse necessário), algo que o enfermeiro concordou.

Em resumo, considero que todas as atividades descritas e realizadas durante este estágio me permitiram cuidar da PSC a experienciar processos complexos de doença crítica e também prevenir e controlar a infeção na PSC algaliada na UCI. Assim, acredito que a realização destas atividades permitiu, não só dar resposta aos objetivos definidos inicialmente, mas também às necessidades reais manifestadas por vários elementos do serviço, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem dentro da equipa, nomeadamente na prevenção da CAUTI.

2.3 Estágio Módulo III – Unidade de Cuidados Intensivos Médico-cirúrgicos

Esta UCI é um serviço relativamente recente de um Hospital Central de Lisboa e integra duas unidades funcionais, uma de nível III²³ e outra de nível II²⁴/III, destinando-se à observação e tratamento de PSC do foro médico-cirúrgica, que necessitam de monitorização e apoio de funções vitais, onde são tratados em horário contínuo por médicos e enfermeiros preferencialmente especializados.

Há cerca de cinco anos que presto cuidados de enfermagem especializados a pessoas internadas neste serviço e que apresentam falência respiratória, falência cardíaca, falência multiorgânica, politraumatismos, pós-operatórios com necessidade de vigilância contínua, pós-operatório de transplante renal, e têm necessidade, em termos de cuidados, quer de nível II e/ou III. Estando integrada em todas as unidades funcionais do serviço e com responsabilidade de chefia de equipa, o meu percurso durante este estágio centrou-se, maioritariamente, no acompanhamento da Sra. Enfermeira Chefe na gestão do serviço e na temática que serve de fio condutor a este relatório.

Atualmente a UCI encontra-se em processo de Acreditação, desenvolvido pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) e denominado SINAS (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde), cujo pressuposto é a avaliação da qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde (ERS, 2018). Em UCI, esta

²³Nível III- pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; constitui o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente (DGS, 2003).

²⁴ Nível II - tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acessos a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas pelo que deve garantir a articulação com unidades de nível superior (DGS, 2003).

avaliação recai em cinco dimensões: excelência clínica; segurança do doente; adequação e conforto das instalações; focalização no utente e satisfação do utente.

Durante o meu percurso foi possível acompanhar a Sra. Enfermeira Chefe, integrando-me sobre o assunto e, também, assistir à apresentação dos dados da primeira avaliação realizada ao serviço. Nesta foram apresentados os dados relativos ao item excelência clínica que apresenta quatro indicadores na UCI: prevenção da PAV por elevação de cabeceira >30°; profilaxia de úlcera de stress; profilaxia de trombose venosa profunda (TVP) e mortalidade ajustada ao SAPS II.

Sendo que dois destes indicadores são realizados e registados pela equipa de enfermagem foi importante refletir sobre esta situação e o que poderia ser melhorado no futuro: o registo da avaliação da cabeceira elevada a 30° no doente ventilado e justificar as situações em que tal não é possível; o registo da colocação de compressão pneumática intermitente para a profilaxia da TVP, pois assim que é iniciado o tratamento deve-se inserir no sistema informático para que seja avaliado a cada quatro horas.

Na procura da melhoria continua e indo ao encontro do preconizado pelo SINAS, surgiu a oportunidade de realização de uma norma de procedimento sobre estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas, cujos objetivos passaram por: uniformizar procedimentos no que concerne à monitorização, registo e receção de estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas, promover o correto preenchimento do anexo X e controlar os níveis definidos para o serviço no que concerne a estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas. Esta foi realizada com uma colega que se encontra a realizar, também, o CMEPSC e cuja temática vai ao encontro do elaborado na referida norma. A mesma encontra-se atualmente em apreciação pela Direção de Enfermagem.

Indo ao encontro de procedimentos favorecedores de prevenção das IACS, foi com agrado que pude participar na aplicação da nova sinalética de cores incorporada na norma sobre precauções baseadas nas vias de transmissão (PBVT), elaborada pelo GCL-PPCIRA do referido hospital. Esta sinalética serve essencialmente para sinalizar o tipo de medidas de controlo de infeção (PBCI/ PBVT) que se devem aplicar em cada pessoa doente. Com o objetivo de informar a equipa de saúde e promover o cumprimento das precauções indicadas, adotou-se o seguinte código de cores: verde – precauções básicas, por defeito e na ausência de PBVT; amarelo - precauções de contacto; azul – precauções de gotícula; vermelho – precauções de via aérea. Com isto, foi possível estabelecer estratégias pró-ativas a implementar no serviço visando

a prevenção e controlo da infeção (Regulamento nº 429/2018, 2018), ao sinalizar a cama da pessoa, bem como o processo não eletrónico de acordo com o esquema de cores apresentado.

No que diz respeito à temática deste relatório, e estando o serviço integrado no Desafio Gulbenkian Stop Infeção Hospitalar!²⁵ de 2015-2018, a minha ação passou essencialmente pela salvaguarda do cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da CAUTI, monitorizando e avaliando as medidas implementadas (Regulamento nº 429/2018, 2018) através da auditoria aos registos de enfermagem relacionados com a prevenção da CAUTI (método de cateterização - “feixe de intervenções”/*bundle* da inserção e manutenção do sistema após cateterização - “feixe de intervenções”/*bundle* da manutenção), pois são dois dos fatores que influenciam o desenvolvimento da ITU²⁶.

O Projeto referido em cima, seguiu as indicações do IHI que introduziu o conceito de *bundles* como um conjunto ou pacote de boas práticas que, mesmo se implementadas individualmente, resultam em melhoria da segurança da pessoa internada; todavia, se implementadas em conjunto, podem desencadear resultados ainda mais significativos (Resar *et al*, 2012).

Pretendeu-se com isto, a auditar o registo das *bundles* já existentes para doentes submetidos a cateterização vesical e que vão ao encontro do emanado pelo CDC (Gould *et al*. 2009), a Direção-geral da Saúde (2015) e o GCL-PPCIRA do centro hospitalar em causa:

- Avaliar sistematicamente a possibilidade de evitar o cateterismo vesical (Categoria IB²⁷) e documentar sistematicamente a razão que o torna necessária no processo clínico (Categoria IC);

²⁵ Este Desafio tem como objetivo a redução em 50% da incidência de quatro tipologias de infeção hospitalar, entre as quais a infeção do trato urinário associada a algaliação, em 12 Centros candidatos, usando uma metodologia de melhoria contínua da qualidade (Fundação Calouste Gulbenkian, sd).

²⁶ Para a realização das auditorias foi realizado pedido à Exma. Sra. Enfermeira Diretora, que autorizou a realização das mesmas.

²⁷ Na Norma da Direção-geral da Saúde, foram utilizadas as categorias do CDC (Centers for Diseases Control and Prevention)/HICPAC (Health care Infection Control Practices Advisory Committee) indicativas da força e qualidade da evidência da recomendação:

- 1) Categoria IA - Medidas de adoção fortemente recomendada e fortemente apoiadas por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados;
- 2) Categoria IB - Medidas de adoção fortemente recomendada, apoiadas por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma forte fundamentação teórica;
- 3) Categoria IC - Medidas preconizadas pelas recomendações de outras Federações e Associações;
- 4) Categoria II - Medidas de adoção sugeridas para implementação, apoiadas em estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos ou numa fundamentação teórica.
- 5) Sem recomendação - Práticas com insuficiente evidência ou sem consenso sobre a sua eficácia.

