



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

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

Natália Lurdes Rodrigues Mendonça

**ADESÃO À UTILIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO DE
PROTEÇÃO INDIVIDUAL NA URGÊNCIA – PROJETO DE
MELHORIA CONTÍNUA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

Adesão à utilização do Equipamento de Proteção Individual na Urgência – Projeto de Melhoria Contínua

Relatório Final de Estágio

Natália de Lurdes Rodrigues Mendonça

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação da Professora Doutora Sónia Alexandra de Lemos Novais

“É fazendo que se aprende a fazer aquilo que se deve aprender a fazer.”

Aristóteles

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis pelo desenvolvimento deste Mestrado e pelas estratégias utilizadas, permitindo a participação neste momento formativo, que de outra forma era impossível.

À Professora Doutora Sónia Novais pela sua disponibilidade, compreensão, orientação, incentivo e desafio ao longo de todo este percurso formativo, tal como as aprendizagens, a força e motivação em todos os momentos.

Às duas instituições hospitalares da Região Autónoma dos Açores e respetivos Conselhos de Administração por permitirem a realização deste estudo bem como a autorização para a realização dos estágios.

À Enfermeira Ajuda e à Enfermeira Simone, pelo tempo disponível, pela ajuda e pelos imensos sorrisos que me arrancaram.

Às orientadoras, Enfermeiras Sofia e Márcia por todo o apoio, incentivo, aprendizagens e partilha de conhecimentos, contribuindo sem dúvida para o meu crescimento enquanto enfermeira e tornando mais fácil o tempo longe da família.

À Márcia pelas risadas, palavras sábias, conversas de incentivo e orientação, por toda a amizade e carinho.

Ao Fábio pela amizade, paciência, incentivo, aprendizagens, e por me ajudar a encontrar o norte nos momentos de desorientação o meu obrigada por aceites os desafios profissionais a que nos proponho, acreditando e alinhando sempre.

Ao Derek e à Débora pela amizade, pelo apoio, pelas inúmeras videochamadas, pela companhia nas viagens, pelas palavras de motivação e por estarem sempre perto quando é preciso, mesmo quando o mar nos separa.

À Guida pela demonstração da resiliência necessária, amizade e apoio incondicional.

À Helena pela amizade que se foi construindo, apoio, incentivo, paciência e exemplo.

Às equipas dos serviços por onde passei, aos colegas e amigos, pelo apoio e amizade, a cumplicidade e o empurrão de coragem para chegar ao fim com este projeto.

Aos colegas do Mestrado, pela partilha de experiências e apoio ao longo do percurso mesmo com milhas de distância.

Aos amigos, por compreenderem as ausências e apoiarem estando sempre presentes de inúmeras formas, inclusive durante o tempo que estive longe de casa.

Ao Sidónio e à Luísa pelas palavras de incentivo, pelo apoio e por todos os sorrisos, mas acima de tudo por acreditarem que era capaz.

Aos meus pais, irmão e irmã, por serem os meus pilares, por aceitarem e apoiarem as minhas decisões e os meus devaneios, pelos valores que me ensinaram, pela dedicação, pelo colo e abraço sempre disponível e a força de incentivo para não desistir.

E a ti, Paulo, por seres o meu porto seguro, o amigo, companheiro e namorado, que segurou tudo o resto, que me incentivou sempre, que me deu a mão ao longo deste tempo todo, sempre com o abraço de conforto, que secou algumas lágrimas que teimaram em aparecer, nunca deixou de acreditar que seria capaz, aqui está o resultado da dedicação e trabalho.

A todos os que de alguma forma estiveram ao meu lado durante este caminho de aprendizagens....

O meu muito obrigado!!!

“Cada pessoa que passa na nossa vida, passa sozinha,
Porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra.
Cada pessoa que passa pela nossa vida passa sozinha,
Não nos deixa só, porque deixa um pouco de si e leva um
Pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida
E a prova é que as pessoas não se encontram por acaso.”

(Charles Chaplin)

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCDE - *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

ATB - Antibióticos

CAT – Curso Avançado de Trauma

CD - Código Deontológico

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

COVID-19 – Coronavirus Disease 2019

DRS - Direção Regional da Saúde

ECDC – *European Centre Disease Control* - Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças

Ed. – Edição

Eds. - Edições

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI - Equipamento de Proteção Individual

FAP – Força Aérea Portuguesa

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

HDES – Hospital do Divino Espírito Santo

HER+ - *Health Event & Risk Management*

HH – Hospital da Horta

HM - Higiene das Mãos

HSEIT – Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

JBÍ - *Joanna Briggs Institute*

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ITU - Infecção do Trato Urinário

IQ - Índice de Qualidade

IGQ - Índice Global de Qualidade

ITLS - *International Trauma Life Support*

n. -Número

MRSA - *Staphylococcus aureus* resistente à metilina

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p.- Página

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção
PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PSC – Pessoa em Situação Crítica
RAA - Região Autónoma dos Açores
REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SABA - Solução Antisséptica de Base Alcoólica
SAV – Suporte Avançado de Vida
s.d. – Sem data
SHEA - *Society For Healthcare Epidemiology of America*
SIV – Suporte Imediato de Vida
SO – Sala de Observação
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SU - Serviço de Urgência
TSDT - Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica
UCCI – Unidades de Cuidados Continuados
VE - Vigilância Epidemiológica
WHO - World Health Organization
 μm – Micrómetro

RESUMO

A Pandemia causada pelo COVID-19, fez com que a nível mundial emergisse a necessidade da adesão a medidas de proteção por parte dos profissionais de saúde, de forma a serem prestados cuidados seguros. Estes estiveram na linha da frente, apesar do desconhecimento e dos receios, demonstrando um enorme sentido de responsabilidade, humanismo e resiliência.

Os fatores que condicionam a adesão à utilização do equipamento de proteção individual são diversos. Apesar do desconhecimento no início da situação pandémica, foi fundamental a existência de estratégias e intervenções implementadas em todos os serviços de forma a minimizar a transmissão e os efeitos desta doença. O papel da gestão e a comunicação entre os diferentes grupos profissionais teve um impacto muito positivo na disseminação das medidas implementadas.

Situações de exceção como a ocorrida nesta pandemia exigem uma atuação rápida e não são previsíveis, de todo, sendo de difícil coordenação. Porém a única medida de proteção identificada era o uso correto do equipamento de proteção individual salvaguardando a segurança na gestão dos cuidados.

Revelou-se necessário capacitar todos os profissionais, divulgando as diferentes *guidelines* nacionais e internacionais, planeando e implementando momentos de treino nos diferentes serviços com impacto no desempenho destes, permitindo o desenvolvimento de estratégias individuais e coletivas de adesão.

Com este trabalho pretendeu-se identificar quais os fatores que influenciam a adesão ao uso de equipamento de proteção individual pelos profissionais de saúde no serviço de urgência em contexto pandémico realizando um estudo baseado na metodologia de projeto de melhoria contínua de acordo com *Joanna Briggs Institute* e com as diversas etapas descritas na segunda parte do relatório.

Conclui-se que os fatores individuais não são as únicas condicionantes à adesão do equipamento de proteção individual, mas os fatores estruturais e organizacionais também afetam a adesão dos profissionais. Apesar da maioria dos profissionais de saúde reconhecer os riscos a que estão sujeitos, existe uma minoria que desvaloriza os mesmos. Assim, é necessário atuar de forma proactiva e dinâmica, envolvendo todos e garantindo a segurança dos cuidados e dos profissionais.

Palavras-chave: Covid-19; profissionais de saúde; equipamento de proteção individual; diretrizes

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has led to a worldwide need for health professionals to adhere to protective measures in order to provide safe care. They have been at the forefront, despite their ignorance and fears, showing an enormous sense of responsibility, humanism and resilience.

There are many factors that affect adherence to the use of personal protective equipment. Despite the lack of knowledge at the start of the pandemic, it was essential to have strategies and interventions in place in all services in order to minimize the transmission and effects of this disease. The role of management and communication between the different professional groups had a very positive impact on the dissemination of the measures implemented.

Exceptional situations such as the one that occurred during this pandemic require rapid action and are not at all predictable, making them difficult to coordinate. However, the only protective measure identified was the correct use of personal protective equipment, safeguarding safety in the management of care.

It proved necessary to train all professionals, disseminating the different national and international guidelines, planning and implementing training sessions in the different services with an impact on their performance, enabling the development of individual and collective adherence strategies.

The aim of this work was to identify the factors that influence adherence to the use of personal protective equipment by healthcare professionals in the emergency department in a pandemic context, by carrying out a study based on the continuous improvement project methodology according to the Joanna Briggs Institute and the various stages described in the second part of the report.

It concludes that individual factors are not the only conditioning factors for adherence to personal protective equipment, but that structural and organizational factors also affect professionals' adherence. Although the majority of health professionals recognize the risks to which they are subject, there is a minority who undervalue them. It is therefore necessary to act proactively and dynamically, involving everyone and ensuring the safety of care and professionals.

Keywords: Covid-19; healthcare professionals; personal protective equipment; guidelines

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Resumo dos Resultados da <i>Scoping Review</i>	80
Tabela 2 - Resumo da categorização das entrevistas semiestruturadas	81
Tabela 3 - Categorização profissional dos participantes do questionário	83
Tabela 4 - Conhecimentos de normas e uso de EPI.....	83
Tabela 5 - Avaliação da prática e frequência de formação.....	83
Tabela 6 - Duração da formação	84
Tabela 7 - Vantagens e dúvidas sobre EPI	84
Tabela 8 - Composição do EPI	85
Tabela 9 - Uso de luvas e SABA	85
Tabela 10 - Ordem de remoção do EPI.....	86
Tabela 11 - Classificação de fatores facilitadores e dificultadores	87
Tabela 12 - Sugestões de melhoria	88
Tabela 13 - IQ das Luvas por parâmetro geral.....	92
Tabela 14 - IQ das Luvas por categoria profissional	92

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de Fluxo PRISMA	80
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Uso de Antibacterianos - ECDC	54
Gráfico 2 - Distribuição por grupos - ECDC	54
Gráfico 3 - Adesão à higiene das mãos por categoria profissional	88
Gráfico 4 - Adesão à higiene das mãos por momentos	89
Gráfico 5 – Parâmetro: Seleção de Luvas	91
Gráfico 6 – Parâmetro: Uso de Luvas	91
Gráfico 7 – Parâmetro: Remoção de Luvas	91
Gráfico 8 - IQ por área geral de EPI	93
Gráfico 9 - IQ por critério individual de EPI	94

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	25
1. Enquadramento dos contextos de estágio	27
1.1. Estágio em contexto de urgência.....	27
1.2. Estágio em contexto de Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA).....	30
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	32
2.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal	32
2.2. Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	35
2.3. Competências do Domínio da Gestão de Cuidados	39
2.4. Competências do Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais....	41
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica	45
3.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica.....	45
3.2. Dinamiza a resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação	51
3.3. Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infecção 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	52
4. Considerações Finais	61
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....	63
1. Resumo	65
2. Abstract	67
3. Fundamentação/enquadramento teórico.....	69
4. Finalidade e objetivos	73
5. Metodologia	74

5.1. Desenho do estudo.....	74
5.2. Considerações éticas	76
6. Resultados.....	79
7. Discussão	95
8. Conclusão	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
APÊNDICES	119
APÊNDICE I FORMAÇÃO EM SERVIÇO	121
APÊNDICE II PROCEDIMENTOS.....	141
APÊNDICE III TABELA DE MEDICAÇÃO.....	151
APÊNDICE IV FORMAÇÃO EM SERVIÇO.....	159
APÊNDICE V TRAUMA	191
APÊNDICE VI PPCIRA.....	199
APÊNDICE VII – PROJETO.....	205
APÊNDICE VIII – OBJETIVOS DO ESTÁGIO	231
APÊNDICE IX – GUIÃO	245
APÊNDICE X – TABELA	249
APÊNDICE XI – TABELA.....	259
ANEXOS.....	264
ANEXO I: CERTIFICADOS.....	265
ANEXO II CERTIFICADOS	271
ANEXO III CONSENTIMENTO.....	283
ANEXO IV AUTORIZAÇÕES	287

INTRODUÇÃO

Os últimos três anos foram vivenciados no decorrer da Pandemia COVID-19 que obrigou a que os profissionais se adaptassem e ajustassem a todo o tipo de exigências, demonstrando a importância da diferenciação dos profissionais para assegurarem cuidados diferenciados e de qualidade (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho).

De acordo com a Deontologia Profissional, os profissionais têm o dever de se atualizarem, desenvolvendo competências e habilidades que vão ao encontro aos seus interesses e que possam ser benéficos para a comunidade onde se encontrem integrados (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

Os profissionais têm de ser capazes de adequar os seus conhecimentos e atuar assertivamente perante os clientes e situações com que se deparam, não fazendo julgamentos de valor e respeitando as suas decisões, crenças e valores (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

Nesse sentido, o Enfermeiro Especialista (EE) detém conhecimento vasto e habilidades diferenciadas, pelo que é uma referência onde presta cuidados sendo capaz de atuar de forma dinâmica e organizada no cumprimento das intervenções independentes e interdependentes. Acresce capacidade em comunicar de forma clara, concisa e pertinente com a equipa multidisciplinar e com o cliente e respetiva família, criando uma relação empática num ambiente seguro para a prestação de cuidados adequados (Ordem dos Enfermeiros - OE 2015).