- Cumprir a técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem (Categoria IB);
- Cumprir a técnica limpa, nomeadamente com correta higiene das mãos e uso de luvas e avental, no manuseamento do sistema de drenagem, de forma individualizada, pessoa a pessoa, mantendo constantemente a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem (Categoria IB);
- Realizar a higiene diária do meato uretral, pela pessoa (sempre que possível) ou pelos profissionais de saúde (Categoria IB) com ação de educação para a saúde à pessoa e família sobre cuidados de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical (Categoria IIaC);
- Manter cateter vesical seguro, com o saco coletor constantemente abaixo do nível da bexiga e esvaziado sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade (Categoria IB);
- Verificar diariamente a necessidade de manter cateter vesical, retirando-o logo que possível e registando diariamente no processo clínico as razões para a sua manutenção (Categoria IB).

Os registos foram auditados de março-maio de 2019 (considerado o ponto zero por ser coincidente com o término de Projeto STOP Infeção e a mudança de registo em papel para sistema informático) e posteriormente de outubro-dezembro de 2019 (ponto de controlo).

Estes dados foram posteriormente apresentados à equipa de enfermagem, numa sessão de formação, onde as principais conclusões apresentadas foram: houve um crescimento de 34% de cumprimento da *bundle* da inserção do ponto zero para o ponto de controlo e um crescimento de 2% de cumprimento da *bundle* de manutenção do ponto zero para o ponto de controlo. Aproveitou-se também para relembrar os resultados gerais do Projeto STOP Infeção, aumento da % de adesão à *bundle* de inserção de 82,7% para 96%. e aumento da % de adesão à *bundle* de manutenção de 81,7% para 88,4% (Fundação Calouste Gulbenkian, 2018).

Dado o exposto, considera-se que os resultados não foram tão positivos quanto os apresentados durante o desafio referido em cima (com uma taxa de cumprimento, no serviço, na *bundle* de inserção e manutenção de 100%), porque anteriormente, aquando o preenchimento das *bundles* em papel só eram considerados os dados

inseridos e, em registo informático, todos os dias de internamento foram auditados durante o período estabelecido (quer tivessem ou não das *bundles* inseridas)²⁸.

Após a sessão de formação, as dúvidas foram esclarecidas e as sugestões negociadas e aceites pelos elementos da equipa de enfermagem e a Sra. Enfermeira Chefe, nomeadamente: a utilização de lembrete de inserção/registo de *bundles* (introdução no sistema informático, em protocolo automático, o cuidado de enfermagem : “registo de *bundles*”); introdução da *bundle* de manutenção na admissão da pessoa à unidade; questionar e avaliar em cada turno a necessidade de manutenção do cateter vesical; em caso de algaliação/realgaliação, introduzir a *bundle* de inserção e escrever motivo/indicação; validação de todas as intervenções da *bundle* (se não cumprimento deve-se justificar o motivo); se realgaliação para urocultura, com urocultura positiva, deve-se desalgaliar a pessoa o quanto antes ou substituir a algalia antes do término da antibioterapia dirigida, se aplicável (GCL-PPCIRA, 2012).

A formação dos profissionais de saúde sobre esta temática, nomeadamente dos enfermeiros, o sentido de responsabilidade de cada elemento e o trabalho de equipa revestem-se de grande importância para a diminuição da taxa de CAUTI num ambiente tão complexo como a UCI melhorando também, desta forma, os resultados em saúde (Gupta *et al*, 2017).

Assim e indo ao encontro do descrito, acredito ter sido um elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (Regulamento nº 140/2019, 2019), apresentando, aplicando e avaliando procedimentos de boas práticas no que diz respeito à prevenção da CAUTI na PSC internada na UCIMC. Assim, após discussão com a equipa de enfermagem, considerou-se que foi de extrema importância relembrar alguns conceitos à luz da evidência científica e normas mais atuais, mas também que a maioria destas recomendações já faziam parte da prática de cuidados dos enfermeiros na UCI, pelo que é relevante que as mesmas fiquem claramente registadas nos processos clínicos, pois, desta forma, será possível avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem ao comparar com a existência ou não de ITU.

Em suma, acredito que ao ter procurado evidência científica que justificasse e fortalecesse as minhas decisões bem como a experiência clínica, me permitiu esboçar

²⁸ Na formação estiveram presentes dez enfermeiros, e do Inquérito de Avaliação da Formação (igual ao aplicado na UCIP) aplicado no final da formação, a mesma foi considerada, globalmente e em termos de aplicabilidade prática, como muito positiva. Como pontos fortes os enfermeiros ressaltaram, a clareza do discurso apresentado, a utilidade prática do tema e a sua pertinência e as sugestões de melhoria.

traços de enfermeira perita com conhecimentos que me tornaram capaz de compreender, interpretar e responder às variadas situações de cuidados (Benner, 2001). Foi muito enriquecedor e gratificante poder transmitir à equipa todos os conhecimentos adquiridos, contribuindo para a melhoria da prática dos cuidados na prevenção de IACS, nomeadamente a CAUTI na PSC internada na UCI.

NOTA CONCLUSIVA

Em ambiente de UCI e SU, a PSC pode necessitar, devido à sua situação de saúde, de múltiplas medidas invasivas, como a colocação de cateter vesical para contabilização rigorosa de urina, aumentando exponencialmente o risco de infeção, nomeadamente a ITU.

Os enfermeiros são elementos importantes, dentro da equipa multidisciplinar, no que diz respeito à identificação de uma possível ITU bem como na colheita de urina na PSC. No que diz respeito à prevenção da CAUTI, a presença autêntica e intencional (Boykin & Schoenhofer, 2013) dos enfermeiros bem como a utilização de medidas assépticas como a lavagem das mãos, a inserção do cateter urinário de forma asséptica, a manutenção de um circuito fechado, o cuidado na colocação do saco de drenagem, abaixo da bexiga e com fluxo livre, a não realização de lavagens vesicais (ou realiza-las apenas em situações específicas), a correta indicação do uso do cateter, a correta fixação do cateter, além da educação permanente e da procura de conhecimento por parte da equipa de enfermagem, são medidas indispensáveis para a prevenção de ITU.

Estas medidas podem ser agrupadas em *bundles* de intervenção ou protocolos que servem de guia à prática dos enfermeiros. A implementação de protocolos para prevenção da ITU, nomeadamente a relacionada com cateteres urinários são de extrema importância e uma abordagem multidirecional baseada em evidência científica é essencial para melhorar a qualidade de vida das pessoas submetidas a cateterização vesical.

É com a prática do cuidar em enfermagem que as necessidades de atualização e aperfeiçoamento se manifestam, sendo resultado da reflexão, dos confrontos de ideias e do desenvolvimento das ciências e da tecnologia. Daí a relevância da necessidade de uma formação contínua. A formação produz uma abertura e disponibilidade em aprender, em obter conhecimentos e adquirir determinadas capacidades, que se transformarão em competências.

Desta forma, a realização destes estágios proporcionou-me, em conjunto com a experiência profissional que já detinha, o desenvolvimento de competências em diferentes áreas do cuidado à PSC, representando assim, o culminar de um longo trajeto de aprendizagem e enriquecimento profissional e pessoal que, face as

competências adquiridas e apesar das dificuldades sentidas, muito contribuiu para melhorar o meu desempenho profissional.