Este relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica desenvolvido na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis. O interesse pela área de urgência advém da prática detida até à data, tendo preocupação relativa à aprendizagem e à melhoria dos cuidados, considerando o contexto onde está inserida. O interesse pela Prevenção e Controle de Infecção, foi desenvolvido ao longo do tempo, tendo neste momento importância e utilidade para os cuidados prestados, melhorando a qualidade e segurança destes. Qualquer uma destas áreas é de um vasto conhecimento técnico-científico e humano, com impacto direto para a pessoa em situação crítica.

As competências são habilidades e conhecimentos que os profissionais detêm baseadas e fundamentadas, sendo ou não específicas à área de especialidade (Regulamento 141/2019 de 6 de fevereiro).

A pessoa em situação crítica (PSC) é considerada aquela que tem a vida ameaçada e necessita de meios de monitorização, vigilância e medicação avançados de forma a garantir a sua recuperação e reabilitação (Regulamento 429/2018 de 16 de julho). O EE deve ser capaz de atuar de forma sistemática, organizada e rápida, mobilizando conhecimentos de forma a prevenir complicações para o doente (Regulamento 429/2018 de 16 de julho).

Os cuidados e os meios invasivos de tratamento estão diretamente relacionados com o aumento do risco de infeção e os profissionais devem estar consciencializados para a importância das Precauções Básicas do Controle de Infeção (PBCI) e da segurança dos doentes, implementando medidas de prevenção nos seus serviços (Plano Nacional para a Segurança dos Doentes – [PNSD] 2021-2030).

Ao longo do presente relatório será utilizada uma metodologia descritiva-reflexiva baseada nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, contextualizando as atividades desenvolvidas ao longo dos períodos de aprendizagem enumerando constrangimentos e estratégias de melhoria visando o aperfeiçoamento da prática diária.

Este relatório final é constituído por uma componente de investigação que apresenta um projeto de melhoria contínua sobre a temática da adesão à utilização de EPI num contexto de urgência, pretendendo identificar quais os fatores que influenciam o seu uso.

A situação de alerta mundial devido à Pandemia obrigou os serviços de saúde a uma resposta imediata garantindo cuidados perante o desconhecimento dos riscos. O papel da liderança e a resposta imediata de medidas de mitigação incluíram a segurança dos profissionais evitando o seu contágio através da utilização de EPI adequado. O serviço de urgência (SU) tem de dar resposta a todas as situações, por isso é necessário capacitar os profissionais para o conhecimento e utilização adequada das medidas de proteção disponíveis, garantindo a sustentabilidade dos materiais. Esta situação pandémica poderá não ser a única vivenciada a nível global nos próximos anos, por isso é necessário que se aprendam e implementem medidas de atuação rápida e adequada aos contextos envolvendo profissionais e gestão de topo.

Entre 2020 e 2022 o mundo deparou-se com a transmissão em larga escala do SARS-CoV-2, um vírus respiratório que se dissemina por gotículas respiratórias e ausência de distanciamento (Direção - Geral da Saúde - DGS, 2020). O desconhecimento inicial desta doença levou à necessidade emergente de medidas de mitigação e minimização do seu impacto devido às taxas elevadas de morbilidade e mortalidade mundiais (Johnson *et al.*,

2021). A escassez de matéria-prima dificultou as recomendações de atuação de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), que assenta na utilização e existência de EPI bem como na descalção do mesmo. Os serviços necessitam de normas implementadas para o seu uso correto de forma a garantir o acesso e evitar as ruturas de *stock* (Afeng-Nkansah et al., 2021).

Se por um lado medidas facilitadoras como momentos de treino, existência de circuitos, orientações claras e trabalho de equipa facilitaram a fluência da prática clínica, por outro lado, não considerar as sugestões dos profissionais, não melhorar as características do EPI disponível nem a redução dos momentos do seu uso ou a sua qualidade, dificulta a sua adesão e coloca em risco tanto os profissionais de saúde como os doentes. A existência de objetivos claros definidos e a envolvimento da gestão são dois dos pilares que melhorarão o desempenho de todos os envolvidos em qualquer instituição.

O projeto foi baseado na metodologia de *Joanna Briggs Institute* (JBI) e conta com a realização de pesquisa bibliográfica que fundamenta as conclusões. Foi aplicado um questionário online aos profissionais do Serviço de Urgência (SU) e foram realizadas quatro entrevistas semiestruturadas aos gestores das unidades hospitalares e enfermeiros gestores do SU.

Foram realizadas, nos SU, observações da adesão aos 5 momentos da HM, do uso de luvas e utilização/seleção adequada de EPI. A análise dos dados foi realizada em parceria com o Grupo de Córdenação Local do Programa de Prevenção e Controle de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA). Os resultados obtidos consistem na análise destes dados confrontando-os com a evidência científica obtida e por fim as conclusões relativas às implicações para a prática.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

Estágio no Serviço de Urgência e Estágio no GCL-PPCIRA

1. Enquadramento dos contextos de estágio

Neste primeiro capítulo será realizada uma breve caracterização dos contextos de estágio de enfermagem à pessoa em situação crítica II, estágio realizado em contexto de urgência e no GCL-PPCIRA. Atendendo à realidade do contexto insular da Região Autónoma dos Açores (RAA) é importante fazer uma pequena descrição de ambos os locais, pois existem características específicas de cada um devido à sua própria natureza periférica e localização. Os Açores são compostos por nove ilhas, mas cada qual com particularidades específicas e com apenas três hospitais de referência com várias especialidades, tendo os estágios ocorrido em dois destes contextos.

1.1. *Estágio em contexto de urgência*

O sistema hospitalar da RAA inclui três Hospitais que se articulam com as Unidades de Saúde das restantes ilhas e com hospitais afetos ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) através de diversos protocolos. Na RAA, diversos especialistas deslocam-se aos hospitais ou às Unidades de Saúde de Ilha, sendo que nas ilhas sem hospital, que apenas possuem cuidados de saúde primários, estas deslocações estão abrangidas pela Portaria nº 95/2018 de 2 de agosto (2018), permitindo nestes contextos o acesso aos clientes a cuidados de saúde diferenciados e indispensáveis.

Este hospital situado no grupo Central dá resposta a cerca de 14.300 pessoas residentes na ilha de acordo com os censos de 2021 (Secretaria Regional de Estatística dos Açores [SREA]), contudo a sua área assistencial estende-se às ilhas do Pico, Flores e Corvo. Neste contexto insular é necessário ter em conta a população flutuante, turistas e pessoas que apenas lá estão na época alta, dependendo desta instituição para a prestação de cuidados (Hospital da Horta, 2022).

O hospital tem como missão a “prestação de cuidados de saúde diferenciados à população de acordo com as suas necessidades, com qualidade e segurança, elevados padrões de eficácia, eficiência e a custos comportáveis, pautando a sua atuação pelos melhores princípios éticos e procurando assegurar também o melhor desempenho técnico-científico e o desenvolvimento pessoal e profissional dos seus colaboradores” (Hospital da Horta, 2023).

A sua Visão assenta na prestação de cuidados continuados, no aprimoramento e melhoria das suas valências apostando na qualidade e excelência, em sistemas certificados, sendo uma referência tanto a nível regional como nacional. Simultaneamente investe de forma

equitativa e igualitária zelando por uma cultura de segurança, com qualidade e excelência e eficácia nos cuidados prestados (Hospital da Horta, 2023). Tem a capacidade de 132 camas, divididas em diferentes áreas, sendo as principais áreas a médica e cirúrgica, separadas por espaços físicos destinados a adultos e crianças em diferentes pisos. Este hospital ainda dispõe na sua dependência de duas unidades satélite, um serviço de medicina e o serviço de hemodiálise, localizadas na Ilha do Pico desde 2019.

O SU fica no piso térreo, tendo sido remodelado em 2020 encontrando-se na sua proximidade a Unidade de Cuidados Intensivos e o Serviço de Medicina Hiperbárica. Este serviço presta cuidados à população 24 horas por dia, estando dividido por áreas, nomeadamente três boxes especificamente de cirurgia, ortopedia e medicina geral, duas salas com cinco cadeirões cada, denominadas área para doentes com sintomatologia respiratória, área de doentes sem sintomatologia respiratória e sala de observação (SO) com capacidade para sete camas, estando apenas cinco a funcionar em permanência quando foi realizado o estágio. Este serviço é o único na ilha que presta cuidados a vítimas em situação urgente e emergente transportadas pela equipa de Suporte Imediato de Vida (SIV).

A Equipa multidisciplinar é constituída por médicos, assistentes operacionais, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica bem como assistentes técnicos, garantindo, desta forma, um atendimento eficaz, eficiente e adequado. A equipa de enfermagem tem na sua constituição vinte e oito enfermeiros, onde alguns elementos da equipa são escalados para a Unidade de Cuidados Intensivos e para a SIV. Desta equipa, sete enfermeiros são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, incluindo a enfermeira chefe, e um Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Os circuitos implementados no SU iniciam-se pela triagem do doente, através dos fluxogramas do sistema de Triagem de Manchester, realizada pelos enfermeiros que possuem a formação específica para a sua realização, tal como determinado pelo Grupo Português de Triagem, sendo o doente de seguida encaminhado para a respetiva área de atendimento.

Atendendo ao mencionado, a organização e diferenciação clara da estrutura do serviço serviu para melhor compreender como se pretende um SU funcional nas diferentes tipologias de doentes. Isso permitiu uma integração com maior segurança para o desenvolvimento dos objetivos estabelecidos. Apesar da vastidão de saberes inerentes à pessoa em situação crítica depreende-se que a organização interna do SU foi um elemento facilitador. Acompanhar todo o processo e seguimento permitiu uma avaliação contínua e introspeção crítica sobre as componentes pessoais e profissionais que necessitavam de aperfeiçoamento.

No caso de uma vítima emergente, o serviço dispõe de uma sala de reanimação equipada e pela qual os serviços de socorro entram diretamente alertando antecipadamente e dispondo do acompanhamento da equipa de SIV.

Todos os registos e prescrições são informatizados, utilizando o serviço o *software* SClínico, onde se realizam as notas de enfermagem, o planeamento de intervenções, a validação de prescrições, a implementação de medidas e sua avaliação. Todo este processo visa a alta ou encaminhamento do doente, estabilizando a situação e prestando cuidados de maior qualidade e segurança. É boa prática neste serviço, caso o doente seja encaminhado ou transferido por decisão médica para outra ilha ou instituição, ser acompanhado da carta de alta de enfermagem. Existe um modelo próprio instituído no serviço que contém a informação completa sobre a situação do cliente e a síntese dos procedimentos e intervenções realizadas bem como cuidados necessários. Importa referir que os doentes que são encaminhados para outras unidades hospitalares para procedimentos via transferência aérea em voo regular são acompanhados por enfermeiro e esta decisão é precedida de uma reunião multidisciplinar e posterior contacto pela parte médica com a especialidade necessária. Os critérios de transferência estão relacionados com a inexistência de resposta no hospital devido à diferenciação de cuidados necessária e/ou necessidade de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, em caso da necessidade da realização de um cateterismo o único hospital habilitado é o HDES, existindo apenas uma sala de hemodinâmica. No caso do doente urgente em que não exista resposta diferenciada no HH, é acionado o transporte emergente, através da Unidade de Evacuações Aérea, sediada no Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores, em que a equipa de profissionais de saúde é residente no HSEIT.

O acompanhamento de doentes a nível intra-hospitalar tem em consideração os critérios de transporte de doente crítico atendendo à situação clínica, sendo o acompanhamento realizado pela equipa de profissionais de saúde do SU, enfermeiro, assistente operacional e/ou médico, consoante a avaliação de risco.

Ao longo do estágio pôde-se constatar que os profissionais são dinâmicos e estão consciencializados para os riscos a que estão sujeitos bem como das particularidades deste contexto, demonstrando capacidade de tomada de decisão rápida, adequada e de acordo com os protocolos implementados. Tal facto, favoreceu o aprofundamento científico e humano pretendidos e pelo qual a Enfermagem como disciplina e profissão se dedica. Desse modo, ao longo do percurso profissional, foram realizados outros cursos que complementassem os momentos de aprendizagem e melhorassem a atividade assistencial. A formação contínua é imperiosa, pois entende-se que uma boa prática tem como alicerce

uma teoria sólida baseada na mais recente evidência científica. Acrescenta-se a isso o despertar na realização de esforços para o desenvolvimento de competências avançadas sob a forma de trabalhos académicos focalizados na valência do controlo de infeção.

1.2. Estágio em contexto de Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA)

Este hospital é outra das referências de cuidados na RAA, situado no grupo central e com uma atividade assistencial de influência especialmente das ilhas da Terceira, Graciosa e São Jorge de cerca de 67.200 pessoas, juntando ainda população flutuante e utentes encaminhados para especialidades específicas das restantes ilhas. Esta unidade hospitalar colabora diretamente com as Unidades de Saúde de Ilha. Este hospital tem uma estrutura física de 5 pisos, com diferentes serviços e uma capacidade de 239 camas com uma lotação praticada de 211 camas. Aqui, como já mencionado, está alocada a unidade de evacuações aéreas, sob a alçada do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores que conta com a colaboração da Força Aérea Portuguesa (FAP) (Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, 2023).

Esta unidade hospitalar tem como Missão a prestação de cuidados abrangentes em diversas áreas desde o diagnóstico à investigação, garantindo cuidados adequados às necessidades baseados na melhor prática e utilização de recursos disponíveis e eficazes (Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, 2023).

A sua Visão alicerça-se na referência institucional da prestação de cuidados de qualidade e facilidade de acesso, garantindo a satisfação dos utentes e recursos humanos, bem como a articulação interinstitucional. (Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, 2021).

Os valores deste hospital baseiam-se na “centralização, humanização, ética, integridade, transparência, respeito e sustentabilidade ambiental” (Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, 2021).

O GCL-PPCIRA encontra-se no 2º Piso, sendo composto por uma equipa multidisciplinar de assessoria técnica, contando a tempo inteiro com uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica (EEEMC).

A área de Controlo de Infeção tem vindo a sofrer grandes transformações e tem tido em Portugal uma evolução positiva. O Programa do PPCIRA é resultado de uma alteração de legislação onde ocorre a junção de dois programas específicos, nomeadamente o Programa

Nacional de Controlo de Infecção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos em 2013 (Despacho nº 15423/2013 de 26 de novembro, 2013). Este despacho está atualmente revogado, através do Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro (2022), encontram-se as alterações do PPCIRA a nível da sua estrutura orgânica. Os objetivos gerais do PPCIRA são a redução da taxa de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), o uso racional dos antimicrobianos e a redução da taxa de resistências a antimicrobianos (Despacho n.º 10901/2022, 8 de setembro, 2022). Este é considerado um programa prioritário e a Pandemia por COVID - 19 veio reforçar, de forma significativa, a sua importância nos contextos de prática clínica.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

A enfermagem é uma ciência em constante evolução e a aprendizagem dos profissionais envolvidos é de extrema importância, pelo que é fundamental apostar na formação e aquisição de conhecimentos bem como desenvolvimento de habilidades de tomada de decisão. Segundo a OE, o enfermeiro especialista demonstra habilidade e conhecimentos diferenciados e é capaz de tomar decisões de forma fundamentada, implementando medidas adequadas aos contextos e cenários onde se encontre. Por isso, no decorrer dos estágios desenvolveram-se atividades diretamente relacionadas com as competências definidas pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Segundo Amaral & Figueiredo (2021), competência é entendida como um saber agir adequado e rápido, mobilizando e integrando conhecimentos e procedimentos a um determinado contexto, tendo em conta as aprendizagens e a experiência profissional individual.

Os domínios descritos pelo Regulamento 140/2019 de 6 de fevereiro (2019) são quatro e neste capítulo pretende-se demonstrar e refletir sobre as atividades desenvolvidas nos estágios bem como as competências adquiridas e a importância para o alcance do título de Mestre em Enfermagem.

2.1. *Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal*

A profissão de enfermagem encontra-se regulamentada, tendo a OE papel jurídico e autónomo, os estatutos e o regulamento do exercício profissional do enfermeiro onde estão claros e especificados os conceitos e responsabilidades dos profissionais. Ela assenta em valores universais e os profissionais tem o dever de zelar pela dignidade da pessoa humana, respeitando o direito de liberdade, privacidade, informação, sendo responsáveis pelas suas decisões e implicações das mesmas.

A humanização dos cuidados prestados é essencial e a prática deverá refletir a segurança do ambiente garantindo sempre a privacidade e a intimidade da pessoa, estando obrigado ao sigilo profissional, partilhando as informações pertinentes com a equipa sem quebrar a relação de confiança (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). Neste processo de aprendizagem

foram encontrados alguns dilemas que exigiram reflexão e obrigaram ao encontro de estratégias de resolução. Nunes (2015) descreve alguns dos dilemas éticos no SU como a transmissão de informação, especialmente as más notícias, o sigilo profissional, o trabalho em equipa e a comunicação, a distribuição de recursos e a humanização dos cuidados.

A permanência no SU pode causar um sentimento de maior ansiedade que a realidade de um internamento previsto, tanto para o doente como para a sua família, uma vez que a recorrência a estes serviços implica momentos de fragilidade a nível de saúde. Para além disso, devido à sobrelotação destes serviços verifica-se um distanciamento aquando dos cuidados, o que causa lacunas nos tão desejados cuidados humanizados. Assim, durante o período de estágio tentaram cumprir-se os princípios ético-legais, de forma a melhorar a prática, encontrando estratégias para colmatar as dificuldades encontradas.

Considerando o Código Deontológico da OE (2015), os artigos 105º, 106º e o 107º, verificou-se que devido às condições físicas e à afluência de doentes existiam melhorias a implementar. Foi sentida a dificuldade na garantia de privacidade e do sigilo aquando da presença de doentes na sala destinada a pessoas com sintomas respiratórios e não respiratórios, cadeirões sem barreira física entre eles, sendo os procedimentos realizados junto ao doente, sem qualquer reserva da privacidade entre eles, quer a nível das técnicas efetuadas, quer ao nível da informação clínica transmitida. Vivenciou-se, portanto, constrangimentos na dualidade, monitorização hemodinâmica *versus* reserva da privacidade, mostrando-se estas inversamente proporcionais, pois, quanto maior a monitorização, menor a privacidade que se pretende assegurar.

Na Sala de Observação, a privacidade foi sempre garantida aquando dos cuidados prestados, informando os clientes de todos os procedimentos a realizar e dando respostas às necessidades e questões por estes colocadas. Foram adotadas estratégias relacionadas com a comunicação terapêutica desde o cuidado aquando do toque, o olhar, o tom de voz mais baixo e a escuta ativa que favoreceram a relação empática com os doentes (Melo, 2014). A capacidade de mobilizar recursos e saberes influencia o modo de agir e desenvolver aprendizagens, permitindo sensibilização e troca de opiniões com os colegas levando à reflexão da melhoria da prestação de todos.

A sugestão de melhoria proposta a nível estrutural, nomeadamente a criação de uma sala para a realização de acolhimento do doente, onde se realizassem simultaneamente procedimentos invasivos, como a colocação de cateter venoso periférico, e promovesse-se a salvaguarda das informações iniciais obtidas, garantindo sigilo, privacidade e segurança revelou-se uma mais valia no impacto da melhoria do desempenho dos profissionais, bem

como na redução de riscos de infeção acrescidos e redução de custos, atendendo a uma disposição dos materiais num espaço mais circunscrito.

A partilha de informação era realizada com os elementos envolvidos no seguimento das situações, a nível multidisciplinar. Com os doentes foi sempre assegurado todo o cuidado de utilizar uma linguagem acessível e clara, garantido a compreensão do que era transmitindo, bem como os recursos disponíveis para ajudar na resolução dos problemas detetados.

Dado que a PSC está muito associada a diversos meios de monitorização invasiva e ao controlo constante, permitindo detetar alterações no estado do cliente e atuar de forma rápida, a vigilância destes doentes foi garantida através dos meios disponíveis de monitorização e vigilância, bem como da capacidade de mobilização de conhecimentos antecipando possíveis mudanças.

Fui capaz de ficar responsável pelo SO, gerindo prioridades de atendimento, realizando procedimento interdependentes de forma assertiva e responsável e tendo sempre o cuidado de garantir a privacidade e o sigilo utilizando as barreiras estruturais existentes e as estratégias de comunicação eficazes, assegurando uma relação empática com os doentes bem como a segurança dos cuidados. A responsabilidade desta área exigiu que fosse capaz de liderar as intervenções a adotar e realizar o acompanhamento e vigilância destes doentes de forma humanizada e competente. Aqui foi possível desenvolver competências e habilidades que fomentaram a relação com a equipa multidisciplinar, sendo um elemento ativo nas reflexões realizadas. Em pleno contexto pandémico foi obrigatório estabelecer estratégias de contacto entre doentes e familiares seguras, garantindo o sigilo, uma vez que estavam interditas as visitas. Desta forma, apenas eram facultadas informações pelo enfermeiro responsável a um familiar identificado no processo do doente. Foi mantida ao longo do tempo uma postura profissional e o cuidado quanto à comunicação não verbal e gestos que pudessem ter impacto nas relações estabelecidas, garantindo a confidencialidade das conversas, não falando sobre nenhuma situação nos corredores nem entre profissionais não envolvidos nos cuidados. Situações que implicassem abordar temas mais sensíveis e pessoais foi tido o cuidado de o fazer numa das boxes, onde apenas se aloca um doente assegurando a privacidade e o silêncio muitas vezes necessário.

No GCL-PPCIRA, o contacto e partilha de informação é realizado entre profissionais não existindo praticamente contacto com os doentes ou família, pelo que é garantido a partilha de informação necessária à continuidade dos cuidados de qualidade com os envolvidos no plano de cuidados, utilizando uma comunicação eficaz, clara e pertinente.

A humanização dos cuidados é centrada no doente respeitando-o como um todo, de forma holística e também assegurando um ambiente seguro e uma relação empática (Valenzuela

et al., 2019). Considerando o artigo 99º - Princípios Gerais da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015), garantindo a dignidade e liberdade de escolha bem como a responsabilização pelos atos realizados, sempre foram respeitadas crenças, decisões e valores dos clientes, sem realizar juízos de valor e assumindo a responsabilidade pelas decisões tomadas. A responsabilização pelos cuidados prestados foi sempre assegurada, mostrando capacidade de flexibilidade, adaptação, resiliência e organização. A liderança demonstrada na tomada de decisão das situações que exigiam atuação rápida foi sempre fundamentada e de acordo com metas e objetivos determinados no plano de cuidados concebidos, garantindo a estabilidade dos doentes e a organização dos cuidados. Nora et al., (2016) salientam que a tomada de decisão tem de ser ponderada e que quanto mais sensível é o profissional moralmente, mais acertada é a sua decisão.

2.2. *Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade*

Considerando o Regulamento 140/2019, de 6 de fevereiro (2019), o EE deve ter um papel dinamizador na instituição e no serviço, devendo desenvolver projetos e programas de melhoria, mobilizar conhecimentos com capacidade de sentido crítico, garantindo a existência de um ambiente terapêutico e seguro.

Dias (2014) afirma que a qualidade em cuidados de saúde assenta em pilares como equidade, efetividade, eficiência e eficácia, tendo os profissionais de saúde um papel fundamental na definição e implementação dos objetivos e estratégias a atingir. Também os Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica delineados pela OE (2017) assumem a importância do contexto, dos recursos materiais e humanos para a melhoria dos cuidados, satisfazendo os clientes que atualmente tem mais literacia e mais conhecimentos. Assim, os cuidados prestados pelo EE, além da visão holística do doente, devem integrar a família, garantindo a satisfação destes e a utilização de recursos existentes, tendo em conta o contexto, com vista à promoção da saúde e à adoção de estratégias de melhoria.

O EE tem capacidade de desenvolver práticas fundamentadas na melhor evidência, desenvolvendo projetos de melhoria contínua que tenham o objetivo de melhorar os cuidados prestados e que sejam reconhecidos por outros elementos (OE, 2017). Sabendo que estamos a viver o impacto da pandemia, desconhecendo ainda muitos dos seus efeitos, foi demonstrada capacidade de atuação, adaptação e resiliência, mesmo com a forte condicionante da utilização de EPI de forma quase integral, foram sempre garantidos os cuidados necessários à população que deles necessitaram.

Desta forma, enquanto futura EE, foi desenvolvido um projeto de melhoria relativo à adesão ao EPI em contexto de urgência que implicou a participação e a envolvimento em auditorias relacionadas com HM e a utilização de luvas, contribuindo para a sensibilização dos profissionais e permitindo a implementação de medidas atualizadas e uniformizadas para os cuidados.

O papel de liderança e capacidade de motivação dos gestores é um elemento-chave para que os profissionais se sintam envolvidos com os objetivos, metas e estratégias delineadas pela instituição (Dias, 2014). O líder enquanto facilitador deve coordenar processos estruturais, organizacionais e humanos, gerindo conflitos, atendendo a processos de mudança e transformação, agindo de forma criativa e estratégica que permita o exercício profissional e o desenvolvimento de competências da sua equipa. Uma boa capacidade de comunicação, a capacidade de autocritica e consciencialização dos limites permitem que os erros sejam minimizados. Ser capaz de organizar e priorizar os cuidados, demonstrando conhecimentos e utilizando-os na prestação de cuidados levou à melhoria e integração na dinâmica da equipa, garantindo a segurança dos cuidados e participando ativamente, o que permitiu o desenvolvimento de competências mais complexas e o cumprimento de procedimentos estabelecidos corretamente, sendo um elemento facilitador na integração na equipa.