O interesse pessoal, a orientação dos enfermeiros e professores orientadores foram imprescindíveis para este percurso durante os diferentes estágios clínicos.

Ter tido a possibilidade de realizar três estágios, em diferentes contextos, desde o serviço de urgência à medicina intensiva, permitiu-me assimilar diferentes conhecimentos e competências que visam uma atuação rápida e adequada à PSC e sua família e também adequar a minha ação à realidade de cada um dos serviços.

No SU, área onde não detinha experiência prévia, foi necessário procurar atualização e busca permanente de informação e conhecimento sobre situações de cuidados desconhecidos para mim, como por exemplo, a realização de triagem e abordagem à pessoa de acordo com as vias verdes implementadas no serviço. Também o facto de ter tido a possibilidade de percorrer todas as áreas assistências deste SU se mostrou importante para o aperfeiçoamento de competências na avaliação da pessoa como um todo, trabalhando em equipa e atendendo aos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão de enfermagem, garantindo a qualidade e a segurança dos cuidados.

Na UCIP tive a possibilidade de prestar cuidados especializados à PSC e sua família. Ao deter experiência em cuidados intensivos, o estágio nesta unidade facilitou a aquisição de competências e aperfeiçoamento na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com necessidade de uma vigilância e assistência constante por parte das equipas médica e de enfermagem especializadas e detentoras de conhecimento sobre recursos tecnológicos avançados.

Na UCI onde desenvolvo a minha atividade profissional, a minha intervenção passou essencialmente pelo desenvolvimento de competências relacionadas com a gestão do serviço, colaborando a Sr. Enfermeira Chefe na gestão de adequada de recursos humanos, físicos, materiais e de informação no cuidado à pessoa e com temática que serve de fio condutor a este relatório.

Durante todo o percurso procurei promover, dentro das equipas multidisciplinares, intervenções de prevenção e controlo da infeção, disponibilizando evidência científica relacionada com a prevenção da ITU na PSC, produzindo instrumentos facilitadores de um cuidar sustentado cientificamente.

Assim, no que diz respeito, especificamente à minha área de intervenção, tive a possibilidade de refletir sobre um serviço de urgência, que dadas as suas características, não permitiu a integração das *bundles* de algaliação em registo

informático, mas onde as mesmas foram apresentadas e cumpridas; um serviço onde foram implementadas as *bundles* quer no cumprimento, quer no registo das mesmas e por fim um serviço que já tinha integrado as *bundles* de algaliação e que as mesmas foram alvo de monitorização através de auditorias.

Pelo descrito, acredito ter identificado necessidades formativas nos diferentes contextos, no que diz respeito à prevenção da ITU na PSC e, ao realizar ações de formação em serviço, onde apresentei os resultados da prática clínica e da pesquisa realizada através da RIL, fomentei a segurança das pessoas através da melhoria da qualidade dos cuidados e, ao mesmo tempo, contribuí para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

Posto isto, é minha intenção continuar a desenvolver competências nesta área, perspetivando a continuação de investigação e atualização contínua, trabalhando em colaboração com a GCL-PPCIRA do centro hospitalar onde exerço funções. Por outro lado, aspiro a continuação do programa de melhoria de cuidados de enfermagem na prevenção da ITU na PSC, sendo um elemento de referência para os restantes elementos da equipa multidisciplinar.

Quanto às dificuldades sentidas, as mesmas resultaram da dificuldade de conciliar o estágio e atividade profissional e pessoal. Também o facto de ter experiência profissional de cerca de dez anos, dos quais quase cinco foram desenvolvidos em UCI e ter de reassumir do papel de estudante fez com que sentisse medo de não corresponder às expectativas que os colegas demonstraram ter de mim e do meu projeto. Considero, no entanto, que estas dificuldades foram parte fulcral de um processo de aprendizagem e crescimento profissional e pessoal, que foi realizado com sucesso, atingindo os objetivos a que me tinha proposto.

Relativamente à procura de situações de aprendizagem que visassem o desenvolvimento profissional de Enfermagem na área de cuidado à PSC, tive ainda a oportunidade de participar no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019 e nas V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agodi, A. & Barchitta, M. (2011). Epidemiology and Control of Urinary Tract Infections in Intensive Care Patients. Nikibakhsh, A. (Ed.), *Clinical Management of Complicated Urinary Tract Infection*. IntechOpen. DOI: 10.5772/23113.
- Alecrim, R.X., Taminato, M., Belasco, A.G.S., Barbosa, D., Kusahara, D.M., & Fram, D. (2019). Boas práticas na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(1), 11-17. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900003>.
- Allegranzi, B., Nejad, S. B., Castillejos, G. G., Kilpatrick, C., Kelley, E. & Mathai, E. (2011). Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide: A systematic review of the literature. World Health Organization. Acedido a 28/12/2018. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/80135>.
- Altafin, Juliana Aparecida Morini, Grion, Cintia Magalhães Carvalho, Tanita, Marcos Toshiyuki, Festti, Josiane, Cardoso, Lucienne Tibery Queiroz, Veiga, Caio Fabrício Fonseca, Kamiji, Danielle, Barbosa, Alan Roger Gomes, Matsubara, Caio Cesar Takeshi, Lara, Aline Bobato, Lopes, Cesar Castello Branco, Blum, Djavani, & Matsuo, Tiemi. (2014). Nursing Activities Score e carga de trabalho em unidade de terapia intensiva de hospital universitário. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(3), 292-298. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140041>.
- Alves, M. V. M. F. F., Luppi, C. H. B. & Paker, C. (2006). Conduas tomadas pelos enfermeiros, relacionadas ao procedimento de sondagem vesical. *Revista Ciência em Extensão*, 3 (1), 10-25. Acedido a 10/01/2019. Disponível em: https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/359.
- Andaluzia, J. (2009). Procedimiento General de Identificación de Pacientes (Anexo 1). Consejería de Salud, (Anexo 1). Acedido a 19/11/2019. Disponível em: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridapaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicas_seguras/procedimiento_identificacion_pacientes.pdf.
- Araújo, S. N. M., Luz, M. H. B. A., Silva, G. R. F. da, Andrade, E. M. L. R., Nunes, L. C. C., & Moura, R. O. (2015). *Cancer patients with oral mucositis: challenges for nursing care*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 267–274. doi:10.1590/0104-1169.0090.2551.