Todos os enfermeiros que desempenham funções num SU devem ser detentores de formações específicas, como o caso do Suporte Avançado de Vida (SAV), o curso Avançado de Trauma (CAT) e a triagem de Manchester. Existem outras áreas de formação em desenvolvimento, inclusive, a equipa do SU tem um grupo de formação que realiza formações internas. Os momentos de passagem de turno realizados no SU eram também momentos de reflexão que permitiram a melhoria dos cuidados. A forma como decorria a passagem de doentes não era uniforme nem existia nenhum instrumento implementado no serviço dentro desta temática. Considera-se que os elementos das equipas quando atuam de forma similar, onde todos reconhecem a linguagem e os procedimentos, existe uma melhoria no desempenho que é uma mais valia, como defende a DGS em diferentes manuais de boas práticas implementados. Considerando a necessidade de melhoria neste âmbito, foi elaborada uma formação para os elementos do SU sobre a Comunicação Eficaz na transição de cuidados de saúde – ISBAR, de acordo com a norma da DGS 001/2017 de 8 de fevereiro (2017) e elaborado um documento uniforme para a passagem de informação a que a equipa aderiu até ao final do estágio fazendo uso do mesmo (Apêndice I). Rodrigues et al., (2016) afirmam que a existência e o uso de um documento de apoio à passagem de turno são sinónimos de melhoria e aperfeiçoamento estando a enfermagem em constante evolução e crescimento, primando pela tomada de decisão consciente e devidamente fundamentada

baseada na mais recente evidência (Sousa et al., 2019). Após a formação verificou-se que os profissionais começaram a utilizar este instrumento, os registos foram-se uniformizando e permitiu que o mesmo impacto tivesse na minha prática, seguindo uma sistematização nos registos escritos e na passagem de informação, diminuindo o erro de falha de alguma informação essencial dos cuidados, metodologia adotada onde exerço funções atualmente. O EE deverá deter habilidades e capacidade crítica que lhe permitam mobilizar conhecimentos teórico-práticos no que respeita ao acompanhamento da PSC. Uma vez que, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica é uma das causas mais comuns de morte a nível mundial e um dos motivos de admissão frequentes neste serviço e, atendendo a que o serviço não dispõe de protocolos de atuação para a realização e interpretação de gasometria arterial, técnica esta realizada no SU predominantemente por enfermeiros, considerou-se importante a implementação de um procedimento com o objetivo de normalizar a prática clínica, pois a sua interpretação permite uma atuação imediata, garantindo a diminuição do risco de alterações respiratórias graves (Gaspar, 2021).

Canastra e Ferreira (2012) afirmam a importância de o enfermeiro ser um líder com visão, pensamento crítico, criatividade, dinâmica e capaz de motivar para a mudança. A liderança era vista como algo limitado a características inatas ligadas à personalidade porém, atualmente considera-se que existem diferentes formas para melhorar e desenvolver esta aptidão. Ser capaz de participar ativamente, desenvolver normas, reconhecer a necessidade de melhorias a implementar, demonstrar capacidade de resposta e gestão de conflitos, solucionando situações de forma assertiva, com uma tomada de decisão ponderada são características importantes enquanto EE, acreditando ter conseguido desenvolver e evidenciar estas competências com impacto na dinâmica do dia a dia.

Segundo Melo (2014), o contexto tem influência sobre os profissionais bem como estes sobre o meio e os restantes elementos, por isso é fundamental alinhar os objetivos e metas da instituição com os da equipa de forma a alcançar os objetivos definidos, por isso adequar o método de trabalho à dinâmica implementada e às características do espaço, mostrando capacidade de resposta adequada é essencial para a qualidade dos cuidados, a planificação de atividades devidamente fundamentadas, a priorização das mesmas e a capacidade de organização fomentando a segurança dos cuidados prestados (Amestoy et al., 2017).

De acordo com o Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC), Portugal é um dos países com elevada taxa de resistências aos antimicrobianos, sendo um dos objetivos do PPCIRA o uso racional dos antibióticos (ATB), de forma a serem utilizados adequadamente, devendo os médicos quando suspeitam de quadro infeccioso iniciar

antibioterapia empírica procedendo à pesquisa para implementação do ATB sensível e de menor espectro que iniba o crescimento bacteriano (Schoppmeyer, 2010).

O autor acima referido salienta que a colheita de sangue para hemocultura é um passo essencial na prescrição ATB, pois a qualidade da colheita poderá inviabilizar os resultados e, consequentemente, o tratamento a instituir ao doente. Neste sentido, visando a melhoria da prestação de cuidados e a minimização do risco de contaminação, foi elaborada a norma operacional e posteriormente implementada (Apêndice II).

Para qualquer um destes trabalhos foi realizada pesquisa bibliográfica de forma a permitir a fundamentação teórica, o que contribuiu para a aquisição de conhecimentos, atualização, desenvolvimento de sentido crítico e melhoria da prática enquanto futura EE.

Machado (2021) realça como fundamental que todos os Profissionais de Saúde devem ter o conhecimento da organização do serviço e, inclusive, deve ser assegurado que estes devem ser detentores das formações consideradas de cariz obrigatório para desempenhar funções num SU de forma a minimizar erros e incidentes. Neste sentido, no decorrer do estágio foram realizados os cursos de *International Trauma Life Support* (ITLS) e de SAV, tendo estes permitido para o desenvolvimento de competências e habilidades essenciais para uma atuação rápida em situações de emergência/PSC, tendo já a recertificação agendada (Anexo I).

A abordagem da PSC é complexa e multifacetada e em cenários muitas vezes adversos e de elevado stress. Se por um lado, os SU estão sobrelotados por serem, muitas vezes, o último recurso para os utentes por estes não terem outro local ao qual recorrer, por outro lado, existe uma Política exigente relativamente ao uso do medicamento (Machado, 2021). Um dos erros mais frequentes de ocorrer em ambiente de prestação de cuidados de saúde está relacionado com a medicação (Forte et al., 2017). No mesmo alinhamento, a OMS (2017) preconiza o reconhecimento dos medicamentos e a sua segurança como um problema existente nas instituições. O processo de gestão do medicamento tem início na sua seleção, no armazenamento, na prescrição, na validação, na preparação e monitorização (DGS, 2016). São vários os fármacos prescritos em situações de urgência, na sua maioria, recorrendo-se à mesma via de administração, o que pode conduzir a interações medicamentosas e/ou erros de administração com efeitos colaterais ou antagonizantes para o utente. Face a esta problemática e após uma reflexão com a equipa de enfermagem foi elaborada uma ferramenta de consulta rápida de interações medicamentosas. A mesma foi disponibilizada no SU e Unidade de Cuidados Intensivos após aprovação (Apêndice III).

Ao longo de todo o estágio foram sempre asseguradas as medidas de Prevenção e Controlo de Infecção, colaborando inclusive, com o PPCIRA na revisão do Plano de Contingência para

Infeções emergente: Infecção por Covid-19, de forma a rever os procedimentos internos adequados à fase pandémica vivenciada (fase de mitigação). Ainda neste sentido foi ministrada uma formação para assistentes operacionais do SU, a pedido do enfermeiro gestor do SU, devido à necessidade de recordar as PBCI e minimizar o risco de infeção cruzada. A adesão pelos profissionais foi satisfatória, tendo sido dado *feedback* positivo e ficando a apresentação disponível na instituição para utilizações futuras, uma vez que a temática constava no plano de formação da mesma (Apêndice IV).

Fragata (2021, p. XIII) salienta que “não existe qualidade sem segurança(...)e que ao longo do tempo as instituições desenvolveram um papel dinamizador com o intuito de atingir os cuidados de excelência”.

2.3. *Competências do Domínio da Gestão de Cuidados*

O EE tem de adotar uma postura de gestão e liderança adequada ao contexto onde está inserido, otimizando a resposta às situações em articulação com a sua equipa (Regulamento 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

Canastra e Ferreira (2012) afirmam a importância de o enfermeiro ser um líder dinâmico, criativo, que assuma a necessidade de mudança como melhoria. Liderar está intimamente relacionado com as relações entre pares e interpessoais, sendo necessário comunicar de forma clara e eficiente (Ribeiro et al., 2006). Desse modo, considera-se indispensável que a capacidade de liderança seja continuamente desenvolvida, considerando-se como requisitos necessários o desenvolvimento de *soft skills*, nomeadamente, capacidade de comunicação, flexibilidade e resiliência, trabalho em equipa, criatividade, proatividade, empatia, pensamento crítico e atitude positiva. Acredito que, ao longo do meu percurso, desenvolvi estas competências que se constituíram como fundamentais na integração das diferentes equipas e que me permitiram ser um elemento autónomo e com competências reconhecidas pelos pares.

A gestão de cuidados implica a otimização da resposta e a qualidade dos cuidados, gerindo a equipa, orientando as atividades a desenvolver e integrando novos elementos.

De acordo com Ribeiro et al., (2006), os líderes, independentemente do seu estilo, devem ser capazes de motivar e estimular a equipa para a mudança, ser proativos e capazes de gerir conflitos sem comprometer a atividade assistencial e os cuidados a prestar.

A PSC exige cuidados diferenciados e monitorização continua e muitas vezes invasiva, pelo que o enfermeiro, além da componente técnica diferenciada, deverá estar empoderado com ferramentas que lhe permitam exercer um cuidado humanizado com a envolvência da família (Cunha, 2020). Portanto, nos cuidados à PSC importa atender aos princípios éticos pelos quais a Enfermagem se rege. Seguindo esta linha de pensamento, compreende-se que para uma

liderança eficaz, as tomadas de decisões também têm de se basear numa componente ética sólida. O líder deve envolver-se na equipa e nas atividades a desenvolver, sendo capaz de coordenar, gerir os recursos e distribuí-los adequadamente ou de forma a minimizar o impacto na qualidade dos cuidados (Regulamento 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019). Enquanto futura EE acredito que aprimorei a capacidade de tomada de decisão, assegurando sempre a responsabilidade pelas mesmas, procurando definir soluções funcionais adequadas ao contexto e garantindo cuidados de qualidade. Este percurso irá, certamente, determinar também a minha capacidade de supervisão e melhoria dos cuidados em qualquer contexto de prática clínica. Ter conhecimento da estrutura organizacional, ter a capacidade desenvolvida de adaptar o enquadramento normativo aos contextos e ser capaz de comunicar de forma clara e concisa são fatores fundamentais para a gestão de imprevistos e resolução de problemas complexos, garantindo um ambiente saudável que pode ser desafiante mas necessário para o aperfeiçoamento do desempenho de todos. Este acompanhamento permitiu consolidar conhecimentos já adquiridos em que o verdadeiro líder é um exemplo, com sentido de autoconhecimento e capacidade de negociação e resposta.

A OE é responsável pela elaboração do modelo que garanta os cuidados adequados tendo em conta as características do contexto, surgindo assim a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, 2019).

Tendo em consideração o Regulamento 140/2019, de 6 de fevereiro (2019), o EE deve otimizar o trabalho de equipa adequando às necessidades os recursos, através da implementação de métodos de trabalho adequados e organizados, utilizando os materiais de apoio à gestão que dispuser e distribuindo os recursos de forma eficiente e eficaz. A dotação segura além do nível de qualificação profissional tem em conta o perfil de competências de cada elemento, permitindo adequar os recursos às necessidades de cada contexto, não se limitando à contabilização de horas de cuidados por parte dos profissionais (Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, 2019). Esta é uma dificuldade sentida em todos os serviços e transversal ao SNS, tendo impacto na integração de novos elementos.

Amaral e Figueiredo (2021) salientam a importância do perfil de competências definido pela OE bem como a importância na contribuição para a formação de profissionais. Isto está também definido no ponto 6 do REPE (p.103) “...a). Organizando, coordenando, executando, supervisionando e avaliando a formação dos enfermeiros...” (Lei nº 156/2015 de 16 de setembro (2015). Considera-se que a integração nos diferentes estágios, decorreu sem incidentes, sendo fácil o envolvimento na equipa, onde estes elementos foram facilitadores

da aprendizagem, permitindo o desenvolvimento das competências através do contacto com o maior número de situações ocorridas. A partilha de experiências, o ambiente existente, a confiança entre profissionais e a comunicação clara entre todos, contribuirão para o crescimento profissional, desenvolvimento de saberes e aptidões, tal como a facilidade da integração, permitindo dar a resposta adequada à PSC, priorizando cuidados e utilizando os recursos existentes.

2.4. Competências do Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Este quarto domínio remete para a capacidade do EE reconhecer os seus limites, o autoconhecimento enquanto pessoa e a capacidade de adaptação perante situações como conflitos, sendo capaz de solucionar as situações assertivamente (Regulamento 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019). A aprendizagem envolve e valida as experiências de cada um. O Modelo de Desenvolvimento socioprofissional caracterizado pela aquisição de competências em cinco estados, valoriza as experiências desde “*Novice a Expert*” (Benner et.al., 2009). Ao longo do tempo a evolução vai ocorrendo, não sendo apenas o conhecimento teórico, mas o sentido crítico, a capacidade de tomada de decisão e a capacidade de previsão de complicações no caso da PSC. O treino e a evolução permitem a aquisição e desenvolvimento de destreza, pensamento crítico, raciocínio clínico, permitindo o crescimento profissional e a resposta individual ao doente consoante as suas necessidades. Um fator facilitador derivou da experiência profissional prévia em momentos de maior incerteza. Requer-se, portanto, um cruzamento entre a experiência prévia e ajustá-la à realidade e transferir esse conhecimento para continuidade da melhoria que é pretendida.

Como já anteriormente referido, PSC exige cuidados de qualidade, em tempo útil e em segurança. É muito importante que os elementos que desempenham funções no SU tenham conhecimento e prática, estejam integrados numa equipa estruturada, num serviço organizado que garanta cuidados de excelência. Atendendo à vastidão do conhecimento científico inerente a esta temática, é necessária uma avaliação contínua de quais as inseguranças e as lacunas que se possuem e como as colmatar. Por isso, sempre que surgiram dificuldades ou maior apreensão recorreu-se à equipa e à orientadora. Consequentemente, através da partilha de experiências, da discussão de constrangimentos sentidos e das soluções encontradas, foi possível refletir sobre o próprio enquadramento e de que forma haveriam de ser superadas as dificuldades alcançando os objetivos propostos. Desenvolver competências a nível de formação e ser um dinamizador no serviço com vista a melhoria

contínua é competência de todos os profissionais, mas sem dúvida que o EE tem a capacidade de intervir nesta área.

Foi possível, em ambos os estágios, realizar uma formação após a deteção de necessidades e verificar o impacto positivo para os profissionais que aos poucos foram mudando o comportamento, uniformizando procedimentos na equipa, como boa prática recomendada, pois estavam sensíveis para a mudança.

Tal como Benner et al., (2009) defende, a partilha de experiências torna-se importante, porque são aprofundados conhecimentos e contribui-se para o desenvolvimento da prática especializada. Realizaram-se diversas pesquisas ao longo dos estágios de forma a colmatar lacunas detetadas, a consolidar conhecimentos e a desenvolver atividades fomentadoras da divulgação do conhecimento.

Relativamente à área de investigação, foi realizada pesquisa para uma *Scoping Review*, que se espera publicar em breve, e planeado um projeto de melhoria contínua em dois contextos na RAA, mantendo o contacto com ambas as unidades do PPCIRA nas duas instituições hospitalares envolvidas. Isto permitiu a comparação de comportamentos e contextos, bem como a envolvências de pessoas chave, facilitando o processo de mudança e melhoria dos cuidados (Peters et al., 2020).

A experiência profissional ajudou ao desenvolvimento de competências essenciais à aprendizagem, assumindo os planos de cuidados à PSC, assumindo unidades funcionais do serviço e atuando ao longo do tempo com maior segurança, capacitada para a fundamentação e tomada de decisão, justificando as medidas implementadas aos doentes, aperfeiçoando e recuperando destreza para determinados procedimentos.

Foi possível assistir ao Congresso da *IXUS* online sobre o controlo de infeção, considerando uma excelente oportunidade de aprendizagem, fundamentado em evidências recentes e atualizando conhecimentos nesta área, reconhecendo a importância deste Programa prioritário em todo o contexto de saúde. Foram ainda realizadas apresentações em Congressos através de Posters e de uma Comunicação oral relacionados com o desenvolvimento do projeto de investigação que se encontra na segunda parte deste relatório (Anexo II). Estes momentos foram de encontro à divulgação do estudo, inovando e demonstrando ganhos que têm impacto positivo nos cuidados. Foram momentos de dinamização e superação de receios que contribuíram para a prática enquanto futura EE, visando o desenvolvimento de novo conhecimento e o processo de mudança fundamentado. Aproveitaram-se todas as oportunidades de aprendizagem, com vista ao desenvolvimento de sentido crítico e aquisição de competências, crescendo profissionalmente e permitindo de futuro colaborar na uniformização de procedimentos, na melhoria da qualidade dos

cuidados prestados, revelando conhecimentos especializados, competentes e seguros garantindo, desta forma, a melhor prática, sendo uma referência, o que no meu contexto poderá fazer a diferença.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica

O enfermeiro Especialista presta cuidados diferenciados em áreas emergentes demonstrando competências e habilidades específicas. A PSC é definida como aquela que está em falência ou em risco de falência e necessita de meios específicos e avançados de vigilância e monitorização, permitindo a sua sobrevivência (Regulamento 429/2018, 16 de julho, 2018). O EE deve ser capaz de prestar cuidados diferenciados e de qualidade, demonstrando capacidade crítica, conhecimentos teóricos, destreza e previsão de complicações, de forma que estes cuidados sejam eficazes e permitam a recuperação do doente (Regulamento 429/2018, 16 de julho, 2018).

Este capítulo propõe-se a demonstrar as aprendizagens bem como as competências desenvolvidas tendo em conta o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC).

3.1. *Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica*

Relativamente ao **primeiro objetivo: conhecer a dinâmica de organização e funcionamento do serviço e da equipa multidisciplinar**, considera-se que a integração no SU foi realizada de forma gradual. É inegável que a aquisição de conhecimentos e estratégias de resolução de problemas que surgiram ao longo do tempo também tiveram importância, podendo implementar, posteriormente, melhorias na realidade onde desempenha funções.

Benner et al., (2009) descreve o enfermeiro em cinco níveis de competência em que o enfermeiro passa do nível de não ter experiência até à capacidade de antever problemas e encontrar soluções que o resolvam. A vivência das situações permite a consolidação dos conhecimentos, mais facilmente nas áreas que lhe interessam, crescendo profissionalmente e ascendendo o nível de competências (Aued et al., 2016).

É dever do enfermeiro atuar com competência e trabalhar em articulação com o resto dos profissionais, integrando a equipa de qualquer serviço (Artigo 112º da Lei n.º 156/2015, 16 de setembro, 2015). Os primeiros dias foram realizados com acompanhamento da enfermeira tutora, clarificando os procedimentos e os circuitos do serviço desde o momento da admissão até à alta ou transferência do cliente. Desde o primeiro dia foi possível integrar

a prestação de cuidados aos doentes admitidos nas diferentes áreas do serviço, permitindo contacto e utilização do sistema informático e o acompanhamento no transporte e transferência de doentes entre diferentes áreas do serviço e realização de exames complementares de diagnóstico, facilitando o conhecimento de circuitos bem como o contacto com novos sistemas de informação. Foi possível desenvolver dinâmicas de atuação e estratégias facilitadores para o desempenho de forma eficiente. Estas situações de acompanhamento de doentes permitiram também o contacto e interação com a equipa multidisciplinar, de outros serviços, o que também decorreu com bastante facilidade, sendo vista como um elemento da equipa.

De acordo com artigo 109º da Lei n.º 156/2015, 16 de setembro (2015), na alínea c) o enfermeiro tem o dever de manter a atualização de conhecimentos e utilizar de forma útil as tecnologias de que dispõe tendo sido este o método utilizado durante todo o percurso.

Ao longo do estágio realizaram-se diversas pesquisas bibliográficas, discussão de casos clínicos e esclarecimento de dúvidas, quer com a tutora, quer com outros elementos da equipa multidisciplinar. Devido ao percurso profissional, tendo desempenhado funções de gestão, denotou-se perda na destreza manual. Esta situação além de causadora de algum stress, exigiu a pesquisa do estado da arte em relação a determinadas técnicas. Ao longo de todo este percurso acredito ter desenvolvido uma atitude reflexiva de autoavaliação e autocrítica que permitiram a consolidação e aquisição de conhecimentos e capacidade de os mobilizar para a prática clínica traduzindo-se, naturalmente, em cuidados seguros e de qualidade.

Destacam-se, construtivamente, as competências clínicas desenvolvidas no âmbito da especialidade, assentes no desenvolvimento de pensamento crítico e reflexivo, gerados sob um conjunto de aprendizagens, permitindo a avaliação do desempenho pessoal, percecionando falhas e adotando estratégias de melhoria.

No que diz respeito ao ***segundo objetivo: cumprir com os princípios de triagem atuando aquando da ativação das vias verdes implementadas no serviço***, constata-se que ao longo do estágio foi possível prestar cuidados a diferentes tipologias de doentes críticos, tendo demonstrado capacidade de identificação de focos de instabilidade e de implementação de intervenções e atitudes de acordo com as prioridades definidas.

No SU, aquando da admissão, todos os doentes são previamente triados pelo Protocolo da Triagem de Manchester. Este protocolo permite detetar quem necessita de atendimento emergente, urgente e não urgente, atribuindo-se uma prioridade clínica codificada por cor com tempos alvo previstos de atendimento, sendo o processo de triagem sujeito a auditorias com o objetivo de melhorar os cuidados.

A Triage de Manchester tem como objetivo a priorização das pessoas que recorrem a um SU consoante a identificação dos seus problemas, tendo em conta os circuitos internos do contexto (Norma 002/2018 de 09 de janeiro, 2018). Esta funciona através de um sistema informático com diferentes fluxogramas que estão desenhados através de um conjunto de perguntas (discriminadores) e em que a resposta positiva a algum determina a prioridade. De seguida é colocada uma pulseira e o doente é encaminhado para a respetiva área de atendimento. A cor da pulseira está diretamente relacionada com a prioridade e tempos de atendimento, que variam entre os 0 minutos e os 240 minutos. Nos extremos das prioridades temos as Cores vermelha e azul – mais grave ao menos grave, entre estas, encontramos a cor laranja – 10 minutos; a cor amarela- 60 minutos e a cor verde – 120 minutos respetivamente (Grupo Português de Triage, 2021).

A Triage de Manchester é realizada por enfermeiros e é pré-requisito a frequência de um curso proporcionado pelo Grupo Português de Triage. Por ser possuidora desta formação foi possível realizar este procedimento de priorização de doentes.

Neste SU existem algumas vias verdes implementadas, nomeadamente, a Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC), a Via Verde da Sépsis, a Via Verde das Queimaduras e a Via Verde Coronária. Foi possível verificar que estas foram atualizadas pela Direção Regional da Saúde (DRS), sempre em concordância com as orientações da DGS.

No decorrer do estágio foi possível atuar durante a ativação de uma via verde AVC, que após triagem foi rapidamente encaminhado para imagiologia, onde foi confirmado o diagnóstico, encaminhado para o SO onde foi realizada a fibrinólise, monitorização até transferência para a unidade de cuidados intensivos. Nesta situação específica onde foi tida a oportunidade de atuação, demonstrou-se capacidade para realizar os procedimentos, interação com a equipa multidisciplinar, bem como utilização de conhecimentos sobre a medicação e monitorização após administração.

Este é um dos exemplos em que o enfermeiro é responsável pela avaliação do doente e encaminhamento deste, como acima descrito, coloca então a pulseira que o doente apenas remove após a alta e saída da instituição e onde constam dados como nome, idade, nº do processo e episódio de urgência. Caso tenha alergias é colocada uma segunda pulseira no braço com a identificação do componente. Foi importante enquanto responsável pela situação humanizar os cuidados envolvendo a família como parte integrante do processo de cuidar, utilizando uma linguagem adequada e acessível ao contexto vivido e valorizando as suas interações. Perante a decisão clínica de transferência inter-hospitalar e as implicações geográficas que isso encadeia no agregado familiar foi respeitada a decisão informada dos familiares em não aceitar a ativação da transferência.

Garantir a segurança dos cuidados e prever complicações após a realização da fibrinólise fez com que interagisse com os restantes elementos da equipa e cumprisse com competência as intervenções autónomas e multidisciplinares, realizando todos os registos e colaborando na transferência do doente para a unidade de cuidados intensivos e posterior transmissão da informação com recurso à metodologia ISBAR. Foi possível atuar de forma rápida e adequar os recursos demonstrando conhecimentos teóricos aliados à prática e intervindo de forma ativa na dinamização e conceção do plano de cuidados para esta situação.

O terceiro objetivo: desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais, gerindo prioridades, na prestação de cuidados de enfermagem especializados, ao doente crítico e respetiva família em situação urgente/emergente e antecipando a instabilidade e o risco de falência orgânica, no contexto de serviço de urgência. Além de algumas atividades acima descritas, este objetivo foi de encontro a outra necessidade sentida prendendo-se com a área de trauma. A adequada avaliação dos doentes, segundo um procedimento é útil e permite uma resposta segura e sistemática numa situação que pode ser geradora de stress e que tem implicação nos cuidados prestados. A uniformização de uma norma foi considerada uma necessidade do serviço o que teve impacto positivo na minha prestação de cuidados.

Considerando que este é um desafio para os profissionais, uma vez que as situações de emergência por si só já são causadoras de incerteza, a avaliação do doente de forma organizada, seguindo uma determinada ordem facilitará o trabalho de todos (Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM, 2012). O trauma poderá não implicar a existência de lesões visíveis, o que exige dos profissionais a capacidade de reconhecerem as lesões não visíveis e atuarem em conformidade, melhorando o prognóstico do cliente.