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H. & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in Action Approach*. New York: Springer Publishing.
- Bulechek G., Butcher, H. K., Dochterman, J. M. & Wagner, C. M. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (6ª ed). St. Louis: Elsevier.
- Caramujo, N., Carvalho, M. & Caria, H. (2011). Prevalência da Algaliação sem Indicação. *Acta Médica Portuguesa*, 24 (S2): 517-522. Acedido em 15/04/2019. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1441/1029>.
- Caramujo, N., Santos, C., Mendes, A. & Frias, A. (sd). A Algaliação em Serviço de Urgência - Risco de infeção pela utilização desnecessária (Poster). *In I Jornadas de Urgência do Hospital José Joaquim Fernandes*. Acedido a 15/04/2019. Disponível em: https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/8636/1/A_Alqalia%C3%A7%C3%A3o_em_servi%C3%A7o_de_urg%C3%Aancia_%20%283%29.pdf
- Carvalho, I., Querido, S., Silvestre, J., & Póvoa, P. (2016). Heliox no tratamento do mal asmático: relato de casos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(1), 87-91. <https://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20160005>.
- CDC (2014). Types of Healthcare-associated Infections. Acedido a 15/04/2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hai/infectiontypes.html>.
- CDC (2015). Catheter-Associated Urinary Tract Infections. Acedido a 15/04/2019. Disponível em: https://www.cdc.gov/hai/ca_uti/uti.html.
- CDC (2020). Pneumonia (Ventilator-Associated [VAP] and Non-VentilatorAssociated Pneumonia [PNEU]) Acedido a 18/1/2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/6pscVAPcurrent.pdf>.
- CHLO (sd). Serviços Clínicos: Urgência Geral. Acedido a 11/11/2019. Disponível em: <http://www.chlo.min-saude.pt/>.
- Chenoweth, C. & Saint, S. (2013). Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections in the Intensive Care Unit. *Critical Care Clinics*, 29 (1), p. 19-32. Doi: 10.1016/j.ccc.2012.10.005.

- Coloplast (sd). Foley – Informação de Produto. Acedido a 20/1/2020. Disponível em:
https://www.coloplast.com.br/Soft-latex-Foley-catheter-pt-br.aspx#section=product-description_3.
- Cruz, A. (2002). O método individual de trabalho e suas implicações. *Sinais Vitais*. ISSN 0872-8844, 43, p.25-29.
- Cunha, B. S. S., Andrade, L. F. S. (2011). A atuação do enfermeiro na prevenção de infecção hospitalar em UTI adulto. *Enfermagem Brasil*. mar/abr2011, Vol. 10 Issue 2, p70-76. 7p. Acedido a 06/01/2019. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=86022143&site=ehost-live>.
- Cunha, M., Ribeiro, O, Vieira, C. Pinto, L., Aguiar, V. & Andrade, V. (2010). Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. Acedido a 18/11/2019. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium38/18.pdf>.
- Curtis, L. T. (2008). Prevention of hospital-acquired infections: review of non-pharmacological interventions. *Journal of Hospital Infection*, 69, 204-219. Doi: 10.1016/j.jhin.2008.03.018.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República* n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16, 4147 – 4182. **ELI:**<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>.
- DGS (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Acedido a 23/05/2019. Disponível em:
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>.
- DGS (2011). Orientação 008/2011 - Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde. Acedido a 15/1/2020. Disponível em:
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0082011-de-28032011-pdf.aspx>.
- DGS (2012). *Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. Acedido a 5/1/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>.
- DGS (2013). *Circular Normativa Nº 09/DGCG - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Acedido a 5/1/2020. Disponível em
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>.

- DGS (2015) *Norma Nº 021/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Acedido a 17/1/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>.
- DGS (2015). *Norma 019/2105 - Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Acedido a 02/04/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx>.
- DGS (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, (2017). Acedido a 19/11/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>.
- DGS (2017). *Norma Nº 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa, Portugal. Acedido a 27/10/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.
- DGS (2017). *Norma Nº 015/2017 - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Lisboa, Portugal. Acedido a 27/10/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>.
- DGS (2017). *Norma Nº 002/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Lisboa, Portugal. Acedido a 27/10/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>.
- Elpern EH, Killeen K, Ketchem A, Wiley A, Patel G, & Lateef O. (2009). Reducing use of indwelling urinary catheters and associated urinary tract infections. *American Journal of Critical Care*, 18(6), 535–542. <https://doi.org/10.4037/ajcc2009938>.
- ERS (2018). Sistema Nacional de Avaliação em Saúde. Acedido a 20/02/2020. Disponível em: <https://apch2.ers.pt/pages/265>.
- ESEL (2019). Regulamento de Mestrado em Enfermagem e Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização. Homologado em 04/06/2019 Olga Ordaz Vice-Presidente. Acedido a 05/02/2020. Disponível em: https://www.esel.pt/sites/default/files/documentacao/Regulamento_Mestrado_2_019_20.pdf.

- ESEL (2019). Instrumento de avaliação (componente clínica) - Unidade Curricular Estágio com Relatório (Ano Letivo 2019-2020). Disponível em: https://elearning.esel.pt/bbcswebdav/pid-51464-dt-content-rid-224446_1/courses/201920-S1-6734-9-6734008-2/Folha%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20mestrado%2019_20.pdf.
- Ferreira, F. & Gomes, S. (2017). Neutropenia – O papel do enfermeiro. *Revista Evidências*, Sup III. Acedido a 20/1/2020. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19361/1/SKMBT_C5501711131607_1.pdf.
- Ferreira, R., Luzio, F. & Santos, M. (2010). Passagem de turno dos enfermeiros nos quartos (Visita de Enfermagem): opinião dos utentes. *Revista de Enfermagem Referência*. II. 29-37. Acedido a 17/1/2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/303985206_Passagem_de_turno_dos_enfermeiros_nos_quartos_Visita_de_Enfermagem_opinio_dos_utentes/link/5761747408aeeada5bc4fb67/download.
- Fridh, I., Forsberg, A., & Bergbom, I. (2007). Family presence and environmental factors at the time of a patient's death in an ICU. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 51(4), 395–401. doi:10.1111/j.1399-6576.2006.01250.x
- Fundação Calouste Gulbenkian (2018). STOP infeção hospitalar! Um desafio Gulbenkian. Acedido a 3/12/2019. Disponível em: https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2018/05/07114301/desafio_infecoes_web.pdf.
- Galiczewski, J.M. (2016). Interventions for the prevention of catheter associated urinary tract infections in intensive care units: An integrative review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 32, p. 1-11. doi: 10.1016/j.iccn.2015.08.007.
- GCL-PPCIRA, CHLO (2016). Recomendação para a prevenção da infeção urinária associada a cateterização vesical. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. Disponível em: *Intranet*.
- GCL-PPCIRA, HSM (2012). NORMA Nº 3: Prevenção da infeção urinária em doentes algaliados. última revisão em 2018. Disponível em: *Intranet*.
- Gould, C., Umscheid, C., Agarwal, R., Kuntz, G., Pegues, D. & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (2009). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. CDC. Acedido a 23/04/2018. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/cauti-guidelines.pdf>.

- Gray, M. (2010). Reducing Catheter-Associated Urinary Tract Infection in the Critical Care Unit. *AACN Advanced Critical Care*, 21 (3), 247–257. Doi: 10.1097/NCI.0b013e3181db53cb.
- Grifolds (2016). Hemovigilance System – Gricode. Acedido a 19/11/2019. Disponível em: <https://www.diagnostic.grifols.com/en/hemovigilance-system-gricode/overview>.
- Hashemian, S. & Fallahian, F. (2014). The use of heliox in critical care. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 4(2), 137. doi:10.4103/2229-5151.134153
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hill, T. (2013). Invited Editorial: Caring and Technology. *Online Journal of Nursing Informatics (OJNI)*, 17 (3). Acedido a 28/02/2019. Disponível em: <http://ojni.org/issues/?p=2856>.
- HP (2008). HP Dinamiza Processo Clínico Eletrónico com Nova Solução. Acedido a 10/11/2020. Disponível em: <https://www8.hp.com/pt/pt/hp-news/press-release.html?id=41165>.
- Hua F, Xie H, Worthington HV, Furness S, Zhang Q, Li C. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, 1-122. DOI: 10.1002/14651858.CD008367.pub3.
- IHI (2017). Plan-Do-Study-Act (PDSA) Worksheet. Cambridge, MA: USA. Acedido a 30/11/2019. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/PlanDoStudyActWorksheet.aspx>.
- INEM, 2012. Manual de TAS/TAT Abordagem à vítima. Acedido a 20/2/2020. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-%C3%A0-v%C3%ADtima.pdf>.
- Kress, J.P. & Hall, J.B. (2014). ICU-acquired weakness and recovery from critical illness. *N Engl J Med*, 371(3), 287–288. Doi: doi: 10.1056 / NEJMra1209390.
- Leal, F. (2003). Transmissão de más notícias. *Rev Port Clin Geral*. 19, 40-3. Acedido a 18/11/2019. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9903>.
- Locsin, R. C. (1998). *Technologic Competence as Caring in Critical Care Nursing. Holistic Nursing Practice*, 12(4), 50. doi:10.1097/00004650-199807000-00008.

- Lobão, MJ, & Sousa, P. (2016). Infecções Urinárias Associadas a Cateter Vesical: Contributos para a Prática Clínica. *Medicina Interna*, 23(4), 65-68. Acedido a 25/05/2019. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-671X2016000400016&lng=pt&tlng=pt.
- López, M.J., Cortés, J. A. (2012). Urinary tract colonization and infection in critically ill patients. *Medicina Intensiva* (English Edition), 36(2), p. 143-151. doi: 10.1016/j.medin.2011.06.007.
- Marcelino, Paulo, *et al* (2006). Técnicas dialíticas híbridas ou hemodiafiltração para doentes hemodinamicamente instáveis em Cuidados Intensivos. Acedido a 12/1/2020. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/4/275-280.pdf>.
- Marra, A., Ely, E. W., Pandharipande, P. P., & Patel, M. B. (2017). The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Critical care clinics*, 33(2), 225–243. doi:10.1016/j.ccc.2016.12.005.
- Márquez Rivero, P. A., Alvarez Pacheco, I. & Márquez Rivero, A. (2012). Evidence-based protocol on the urinary catheter cares in intensive care units. *Enfermería Intensiva*, 23(4), 171–178. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2012.01.003>.
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ... & Wilson, V. (2015). Person-centredness – the ‘state’ of the art. *International Practice Development Journal*, 5 (Suppl) [1]. Acedido a 28/12/2018. Disponível em: <http://www.fons.org/library/journal.aspx>.
- Medeiros, A. B. A., Enders, B. C. & Lira, A. L. B. C. (2015). Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. *Escola Anna Nery*, 19 (3), 518-524. Doi: <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150069>.
- Meddings, J., Rogers, M. A., Krein, S. L., Fakhri, M. G., Olmsted, R. N. & Saint S. (2013). Reducing unnecessary urinary catheter use and other strategies to prevent catheter-associated urinary tract infection: an integrative review. *BMJ Quality & Safety*, 23, 277–289. Doi: 10.1136/bmjqs-2012-001774.
- Medical Expo (sd). Sistema de segurança para transfusão Gricode. Acedido a 10/11/2019. Disponível em: <https://www.medicalexpo.com/prod/grifols/product-68633-880441.html>.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory*. New York: Springer Publishing Company.
- Mendes, A. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: a experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto*

Contexto Enfermagem, 5 (1), 2-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>.

Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758-764. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

Ministério da Saúde - Direção de Serviços de planeamento (2003). Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 18/1/2020. Disponível em: <https://docplayer.com.br/1306756-Cuidados-intensivos-direccao-geral-da-saude-direccao-de-servicos-de-planeamento.html>.

Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. ISBN978-989-99480-1-3 Acedido em: 30/11/2018. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>.

Modrykamien, A. M. (2019). Strategies for communicating with conscious mechanically ventilated critically ill patients. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 1–4. doi:10.1080/08998280.2019.1635413

National Healthcare Safety Network (NHSN) Patient Safety Component Manual, 2019. CDC. Acedido a 25/05/2019. Disponível em: https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/pcsmanual_current.pdf.

Nightingale, F. (1859). *Notes on Nursing: What it is and What it is Not*. London: Harrison. Acedido a 10/11/2019. Disponível em: <https://archive.org/details/NotesOnNursingByFlorenceNightingale/page/n13/mode/2up>.

Nightingale, F. (2005). *Notas Sobre Enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.

NINDS (2008). Última edição de *Stoke Proceedings: Acute Care Proceedings of a National Symposium on Rapid Identification and Treatment of Acute Stroke (1996)*. Acedido a 27/10/2019. Disponível em: https://www.stroke.nih.gov/resources/stroke_proceedings/recs-acute.htm.

Ning, J., & Cope, V. (2019). Open visiting in adult intensive care units – A structured literature review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 102763. doi:10.1016/j.iccn.2019.102763.

Nunes, L. (2004). *Ética de enfermagem: percursos e desafios*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Nº 15.

Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Passagem de turno junto dos doentes em enfermaria: Parecer do Conselho Jurisdicional. Ordem dos Enfermeiros, 4, 1-3. Consultado a 16/1/20120. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_20-2001.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa. Acedido a 10/11/2099. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa, 20 de outubro de 2010. Acedido a 18/02/2019. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Acedido a 3/12/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro). Acedido a 19/1/2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Acedido a 21/10/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.

OMS (2016). Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva. ISBN 978-92-4-154992-9. Disponível em: <https://www.who.int/gpsc/core-components.pdf>.

- Paiva, P. A., Cruz, P. K. R., Magalhães, F. R., Oliveira, R. S., Silva, P. L. N., Rocha, R. G. & Filho, W. A. (2015). Medidas de prevenção e controle das infeções hospitalares em unidade de terapia intensiva. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, Três Corações, 13 (2), 669 – 680. Doi: 10.5892/ruvrd.v13i1.2423.
- Pedrosa, M. P. (2019, outubro). A visão do Enfermeiro da prática. In *Congresso Internacional Doente Crítico 2019*. Associação Portuguesa de Enfermeiros, Instituto Politécnico de Setúbal.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10, 27-39. Acedido a 25/05/2019. Disponível em: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infecoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>.
- Pina, E., Silva, G. & Ferreira, E. (2010) - Relatório Inquérito de Prevalência de Infeção 2010 - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Direção Geral da Saúde. Acedido a 10/01/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo.../relatorio-ip-2010-pdf>.
- Pinto, S. (2013). Entre a teoria e a prática: desenvolvimento de competências no ensino clínico de integração à vida profissional. *Nursing Magazine Digital*. 289, 1-12. Acedido a 21/05/2020. Disponível em: <http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/entre-a-teoria-e-a-pratica-desenvolvimento-de-competencias-no-ensino-clinico-de-integracao-a-vida-profissional.pdf>.
- Pokorski, S., Moraes, M.A., Chiarelli, R., Costanzi, A.P., & Rabelo, E.R. (2009). Processo de enfermagem: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo?. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3), 302-307. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000300004>.
- Pupulim, J.S.L. & Sawada, N.O. (2002). O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: um questão ético-moral. *Rev Latino-am Enfermagem*, 10(3), 433-438. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000300018>.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República (n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06), 4744 – 4750. Acedido a 25/05/2019. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>.

- Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República (n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16), 19359 - 19370. Acedido a 26/02/2019. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115698617/details/normal?q=Regulamento+n.%C2%BA%20429%2F2018%2C%202018>.
- Resar R, Griffin FA, Haraden C & Nolan TW. (2012) Using Care Bundles to Improve Health Care Quality. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement. Acedido a 2/12/2019. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/UsingCareBundles.aspx>.
- Rodrigues & Cordeiro (2007). CIPE – Um Contributo para a Enfermagem... ou uma Nova Maneira de Registrar? *Sinais Vitais* nº 74. Acedido a 17/1/2019. Disponível em: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/sinais-vitais/item/3101-cipe-um-contributo-para-a-enfermagem-ou-uma-nova-maneira-de-registar#.XilJOsj7TIU>
- Russell, J. A., Leming-Lee, T., Watters, R. (2018). Implementation of a Nurse-Driven CAUTI Prevention Algorithm. *Nursing Clinics of North America*, 54(1), p. 81-96. doi: 10.1016/j.cnur.2018.11.001.
- Boykin, A. & Schoenhofer, S. (2013). *Nursing as Caring - A Model for Transforming Practice*. Project Gutenberg eBook. Acedido a 25/11/2018. Disponível em: <https://www.gutenberg.org/files/42988/42988-h/42988-h.htm#link2HCH0004>.
- Serviço Nacional de Saúde (2016). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - MEDICINA INTENSIVA. Grupo de Trabalho: José Artur Paiva, Antero Fernandes, Cristina Granja, Francisco Esteves, João Miguel Ribeiro, José Júlio Nóbrega, José Vaz, Paula Coutinho. Acedido a 18/12/2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>.
- Shuman, E. K., Chenoweth, C. E. (2018). Urinary Catheter-Associated Infections. *Infectious Disease Clinics of North America*, 32(4), p. 885-897. doi: 10.1016/j.idc.2018.07.002.

- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55, 11-20.
- Silva, R. M. O., Luz, M. D. A., Fernandes, J. D., Silva, L. S., Cordeiro, A. L. A. O. & Mota, L.S.R. (2018). Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, 16, 147 – 154. Doi: <https://doi.org/10.12707/RIV17076>.
- SNS (2018). Stop Infecção Hospitalar! Acedido a 18/11/2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/05/08/stop-infecao-hospitalar-3/>.
- Sousa, José, Araújo, Maria, & Matos, José. (2015). Consentimento Informado: Panorama atual em Portugal. *Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia*, 23(1), 6-17. Acedido a 19/11/201. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-21222015000100002&lng=pt&tlng=pt.
- Sousa, P. A. F. (2016). Do conceito de Enfermagem de Prática Avançada à Enfermagem Avançada. In Silva, R. S., Bittencourt, I. S. & Paixão, G. P. M. (Org), *Enfermagem Avançada: um guia para a prática* (29-41). Salvador: Editora Sanar. Acedido em 20/01/2019. Disponível em <https://53748h.ha.azioncdn.net/images/p/Enfermagem%20Avan%C3%A7ada%20-%20Trecho.pdf>.
- Souza, Thieli Lemos de, Barilli, Sofia Louise Santin, & Azeredo, Nára Selaimem Gaertner de. (2014). Perspectiva de familiares sobre o processo de morrer em unidade de terapia intensiva. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(3), 751-757. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014002200012>.
- SPMS E.P.E. (2015). “SClínico.” [Online]. Acedido a 18/1/2020. Disponível em: <http://spms.min-saude.pt/product/sclinico/>.
- The European Stroke Organization (ESO) (2008). Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório 2008. Acedido a 23/10/2019. Disponível em: http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf.
- Thim, T., Krarup, NH, Grove, EL, Rohde, CV, & Løfgren, B. (2012). Avaliação inicial e tratamento com a abordagem das vias aéreas, respiração, circulação, incapacidade e exposição (ABCDE). *International Journal of General Medicine*, 5, 117-121. doi: 10.2147 / IJGM.S28478.

- Traynor, K. (2014). ICU infection-prevention efforts could be better, study finds. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 71 (6), 444–446. Doi: <https://doi.org/10.2146/news140022>.
- Valli, G., Paoletti, P., Savi, D., Martolini, D., Palange & P. (2007). Clinical use of Heliox in asthma and COPD. *Monaldi Arch Chest Dis*, 67:159–64.
- Verma, A., Bhani, D., Tomar, V., Bachhiwal, R. & Yadav, S. (2016). Differences in Bacterial Colonization and Biofilm Formation Property of Uropathogens between the Two most Commonly used Indwelling Urinary Catheters, 10(6), PC01-PC03. Doi: 10.7860/JCDR/2016/20486.7939.
- Vieira, F. A. (2009). Ações de enfermagem para prevenção de infeção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora. *Einstein* (São Paulo), 7 (3), 372-375. Doi: <https://dx.doi.org/10.12707/RIII1271>.
- Vincent, J.L., Rello, J., Marshall, J., Silva, E., Anzueto, A., Martin, C.D., Moreno, R., Lipman, J., Gomersall, C., Sakr, Y., Reinhart, K. & EPIC II Group of Investigators (2009). International study of the prevalence and outcomes of infection in intensive care units. *JAMA*. 302 (21), 2323-9. Doi: 10.1001/jama.2009.1754.

APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura: Prevenção da Infecção do Trato Urinário na Pessoa em Situação Crítica - Intervenção Especializada de Enfermagem

Título da Revisão

“Prevenção da Infecção do Trato Urinário na Pessoa em Situação Crítica - Intervenção Especializada de Enfermagem: Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura”.

Informação dos Autores

Joana Cristina Veríssimo Cunha – joanacunha@campus.esel.pt - Estudante do 9.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Mónica Bento - monicafsbento@escolasuperiorenfermagem.onmicrosoft.com - Professora do 9.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Maria Cândida Durão – candida.durao@esel.pt – Professora Coordenadora do 9.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Resumo

Objetivo: Revisar a evidência científica, no âmbito das intervenções de enfermagem que podem prevenir o aparecimento da ITU, com enfoque na CAUTI na PSC.

Contexto: A Infecção do Trato Urinário (ITU) é uma das infeções mais comumente associada aos cuidados de saúde e a grande maioria destas infeções é causada pela utilização de cateter urinário nas pessoas em situação crítica. Existem recomendações baseadas em evidência que permitem prevenir o aparecimento deste tipo de infeção.

Método: A metodologia a ser utilizada para a realização deste protocolo RIL irá ser adaptada do Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual, 2017. A pesquisa irá ser

realizada na Plataforma de busca EBSCO, com acesso às Bases de dados CINAHL²⁹ *Complete* e MEDLINE³⁰ *Complete*, na Base de Dados *ScienceDirect* e na PMC. Dos estudos que se irão encontrar vão ser incluídos artigos publicados no período de janeiro de 2009 a junho de 2019, que façam referência às intervenções de enfermagem na prevenção da infeção urinária em pessoas em situação crítica adultas, nos idiomas inglês, francês, espanhol e/ou português. Para este processo de seleção dos artigos vai ser utilizado o fluxograma PRISMA.

Discussão: Esta RIL terá como principal finalidade o desenvolvimento de conhecimento atualizado e fundamentado em evidência científica, no âmbito das intervenções de enfermagem que podem prevenir o aparecimento da ITU, com enfoque na CAUTI na PSC. Desta forma, a síntese da revisão deverá conter todas as medidas ou intervenções de enfermagem com impacto na prevenção da CAUTI na PSC.