A avaliação **ABCDE** (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*) é considerada a abordagem adequada, *golden standard* e reconhecida a nível mundial, demonstrando benefícios em situações graves de trauma ou situações de emergência (Peran et. al., 2020). A uniformização da linguagem e prestação de cuidados reconhecida por todos os elementos da equipa tem vantagens que facilitam as dinâmicas e a eficácia dos cuidados, isto aplica-se tanto em situações de pré-hospitalar como de intra-hospitalar, tal como determinado na Norma nº 001/2017 de 08 de fevereiro (2017).

Na sala de Emergência do hospital a equipa comunica utilizando o modelo ISBAR, contudo os elementos utilizam a mesma metodologia no SO e verifica-se que ajuda na avaliação tanto de parâmetros mensuráveis como nos registos dos doentes permitindo que todos os sistemas orgânicos sejam avaliados de forma sistematizada. Foi realizada pesquisa e elaborado um infograma sobre parâmetros a ter em conta na avaliação destes doentes, disposto na sala de trabalho e na sala de emergência (Apêndice V).

Foi implementada na atuação diária a metodologia ISBAR, uniformizando os registos realizados. Ao longo do tempo a enfermeira tutora foi permitindo que prestasse os cuidados de forma autónoma, ficando como responsável por determinadas áreas do serviço, dando especial ênfase à sala de emergência e à SO, onde acomodámos os doentes mais graves. Com estas atividades demonstrou-se capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no serviço, tendo em consideração a área de atuação. Ao longo do tempo também a equipa médica trabalhou diretamente comigo enquanto mais um elemento da equipa e não alguém em formação, o que demonstra a integração adequada no serviço. Foi possível demonstrar capacidade de desempenho e habilidade quanto a intervenções autónomas sob a única e exclusiva responsabilidade do enfermeiro, bem como intervenções interdependentes realizadas em conjunto com outros profissionais resultantes dos planos de cuidados, como as prescrições, tal como descrito no REPE (Lei nº 156/2015 de 16 de setembro, 2015) e desta forma a garantir os certos da medicação.

Cada vez mais se dá enfoque aos registos, pois além de serem informatizados, detém informação fulcral para situações futuras a que outros profissionais possam aceder, garantindo a transmissão de informação correta e útil (*World Health Organization - WHO*, 2019). A medicação é um dos fatores que pode desencadear eventos adversos, daí a importância de registar alergias ou reações adversas de forma que outros profissionais tenham acesso. Tendo este cuidado e documentando estas informações sensíveis promove-se a cultura de segurança, pois como a WHO (2019) declara, estes erros além de causarem danos ao doente têm grandes custos para o sistema de saúde. Foi demonstrado conhecimento sobre medidas não farmacológicas para alívio da dor, bem como capacidade de vigilância e monitorização de doentes sedo-analgésidos, garantindo segurança de cuidados e conhecimento das possíveis complicações nas diferentes situações clínicas vivenciadas.

Coelho e Sequeira (2014) afirmam que a comunicação é utilizada por todos nós ao longo do dia a dia e em diversas situações, valorizando tanto a parte verbal como a não verbal das mensagens transmitidas. A relação de comunicação terapêutica entre profissional-cliente-família é um desafio enorme para muitos profissionais, contudo, o facto destes manterem contacto constante com os clientes implica o respeito pelas suas decisões e ideologias, adequando os cuidados à pessoa que têm à frente e garantindo o direito à informação, utilizando linguagem clara (Regulamento 429/2018, 16 de julho, 2018).

As situações em contexto de Urgência são habitualmente inesperadas e muitas vezes tardam em chegar informações aos familiares devido à sobrecarga e sobrelotação dos serviços. Segundo a Deontologia Profissional (2015), o enfermeiro tem o dever de facultar a

informação solicitada no que concerne aos cuidados desta forma, apesar de todas as exigências, nestas situações importa ser tido este cuidado. Para além de criar uma relação empática, num ambiente seguro irá facilitar a continuidade de cuidados, devendo sempre que possível, mal esteja estabilizada a situação, facultar informações precisas e claras ao doente ou seu cuidador (Lei n.º 156/2015, 16 de setembro, 2015). Durante o estágio encontraram-se momentos de restrição de visitas e outros de exceção de visitas devido a situação clínica do doente. Coelho e Sequeira (2014) afirmam que a comunicação terapêutica permite detetar necessidades do doente melhorando a prática de cuidados pois tranquiliza e permite criar empatia e uma relação de ajuda. O profissional deve ser capaz de utilizar estratégias facilitadoras de contacto, esclarecendo as dúvidas e receios tanto do doente como do familiar consegue um impacto favorável na relação terapêutica, esclarecendo e orientando o doente e a família, informando sobre os recursos disponíveis e circuitos implementados.

Ramos et al., (2021), afirmam que a segurança dos cuidados e a garantia desta afetam diretamente a credibilidade das instituições. A OMS determina metas internacionais da segurança do doente das quais faz parte a melhoria da comunicação eficaz entre profissionais e cuidados personalizados com o doente/família.

Sendo o enfermeiro um elo entre equipa multidisciplinar, doente e família é necessário que desenvolva esta capacidade de comunicar eficazmente, encontrando estratégias facilitadoras da relação empática e garantia de cuidados de qualidade. Ao longo do estágio foi possível adequar os cuidados e envolver a família nos mesmos, utilizar os recursos disponíveis na comunidade como resposta às necessidades detetadas e garantir a segurança dos cuidados, prevendo situações de instabilidade de doentes, garantindo a monitorização destes. Os registos foram sendo uniformizados e foi sempre documentada de forma sistematizada os cuidados visando ganhos em saúde para o doente e família.

Atuar enquanto *team leader* de uma situação foi uma das competências que se foi desenvolvendo ao longo do estágio, onde a capacidade de organização, a interligação de conhecimentos teórico-práticos e a dinâmica da equipa influenciam a prestação de cada um. O treino adquirido, quando foi possível liderar situações, fez com que enquanto futura EE perante situações imprevisíveis consiga prestar cuidados de forma sistemática, organizada e adequada, sendo capaz de realizar a avaliação das vítimas e prever complicações melhorando os cuidados que lhes são prestados.

3.2. Dinamiza a resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação

O EE é capaz de planear cuidados perante situações de exceção, emergência ou catástrofe, atuando de forma organizada sem descuidar a segurança e atuando com a equipa (Regulamento 429/2018, 16 de julho, 2018).

Durante o período de estágio foi possível colaborar e prestar cuidados em diferentes situações ao doente crítico. Foram sempre garantidos os cuidados de segurança e proteção individual, baseados nas PBCI, tal como delineado no **quarto objetivo: demonstrar competências técnicas, científicas e conhecimentos na área de controle de infeção na prestação de cuidados de enfermagem especializados, ao doente crítico e respetiva família em situação urgente/emergente e antecipando a instabilidade e o risco de falência orgânica, no contexto de serviço de urgência.**

Foi aprofundado conhecimento na área da vítima de trauma e deparou-se com casos que implicaram evacuação aérea para unidades mais diferenciadas. Foram desenvolvidos conhecimentos relativamente aos mecanismos de lesão e os tipos de trauma uma vez que essas são informações essenciais para o cuidado mais adequado à situação.

Na Europa, os acidentes de viação representam 55% dos casos de trauma, seguidos das quedas 15% (INEM, 2021). Uma avaliação rápida e sequencial é essencial para o sucesso dos cuidados e sobrevivência dos doentes. Assim, durante todo o período de estágio, desenvolveram-se competências na avaliação céfalo-caudal **XABCDE**. Denotou-se que este método facilita o raciocínio e a interligação de conhecimentos e informações recolhidas. No período de estágio foram prestados cuidados a doentes vítimas de acidentes de viação, ciclismo e quedas, contudo com lesões graves que implicaram algum tipo de cirurgia ou encaminhamento específico. Estas situações exigiram contacto com outros profissionais, desenvolvendo competências de transmissão de informação e priorização de cuidados.

Os cuidados prestados foram adequados às situações e foi demonstrado conhecimento sólido sobre o sistema de transferências/evacuação de doentes graves para unidades mais diferenciadas, como o caso de Traumatismo crânio-encefálico que segue para o HDES, unidade onde existe neurocirurgia e resposta adequada em unidade de cuidados intensivos. Nestas situações foi garantida a monitorização do doente, o seu transporte e transmissão de informação à equipa de evacuação que se desloca à unidade para transporte e acompanhamento aéreo. O conhecimento demonstrado e a capacidade de cumprimento do protocolo implementado no serviço para este tipo de transporte advêm também da prática do dia a dia e da uniformização destes cuidados, garantindo a articulação multidisciplinar.

Considera-se importante a existência de normas e protocolos no serviço, uma vez que a uniformização de procedimentos é uma mais-valia aquando de auditorias e respostas adequadas a situações de exceção, comprovando que todos atuam da mesma forma, utilizam a mesma linguagem, sendo capazes de tomar decisões com base na melhor evidência e da priorização de cuidados.

Relativamente a planos de emergência, os hospitais dispõem do plano interno e externo, existindo a Comissão de Catástrofe. Em determinada altura são realizados exercícios em colaboração com diversas entidades, como o Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA), onde se validam procedimentos e estratégias de melhoria. Neste aspeto foi possível colaborar com a equipa do GCL-PPCIRA na atualização do plano de contingência do COVID-19 bem como na alteração de circuitos e procedimentos garantido as medidas de segurança para os profissionais e clientes. A articulação entre serviços e entidades conhecendo o contexto é mais facilitada, como no caso das evacuações aéreas, existindo inclusive orientações específicas da RAA para a ativação deste meio de socorro diferenciado (Portal do Governo dos Açores, 2021).

3.3. Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infecção 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

O termo controlo de infeção e atividades inerentes ao mesmo já remonta há muitos anos nas unidades hospitalares. Ao longo dos últimos anos esta área sofreu grandes mudanças e nos últimos três anos foi reconhecida a sua importância, em grande parte devido ao impacto da COVID-19.

Já Florence Nightingale na sua prática tinha preocupações relacionadas com o controlo da infeção dando importância ao arejamento, às condições onde os doentes eram colocados e à limpeza desses locais, à redução do número de camas nos quartos apesar das condições precárias dos cuidados nessa altura (Pereira, 2019).

A adaptação a este estágio foi realizada de forma gradual, de acordo com os objetivos delineados e com consequente aquisição de um vasto leque de novos conhecimentos e competências. Considerando o segundo objetivo deste momento de aprendizagem delineado: **desenvolver competências de diagnóstico de necessidades de intervenção, no domínio da prevenção e controlo de infeção, relacionadas com as IACS, PBCI e Vigilância**

Epidemiológica (VE), de modo a planear ações de melhoria que assegurem a prática de cuidados ao doente crítico.

Foi mantida uma postura de empenho e motivação, proatividade, tomando iniciativa de atuação que asseguraram e permitiram a tomada de decisão assertiva e sustentada, garantindo a segurança dos cuidados prestados. Foi tida a oportunidade de visitar o Gabinete de Gestão de Risco, o Laboratório de Patologia Clínica/Microbiologia e o Serviço de Esterilização do HSEIT.

A OMS tem delineadas estratégias de combate às infeções e às resistências aos antimicrobianos pois estas são consideradas um enorme problema (Pereira et al., 2021). Também outras entidades europeias como o ECDC e a *Society For Healthcare Epidemiology of America* (SHEA, 2023), estão empenhados em delinear e implementar medidas que melhorem o uso dos antimicrobianos reduzindo custos e melhorando resultados. Este movimento é conhecido como o *Stewardship* Antimicrobiano, sendo a chave para a preservação da efetividade dos antibióticos (<https://shea-online.org/antimicrobial-stewardship/>).

As unidades do PPCIRA são fundamentais no processo de melhoria da qualidade dos cuidados pois atuam na resolução de problemas relacionados com a infeção em qualquer dos serviços das unidades onde estão integradas, delineando e implementando diversas normas, procedimentos que são divulgados por todos os serviços, visando a cultura de segurança.

Após diversas pesquisas ficou-se a conhecer o PPCIRA e as suas diretivas, desenvolvendo competências na área das *bundles*/feixes de intervenção e na implementação de VE, após a deteção de necessidades dos contextos, monitorizando surtos, colaborando em auditorias, analisando dados e definindo medidas de sensibilização para os profissionais de saúde, indo de encontro à implementação do PNSD (Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro, 2022). Foi possível contactar com as diferentes áreas e plataformas de registo e validação de IACS utilizadas pelo serviço, que atualmente são um problema a nível mundial com enorme relevância, que Portugal também combate e estão diretamente relacionadas com a morbilidade e mortalidade dos doentes, levando ao aumento de custos e recursos existentes, de acordo com a OMS e a DGS, pois além de interferir com a produtividade dos profissionais é também uma unidade hospitalar ocupada, sem disponibilidade para se alocar outro doente para além do impacto no meio familiar (Silva, 2013).

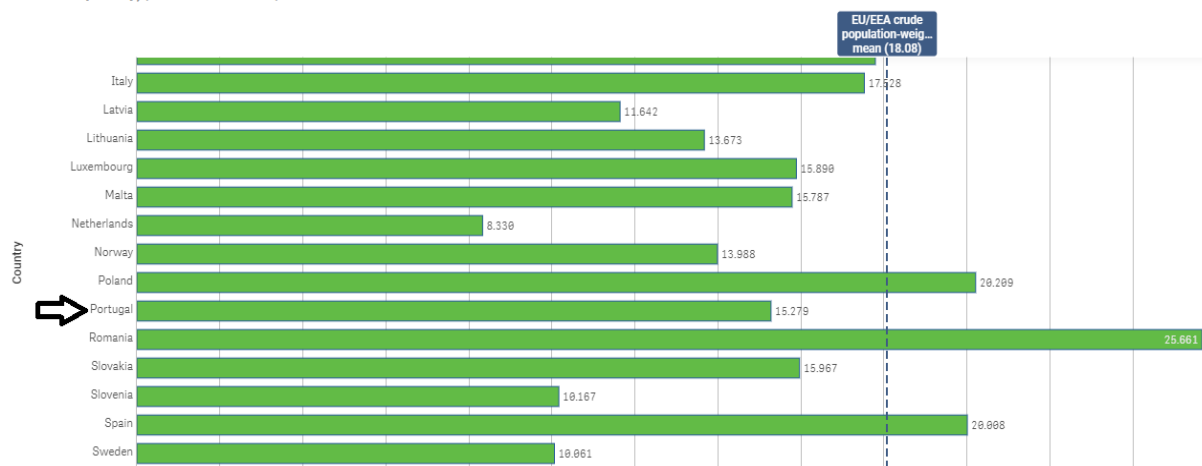
Quanto mais invasivos são os procedimentos maiores são os riscos de infeção e isto tem impacto valorizável devido aos microrganismos multirresistentes existentes nos contextos,

uma vez que a produção e evolução de antibióticos inovadores não abrange o aparecimento de novas resistências antimicrobianas.

Segundo a DGS (2021) e o ECDC (2021) o uso de antibióticos em Portugal está abaixo da média europeia, como demonstrado nos gráficos 1 e 2 que se seguem.

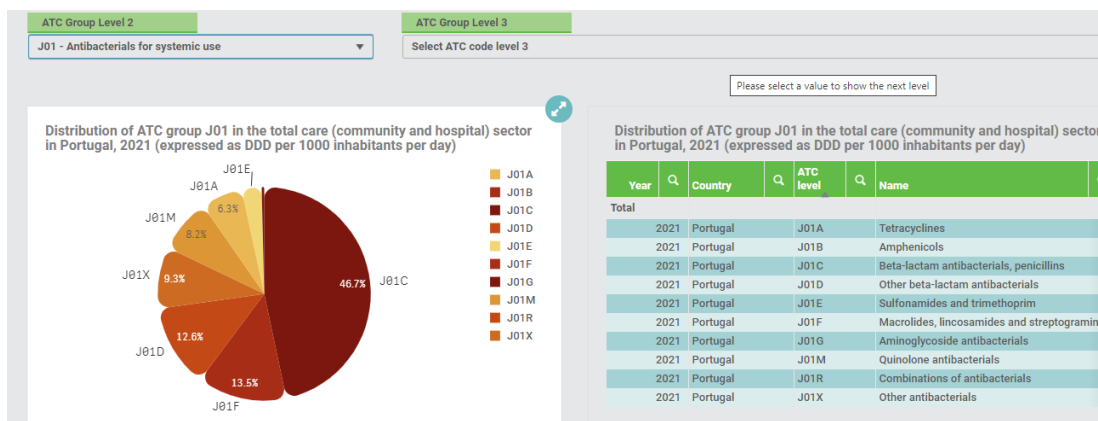
Gráfico 1: Uso de Antibacterianos – ECDC (2021)

ECDC/EFSA/EMA primary indicator for consumption of antibacterials for systemic use (ATC group J01) in the community and the hospital sector (expressed as DDD per 1000 inhabitants per day), EU/EEA countries, 2021



Portugal encontra-se dentro da média quanto ao uso de ATB, contudo verifica-se um consumo elevado o que contribuiu para o aumento das resistências. Os grupos e classes de ATB mais utilizados apresentam-se no gráfico 2.

Gráfico 2: Distribuição por grupos – ECDC (2021)



As instituições de saúde dispõem do Programa de Apoio à prescrição antibiótica (PAPA), que deverá ser um apoio aos prescritores de forma a reduzir o seu consumo. Fazer parte da equipa multidisciplinar, integrando reuniões, grupos de trabalho, onde em conjunto se delineiam estratégias de melhoria e estabelecem procedimentos a implementar permite fundamentar as decisões tomadas e melhorar os resultados. Na prática, ser um elemento ativo com conhecimento dos programas e recursos disponíveis é uma mais valia na

implementação do controlo de infeção. Estas medidas requerem que exista avaliação e que esta seja feita com base em auditorias realizadas, ultrapassando barreiras e fornecendo *feedback* aos envolvidos sensibilizando-os e consciencializando para a necessidade de mudança. É importante ter conhecimento dos dados internacionais, mas também nacionais. Em Portugal verifica-se uma elevada resistência a determinados antimicrobianos, contudo atualmente a maior preocupação é a evolução da resistência de *Klebsiella pneumoniae* resistente a *carbapenemes* que teve um aumento de 2.0% para 11.6% entre 2013 e 2020, enquanto as taxas de resistências do *Acinetobacter* aos *carbapenemes* diminuiu de 70% para 15%, a do *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) de 48% para 30% e o *Enterococcus faecium* de 22% para 8%, no mesmo período de tempo (DGS, 2021). Os programas de VE das Resistências aos antimicrobianos (RAM) são fundamentais e implicam a notificação imediata à DGS no caso dos microrganismos “alerta” e trimestral no caso dos microrganismos “problema”. Aqui é de extrema importância o papel que a dinâmica entre GCL-PPCIRA e Laboratório de Microbiologia detém para que todo o circuito funcione (DGS, 2013).

A identificação rápida destas situações, permite antecipar problemas para os doentes, implementar medidas de atuação e posteriormente monitorizá-las, contribuindo assim para a minimização de complicações. A atuação da enfermeira tutora enquanto membro do GCL-PPCIRA era ativa, dinâmica, estabelecendo em conjunto com os serviços planos de ação realistas e com medidas de atuação ajustadas aos contextos, pelo que sendo elemento de referência foi essa a postura adotada, facilitando a integração nesta área e permitindo demonstrar conhecimentos com perceção e sentido crítico, definindo objetivos e medidas viáveis relativamente a este tema.

Foi possível conhecer o funcionamento dos circuitos internos e participar neles, como o papel do Laboratório de Microbiologia e do sistema informático, através do qual eram analisados os resultados e emitido o alerta para os serviços, e a atuação em conjunto com a Coordenadora do Grupo, a médica. Isto requereu bastante pesquisa e estudo para permitir atuar com segurança na tomada de decisão e nas medidas implementadas em cada processo e situação detetada. É importante esclarecer que neste hospital como em qualquer unidade hospitalar é tida em conta a gestão de camas aquando da existência de isolamentos, existindo normas definidas e delineadas nos serviços que são de conhecimentos dos diferentes profissionais, minimizando constrangimentos.

Tendo em conta o terceiro objetivo definido: **desenvolver competências de diagnóstico e aquisição de ferramentas para a realização de auditorias no domínio de prevenção e controlo de infeção, na área do doente crítico**, foram estudados e complementados

procedimentos existentes como o do MRSA onde além do isolamento é preconizado o banho com cloro-hexidina solução de lavagem, incluindo o cabelo e a utilização de Mupirocina tópica aplicada nas narinas durante 5 dias. Este procedimento é aplicável, sempre que possível, tendo em conta os fatores de risco e a integridade cutânea dos doentes, bem como antes da realização de uma intervenção cirúrgica, com a entrega para levar para o domicílio e posteriormente realizar no serviço antes do procedimento. O MRSA é uma bactéria que coloniza a pele e as narinas causando complicações graves que acarretam elevados custos, a evidência comprova que este banho com cloro-hexidina reduz consideravelmente a aquisição de microrganismos multirresistentes (DGS Norma 018/2014 atualizada em 27/04/2015).

Para além deste procedimento participou-se na elaboração da grelha de auditoria ao “Feixe de Intervenções”/*bundle* para a Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. A Infecção do Trato Urinário (ITU) é uma das mais frequentes e nos Estados Unidos da América ocorrem cerca de um milhão de episódios por ano, estando uma grande percentagem associada ao uso de cateter vesical. Há fatores de risco associados, contudo existem estratégias de prevenção que já provaram ser eficazes. O ECDC (2021) considera que a ITU associada a cateter implica a sua colocação até sete dias antes de aparecerem sintomas ou dos resultados laboratoriais positivos. Os profissionais foram sensibilizados para a importância do “feixe de intervenções” através do relatório de resultados dos dados colhidos. O resultado final desta grelha de auditoria, elaborada em parceria com a tutora, foi remetido para a Comissão de Qualidade de forma a ser implementada, estando já em utilização e apresentando resultados de melhoria nos serviços.

Colaborou-se ainda na realização de relatórios do serviço relacionados com a adesão à HM, ao uso de SABA e a adesão às PBCI. Verificou-se que a consolidação de conhecimentos facilitou a interpretação de dados e sua análise. Após o envio destes para as chefias, existiram profissionais e chefias inclusive que procuraram discutir medidas de implementação para a melhoria dos serviços. Perante isto, podemos alegar que são muito importantes o *feedback* e o impacto que uma liderança eficaz tem quando sensibiliza os seus profissionais fazendo diferença nas dinâmicas (Rathore et al., 2020).

Ainda de forma a divulgar o Dia Mundial da Higiene das Mãos na data de 5 de maio, com o intuito de sensibilizar os profissionais, foram criados infogramas que seguiram para o Gabinete de Comunicação para serem divulgados na intranet do hospital, aumentando a consciencialização dos profissionais para esta prática, mas também dos visitantes, através da postagem em televisores a passar continuamente por diversas áreas do hospital, pois esta é

uma medida simples, eficaz e sem custos que tem enorme impacto na minimização da transmissão da infeção cruzada (Apêndice VI).

Durante o estágio foi possível contactar com o Gabinete de Gestão de Risco que centra a sua atividade na segurança do cliente e dos profissionais com vista a segurança e melhoria dos cuidados. A segurança dos cuidados nunca foi tão valorizada, sendo considerada uma redução de risco a um mínimo aceitável. Nos hospitais é enorme a complexidade de procedimentos e diretamente relacionado com isso o elevado risco de o erro acontecer (Brandão et al., 2017). O Gabinete de Gestão de Risco trabalha diretamente com o GCL-PPCIRA e em articulação com o órgão de gestão pois pretendem garantir a segurança dos cuidados na instituição, situação com efeito direto na cultura de segurança da mesma.

Neste hospital utilizam a plataforma Health Event & Risk Management (*HER+*) que permite que os profissionais de forma anónima ou não, relatem situações ocorridas que posteriormente são analisadas pelo gabinete. É necessário sensibilizar os profissionais para a real utilidade desta ferramenta pois diversas vezes as situações reportadas não são da responsabilidade deste gabinete. Foi possível assistir a uma formação sobre os riscos e os procedimentos a adotar para o seu reporte, sensibilizando os profissionais para a não omissão dos erros e a importância de uma cultura não punitiva e de diálogo na instituição (Pedroso et al., 2021).

Foi ainda esclarecedor a importância de determinados conceitos relacionados com o erro como incidente com dano, incidente sem dano, a avaliação destes de acordo com a causa raiz e o conhecimento de materiais para proceder a isto, que desconhecia (DGS, 2022; DGS, 2012).

Pedroso et al., (2021) afirmam que este é um processo complexo que exige recursos, uma boa adesão e ferramentas para ser bem implementado, devendo ser orientado para a cultura não punitiva que permita ver o erro como um momento de melhoria e aprendizagem e não de crítica.

Outro serviço diretamente ligado ao controlo de infeção é a esterilização. Foi possível passar lá um dia e verificar a panóplia de cuidados, regras e procedimentos que se realizam, compreendendo a importância do mesmo para toda a unidade hospitalar. É neste serviço que são reprocessados todos os equipamentos e dispositivos médicos/enfermagem. O serviço dispõe de normas e protocolos aos quais foi possível aceder inclusive participar no processo de integração de elementos, verificando a dinâmica utilizada pela chefia para com os novos elementos. O papel dos elementos neste serviço está distribuído por fases/etapas do processo de esterilização e é sempre necessário a garantia do circuito. Este vai desde a recolha, descontaminação, preparação, desinfeção e/ou esterilização, armazenamento e

distribuição. É muito importante manter os materiais funcionais, pelo que são sempre testados e os mais sensíveis tratados de forma cuidadosa, com escovas mais pequenas aquando da limpeza e desinfeção, no caso de material de oftalmologia. São sempre reportadas anomalias ou defeitos ao responsável que procede conforme indicações e protocolos de serviço. Os ciclos são devidamente registados e guardados garantindo acesso a estes posteriormente se necessário e o material é distribuído pelos diferentes serviços após todo o processo (DGS, 2012). Existem no serviço diversas normas, protocolos e orientações que são disponibilizados a todos os elementos bem como na intranet.