Palavras-Chave: Critically Ill Patient; Nursing Interventions; Infection Control; Urinary Tract Infection; Catheter-associated Urinary Tract infection

Introdução

A ITU representa cerca de 15% de todas as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e a grande maioria destas infeções são causadas pela utilização de cateter urinário (Traynor, 2014; Gray, 2010). A infeção urinária associada a cateterização (CAUTI) está relacionada com complicações que prolongam a permanência hospitalar, aumentam os custos associados, a morbilidade e a mortalidade (Gould *et al.*, 2009).

No entanto, há descrição na literatura de que as ITU associadas a cateterização são geralmente considerados uma complicação evitável (Agodi & Barchitta, 2011), estimando-se que entre 17% e 69% de todas as CAUTI observadas possam ser prevenidas pela implementação de um programa de prevenção baseado em evidências que é particularmente importante em ambiente cuidados intensivos com alta prevalência de cateterismo urinário e uma alta percentagem de doentes com comorbilidades (Gould *et al.*, 2009).

²⁹ Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

³⁰ Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

Os enfermeiros são os profissionais de saúde com maior impacto ao nível da vigilância da pessoa, nomeadamente da pessoa em situação crítica (PSC) e interferem diretamente na inserção, manutenção e remoção do cateter urinário, compreendendo-se que a sua intervenção, baseada em evidência, poderá ser fundamental na prevenção e controlo da ITU, nomeadamente a CAUTI, quer no que diz respeito, não só, às medidas preventivas, mas também à orientação e consciencialização de toda a equipa multidisciplinar (Cunha & Andrade, 2011).

Assim, torna-se fundamental passar apenas da mera preocupação com esta problemática, para a implementação de intervenções que melhorem a atuação da equipa multidisciplinar, na qual o enfermeiro poderá ter um papel importante no que concerne a promoção e sensibilização da equipa multidisciplinar.

Uma revisão integrativa da literatura (RIL) é um dos métodos de pesquisa utilizados na prática baseada em evidência que permite a incorporação de evidências na prática clínica, e tem como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (Mendes, Silveira & Galvão, 2008). Pelo descrito a principal finalidade desta RIL irá passar pelo desenvolvimento de conhecimento atualizado e fundamentado em evidência científica, no âmbito das intervenções de enfermagem que podem prevenir o aparecimento da ITU, com enfoque na CAUTI na PSC.

Uma pesquisa inicial na JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports e nas Bases de Dados MEDLINE e CINAHL revelou que não havia nenhuma RIL (publicada ou em curso) sobre este tema específico.

Pergunta da revisão

Para esta pesquisa a pergunta de revisão levantada, de acordo com a questão PICO (Sousa, *et al*, 2017), foi a seguinte: *Quais as intervenções de enfermagem na prevenção da infeção urinária na pessoa em situação crítica?* e pode ser observada no **Quadro 1**.

			Palavras Chave –
P – Participantes	Quem foi estudado?	Pessoa em Situação Crítica	Critically Ill Patients
I – Intervenções	O que foi feito?	Intervenções de Enfermagem	Nursing Interventions
C – Comparação	Pode existir ou não	Não aplicável	Não aplicável
O – Outcome	Resultado Esperado	Prevenção da Infecção Urinária	Infection Control; Urinary Tract Infection; Catheter-associated urinary tract infection.

Quadro 1. Pergunta PICO

Critérios de inclusão e exclusão dos estudos e procedimento de pesquisa

Os estudos considerados para inclusão na RIL devem ser o mais claro e inequívoco possível (Lockwood *et al*, 2017). Idealmente devem ser incluídos todos os estudos encontrados, mas se tal possibilidade for inviável pela grande quantidade de achados, o revisor deve refletir sobre os critérios de inclusão ou exclusão pois um número muito elevado de estudos pode inviabilizar a construção da revisão ou introduzir vieses nas etapas seguintes (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Esta RIL pretende encontrar toda a evidência científica em língua portuguesa, inglesa, espanhola e/ou francesa, com foco nas intervenções de enfermagem na prevenção da ITU em pessoas em situação crítica adultas (maiores de 18 anos). Como limite temporal, apesar de Melnyk *et al*. (2005), defenderem que uma revisão da literatura deve abranger a evidência dos últimos cinco anos, para esta RIL pretende-se estender a pesquisa por um período temporal de 10 anos por se considerar que será uma pesquisa mais abrangente (de Janeiro de 2009 a Junho de 2019), e por se considerar pertinente efetuar um levantamento dos estudos disponíveis após a publicação das *guidelines* internacionais emanadas pelo CDC em 2009 sobre esta temática.

Os critérios de inclusão e exclusão, de acordo com a questão de investigação, são apresentados no **Quadro 2**.

Crítérios de Seleção	Crítérios de Inclusão	Crítérios de Exclusão
Participantes	PSC adulto (maior de 18 anos)	PSC criança ou jovem (menor de 18 anos)
Intervenção	Artigos com foco nas intervenções de enfermagem na prevenção da infecção urinária.	Artigos sem foco nas intervenções de enfermagem na prevenção da infecção urinária.
Comparação	Não Aplicável	Não Aplicável
Outcome	Prevenção da ITU na PSC	Artigos que não evidenciem a prevenção da ITU na PSC
Desenho	Todos os estudos (primários e secundários) quantitativos, qualitativos e mistos; Todos os estudos em inglês e/ou espanhol e/ou português e/ou francês; Estudos compreendidos entre 2009 a 2019.	Todos os achados da pesquisa que não apresentem metodologia científica ou que não apresentem resultados que abordem o tema da prevenção da ITU na PSC.

Quadro 2. Critérios de Inclusão e Exclusão

Estratégia de Pesquisa

Para dar resposta à questão levantada pretende-se efetuar vários cruzamentos em torno das palavras-chave: *Critically Ill Patient*, *Nursing Interventions*, *Infection Control*, *Urinary Tract Infection* e *Catheter-associated Urinary Tract Infection*. Estas palavras-chave irão ser pesquisadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e encontrados os descritores correspondentes - **Quadro 3**.

			Palavras em Linguagem Natural	Descritores DeCS
P - Participantes	Quem foi estudado?	Pessoa em Situação Crítica	Critically Ill Patient OR Intensive Care Patient OR Critical Patient	Critically Ill Patient (Termo Indexado da CINAHL)
I – Intervenções	O que foi feito?	Intervenções de Enfermagem	Nursing OR Nursing Interventions OR Nursing Care	Nursing OR Nursing Assessment OR Nursing Care OR Nursing Process

C – Comparação	Pode existir ou não	Não aplicável	Não aplicável
O – Outcome	Resultado Esperado	Prevenção da Infecção Urinária	Infection Control; Urinary Tract Infection OR Urinary Infection; Catheter-associated urinary tract infection.

Quadro 3. Linguagem Natural e Descritores Indexados

Tendo por base a definição do objeto de pesquisa irão ser escolhidas as bases de dados mais apropriadas. Na área da saúde as bases mais importantes são a MEDLINE; a *Cochrane Collaboration*; a PMC (PubMed Central®), a CINAHL, entre outras. Pelo descrito a pesquisa irá ser realizada na Plataforma de busca EBSCO, com acesso às Bases de dados CINAHL *Complete* e MEDLINE *Complete*, na Base de Dados *ScienceDirect* e na PMC.

Após a identificação das bases de dados, as palavras-chave e seus sinónimos, apresentadas no **Quadro 4**, irão ser conjugadas através dos operadores booleanos AND e OR.

Palavras-Chave	
Critically Ill Patient; Nursing Interventions; Infection Control; Urinary Tract Infection; Catheter-associated Urinary Tract infection	
Pesquisa 1 CINAHL Complete	(MH "Critically Ill Patients") OR critical patients OR critical ill patients OR intensive care patients AND (MH "Nursing Interventions") OR (MH "Nursing Process") OR "nursing" OR (MH "Nursing Assessment") OR (MH "Nursing Care") OR nursing Interventions OR nursing care OR nursing AND (MH "Infection Control") OR infection control OR prevention of infection OR (MH "Urinary Tract Infections") urinary tract infection OR urinary infection OR (MH "Urinary Tract Infections, Catheter-Related") OR Catheter-associated urinary tract infection

<p>Pesquisa 2 MEDLINE Complete</p>	<p>critical patients OR critical ill patients OR intensive care patients OR "Critically Ill Patients" AND nursing Interventions OR nursing care OR nursing OR (MH "Nursing") OR "Nursing interventions" OR (MH "Nursing Assessment") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Nursing Process") AND infection control OR prevention of infection OR (MH "Infection Control") OR urinary tract infection OR urinary infection OR (MH "Urinary Tract Infections") OR Catheter associated urinary tract infection OR (MH "Catheter-Related Infections") OR "Catheter-associated urinary tract infection"</p>
<p>Pesquisa 3 ScienceDirect</p>	<p>Adult Critical Ill Patient AND Nursing Interventions AND Infection Control AND Urinary Tract Infections AND Catheter-associated urinary tract infection</p>
<p>Pesquisa 4 PMC</p>	<p>(Critically ill patients) AND (nursing interventions) AND (infection control) AND (urinary tract infection) AND (catheter associated urinary tract infection)</p>

Quadro 4. Conjugação de operadores booleanos

A pesquisa dos artigos ficará corretamente documentada no Fluxograma. PRISMA³¹. Dos estudos inicialmente encontrados deverão ser incluídos os artigos publicados no período de janeiro de 2009 a junho de 2019, referentes a pessoas em situação crítica adultas, nos idiomas inglês, francês, espanhol e/ou português, que respondam à pergunta da pesquisa. Dos artigos que daí resultarem, irão ser lidos exaustivamente os títulos e excluídos os repetidos e os que não correspondem aos critérios de inclusão. Dos resultados, após leitura do resumo, serão incluídos artigos para leitura completa. Dos que serão selecionados para leitura na íntegra, serão excluídos os que não correspondam aos critérios de elegibilidade, resultando numa amostra final de artigos que irão ser analisados com auxílio de um instrumento de colheita de dados.

³¹ PRISMA is an evidence-based minimum set of items for reporting in systematic reviews and meta-analyses. In: <http://www.prisma-statement.org/>.

Avaliação da qualidade dos estudos incluídos na revisão integrativa

Os estudos elegíveis para inclusão na revisão devem ser avaliados quanto à qualidade metodológica, havendo uma grande variedade de listas de verificação e ferramentas disponíveis para avaliar sínteses de pesquisa ((Lockwood *et al*, 2017).

A análise da classificação das evidências do estudo irá ser fundamentada na proposta de Stetler *et al*. (1998) e referida por Sousa *et al* (2017), que classifica os estudos de acordo com seis níveis de evidência, sendo:

Nível I - estudos relacionados com a metanálise de múltiplos estudos controlados;

Nível II - estudos experimentais individuais;

Nível III - estudos quase-experimentais, como ensaio clínico não randomizado, grupo único pré e pós teste, além de séries temporais ou caso-controle;

Nível IV - estudos não experimentais, como pesquisa descritiva, correlacional e comparativa, com abordagem qualitativa e estudos de caso;

Nível V - dados de avaliação de programas e obtidos de forma sistemática;

Nível VI - opiniões de especialistas, relatos de experiência, consensos, regulamentos e legislações.

Extração de dados

Os artigos selecionados irão ser lidos na íntegra e posteriormente analisados com o auxílio de um instrumento de colheita de dados, que irá contemplar dados relacionados com a identificação dos autores, ano e periódico de publicação, metodologia, nível de evidência, intervenção estudada, principais resultados e conclusões (Sousa, *et al*, 2017). Para a organização e apresentação dos dados, pretendemos utilizar quadros que contemplem os resultados de cada estudo científico-

Quadro 5.

Identificação do Estudo	ARTIGO
Título	
Autor (s)	
Ano de Publicação	

Periódico de Publicação	
Nível de Evidência	
Objetivos	
Metodologia	
Intervenções Estudadas	.
Resultados	
Conclusão	

Quadro 5. Extração de dados

Síntese de dados

Os resultados serão apresentados em forma de narrativa, com agregação ou síntese de descobertas semelhantes entre os diferentes estudos. No final serão submetidos a uma síntese para produzir um único conjunto abrangente de descobertas sintetizadas que podem ser usadas como base para a prática baseada em evidências

Conclusão

A prática baseada em evidência é uma mais-valia no que diz respeito à prevenção da ITU na pessoa em situação crítica. Desta forma antecipamos que a síntese da literatura resultante desta pesquisa permita aos enfermeiros melhorar a qualidade dos cuidados prestados à PSC.

Conflito de Interesses

Sem qualquer conflito de interesse.

Referências Bibliográficas

- Agodi, A.; Barchitta, M. (2011). Epidemiology and Control of Urinary Tract Infections in Intensive Care Patients. DOI: 10.5772/23113.
- Cunha, B. S. S., Andrade, L. F. S. (2011). A atuação do enfermeiro na prevenção de infecção hospitalar em UTI adulto. *Enfermagem Brasil*. mar/abr2011, Vol. 10

Issue 2, p70-76. 7p. Acedido a 06/01/2019. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=86022143&site=ehost-live>.

Gould, C., Umscheid, C., Agarwal, R., Kuntz, G., Pegues, D., Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (2009). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. CDC. Acedido a 23/04/2018. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/cauti-guidelines.pdf>.

Gray, M. (2010). Reducing Catheter-Associated Urinary Tract Infection in the Critical Care Unit. *AACN Advanced Critical Care*, 21(3), 247–257. Doi: 10.1097/NCI.0b013e3181db53cb.

Lockwood C, Porrit K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, Loveday H, Carrier J, Stannard D. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute, 2017. Acedido a 06/01/2019. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>.

Melnyk, B.; Fineout-Overholt, E.; Stetler, C., Allan, J. (2005). Outcomes and implementation strategies from the first U.S. Evidence-Based Practice Leadership Summit. *Worldviews On Evidence-Based Nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society Of Nursing*, 2(3), 113-121.

Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758-764. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., Antunes, A. V. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, p. 17-26.

Souza, Marcela Tavares de, Silva, Michelly Dias da, & Carvalho, Rachel de. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102-106. <https://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.

Traynor, K. (2014). ICU infection-prevention efforts could be better, study finds. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 71(6), 444–446. Doi: <https://doi.org/10.2146/news140022>.