Os processos utilizados neste serviço são complexos e exigentes uma vez que o risco de infeção inerente aos materiais lá utilizados é enorme. Consoante o tipo de material a descontaminação tem de ser realizada, cumprindo os trâmites estabelecidos, passando pelo processo de limpeza, desinfeção e/ou esterilização.

A limpeza prévia tem de ser realizada, pois caso contrário pode levar à ineficácia do processo de desinfeção, que poderá ser manual ou automatizada. Esta pode ser física ou química e é categorizada em três níveis, nomeadamente baixo, intermédio e alto e este processo elimina ou inibe a maioria dos microrganismos, mas não os esporos. A esterilização elimina todos os tipos de microrganismos e pode realizar-se por métodos físicos ou físico-químicos. Os primeiros utilizam o calor e as radiações e os segundos compostos como peróxido de hidrogénio, óxido de etileno e vapor a baixa temperatura (Graziano et al., 2017).

Com esta visita à esterilização, foi possível compreender a existência de inúmera legislação tanto nacional como internacional relativa aos dispositivos médicos, ao seu uso bem como aos seus utilizadores e as normativas obrigatórias a cumprir tanto por fabricantes como por utilizadores, como descrito no Decreto-Lei n.º 145/2009 de 17 de junho (2009).

Considera-se que esta visita permitiu verificar a exigência do trabalho desenvolvido neste serviço com muita perícia, organização e a existência de uma relação multidisciplinar com todos os serviços de proximidade. Todos os cuidados inerentes a este processo têm implicação direta na garantia dos cuidados com segurança e na minimização do risco de infeção associado aos mesmos.

Participou-se numa formação sobre as PBCI, com vista a aquisição de conhecimentos, enquanto formanda a nível multidisciplinar e integração de novos elementos e por iniciativa da mesma, a parte do módulo da etiqueta respiratória, HM, uso de luvas e EPI foi ministrada pela discente. Este momento de aprendizagem permitiu demonstrar conhecimento adquirido e complementar a informação já recolhida para o projeto de investigação até esta data, sendo salvaguardados os procedimentos e objetivos delineados no início da sessão (ainda se aguarda declaração comprovativa). Foi monitorizado o desempenho e avaliados os

conteúdos uma vez que a formação consistia em bancas práticas e também se integrou esse momento enquanto formadora. Este momento foi desafiador, permitiu colocar em prática conhecimentos adquiridos, utilizar os conhecimentos do curso de formadora que é possuidora e demonstrar conhecimentos consolidados e fundamentados sobre o tema e na área de higiene hospitalar, liderando um momento de aprendizagem.

De forma a estabelecer estratégias proativas e colocar em prática conhecimentos obtidos liderando um procedimento nesta área de atuação enquanto futura EE, foi desenvolvido um projeto de intervenção para a Unidade de saúde onde trabalho, começando pelo básico, a sugestão de criação da equipa do GCL-PPCIRA local e posteriormente a planificação da implementação da estratégia multimodal de acordo com a Campanha da OMS e do determinado pela DGS (2009) (Apêndice VII). A importância do PPCIRA alterou-se com o passar do tempo, sendo capaz de compreender o seu impacto em qualquer contexto e fundamentar a necessidade de melhoria de cuidados e mudança de comportamentos, cumprindo com o preconizado, mas alicerçando as medidas com bases sólidas.

Relativamente ao SU todas as normas de prevenção e controle de infeção foram utilizadas aquando da prestação de cuidados. Verificando-se que existem medidas de proteção que não estão normalizadas e uniformizadas no serviço e que os profissionais têm de ser sensibilizados. Sem dúvida que após o estágio no PPCIRA a visão que tinha modificou-se.

Foi garantida a utilização do EPI quando necessário por exemplo suspeitas de doentes SARS-CoV-2 ou vírus respiratórios e implementadas medidas de isolamento consoante o necessário. A utilização destes cuidados base protegem tanto o doente como os profissionais, situação para a qual inúmeras vezes não estamos sensibilizados, pois o momento de adesão de HM com menos taxa é o primeiro, onde deveria ser o mais elevado considerando que estaríamos a proteger o profissional, mas também o doente dos nossos microrganismos (DGS, 2022).

Desta forma, considera-se ter alcançado os objetivos propostos e atividades definidas (Apêndice VIII), sendo enquanto futura EE capaz de colaborar na implementação de uma Unidade Local – PPCIRA, demonstrando conhecimento sobre os diferentes planos a ter em conta e as competências a cumprir. Este estágio permitiu uma visão diferente dos cuidados e do papel do EE numa área de intervenção ampla, diversa, mas onde pode fazer diferença tendo um grande impacto nos cuidados.

4. Considerações Finais

Terminado o período de estágio a realizando uma reflexão crítica sobre as competências desenvolvidas ao longo do tempo e o impacto que as mesmas terão no meu futuro enquanto profissional e futura EE. Através das aprendizagens realizadas e das intervenções implementadas tomo consciência da evolução enquanto profissional. Considera-se ter alcançado os objetivos propostos e mobilizaram-se aprendizagens na prática diária verificando mudanças de crescimento, pois podemos ser geradores de melhoria de forma informal criando boas práticas de trabalho.

O controlo de infeção é uma preocupação para todos os profissionais e é indispensável implementar e adotar medidas básicas e simples aquando dos cuidados, uma vez que os nossos clientes estão em situação de vulnerabilidade. Em retrospectiva verifica-se que inúmeras vezes facilitamos aumentando o risco de infeção, especialmente no SU onde a rapidez e a atuação eficaz são incrementos, contudo é necessário ter a noção que a utilização das PBCI em qualquer contexto não pode ser descurada. Considera-se que o crescimento foi enorme e muito gratificante, mas ainda há muito a desenvolver, a fazer, a mudança e os desafios devem ser aceites visando sempre os cuidados com melhor qualidade.

Desenvolveu-se maior capacidade de prever complicações para o doente, raciocínio clínico interligado com conhecimentos derivados da evidência atual com os sinais e sintomas que a PSC apresenta. Neste momento conseguem-se planear intervenções válidas e exequíveis, adequadas às situações bem como tomar decisões de forma reflexiva e fundamentada respeitando os princípios éticos e deontológicos.

O grau de mestre implica estas competências que se consideram ter alcançado ao longo do período de aprendizagem e que no dia a dia me permitem ser melhor profissional e com capacidade crítica e apreço pela aprendizagem constante (Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, 2018).

Como expectativa futura espera permanecer no SU na unidade onde trabalha, sendo um elemento de referência capaz de promover melhoria na qualidade e segurança dos cuidados baseada nas competências definidas e delineadas como futura EE, adquirindo e consolidando conhecimento através de formação contínua que permita o desenvolvimento de mais habilidades e atualização constante, essencial à melhoria dos cuidados. Acredita-se na capacidade de uniformização dos cuidados na unidade, incentivando a criação e revisão de protocolos, normas e orientações baseadas nas *guidelines* existentes das entidades vigentes

nacionais e internacionais. É essencial dinamizar a formação nesta realidade, permitindo que os profissionais conheçam e atuem noutros locais de forma a incrementarem novos conhecimentos no seu meio, tendo já proposto tal sugestão à entidade gestora.

Neste momento encontra-se a frequentar uma Pós-graduação em Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências Antimicrobianas, em regime online, que permitirá consolidar e adquirir novos conhecimentos, podendo ser um elemento fundamental para a implementação deste programa, pois permitirá sem dúvida a tomada de decisão devidamente fundamentada.

Todo o processo foi um desafio, com alguns constrangimentos, mas considera-se estar apta a prestar cuidados em situações complexas, atuando de forma sistematizada e orientada em situações de emergência e baseando a prática nos conhecimentos adquiridos, garantindo a sua segurança e eficácia, prevendo complicações e atuando para a melhoria da sobrevivência dos doentes.

Os últimos anos fizeram com que se constatassem dificuldades a nível dos cuidados de saúde e a sustentabilidade destes. A enfermagem tem um papel motivacional, incrementa e dinamizador nesta área, pois é necessário como definido pela OE e pelas nações unidas (2015) reforçar a capacidade mundial alertando para a redução e gestão de riscos nacionais e globais e a Pandemia foi um desses riscos causando uma situação de fragilidade social, financeira e de cuidados de saúde. Assim deve-se apostar na formação, nos cuidados seguros, na mudança como algo possível, garantindo cuidados, recursos e aprendendo com as situações vivenciadas, sendo a voz de liderança que fundamenta e influência tomadas de decisões políticas e sociais, fortalecendo a colaboração com recursos de dentro e fora da área da saúde, ultrapassando as dificuldades. Assim perante este objetivo é de extrema importância que os cuidados sejam centrados no doente com a garantia dos recursos necessários e seguros.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Adesão à Utilização do Equipamento de Proteção Individual na Urgência – Projeto de Melhoria Contínua

1. Resumo

Enquadramento: O mundo deparou-se a partir de dezembro de 2019 com uma situação pandémica causada por um vírus respiratório denominado SARS-CoV-2. Esta situação causou sobrecarga a nível dos serviços e organizações de saúde globalmente e o enorme desafio foi a contenção da alta taxa de infeção uma vez que a sua transmissão alcançou números elevados e afetou muitos profissionais de saúde, tendo impacto na prestação de cuidados. Os Grupos de Controlo de Infeção das instituições de saúde tiveram um papel fundamental na atuação e delineamento de medidas eficazes e eficientes tais como as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e as Precauções baseadas na Via de Transmissão (PBVT). Uma destas medidas passa pela utilização do Equipamento de proteção individual (EPI), que os profissionais usam de forma a reduzir a transmissão de microrganismos entre eles e os doentes, contudo a sua adesão depende de diversos fatores.

Objetivo: Identificar quais os fatores que influenciam a adesão ao uso de EPI pelos profissionais de saúde num serviço de urgência em contexto pandémico.

Metodologia: Projeto de implementação da evidência da *Joanna Briggs Institute* desenvolvido em dois serviços de urgência da Região Autónoma dos Açores. Realizou-se um estudo misto, não experimental com desenho descritivo. O Projeto foi baseado e implementando tendo em conta as diferentes fases deste modelo, incluindo elementos chave que permitiram detetar principais facilitadores e dificultadores através da aplicação de um questionário e entrevistas. Para além disso foram avaliadas taxas de adesão a PBCI. O estudo teve parecer favorável de ambos os Conselhos de Administração e Comissões de ética.

Resultados: Os fatores que influenciam a adesão à utilização do EPI são multifatoriais como fatores individuais, organizacionais e estruturais.

As PBCI têm o objetivo de garantir a segurança dos cuidados, verificando-se neste estudo através do questionário online que 1.8% não tem conhecimento de normas e 32.1% não tem formação nesta área. Quanto às auditorias, das 19 observações à utilização de EPI constata-se que o índice de qualidade está acima dos 85% na colocação e utilização adequada aos momentos e situações e 100% aquando da sua remoção. Por outro lado, no que concerne ao uso das luvas existem lacunas a colmatar relacionadas com a substituição e higienização de mãos após utilização nas diferentes categorias profissionais auditadas. Relativamente à taxa de adesão à Higiene das Mãos, 62.43% de adesão ao 1º momento

muito aquém dos 95% pretendidos. No que diz respeito a categorias profissionais, os enfermeiros apresentam a taxa mais alta de 76.23%, os médicos de 66.67%, os assistentes operacionais 64.80% e outros de 51.61%.

Os gestores entrevistados valorizam as suas equipas, consideraram a sobrecarga laboral um dificultador tal como a escassez de recursos materiais e humanos e as múltiplas orientações, por outro lado as dinâmicas implementadas, a capacidade de resposta e a cultura salubre da instituição, permitiram a reorganização de equipas e a resposta adequada, ultrapassando os obstáculos e conflitos sentidos.

Conclusão: Apesar do EPI ser reconhecido como um meio eficaz de proteção ainda existem profissionais que desvalorizam o risco a que estão sujeitos e diversos fatores influenciam esta adesão desde questões individuais, a fatores estruturais e organizacionais. Situações como a pandemia não são previsíveis, mas é necessário adaptar medidas e planos aos contextos e realidades e aprender colmatando lacunas. Facilitar momentos de formação, fornecer feedback atempado dos resultados das auditorias como momentos de melhoria e avaliação são fundamentais, permitindo a sensibilização dos envolvidos promovendo a mudança. A implicação deste estudo no futuro pretende melhorar a prática dos cuidados, a preparação, gestão de recursos e dinâmicas organizacionais.

Palavras-chave: Covid-19; profissionais de saúde; equipamento de proteção individual; diretrizes

2. Abstract

Background: In December 2019, the world was faced with a pandemic situation caused by a respiratory virus called SARS-CoV-2. This situation caused overload at the level of health services and organizations globally and the huge challenge was the containment of the high infection rate since its transmission reached high numbers and affected many health professionals, impacting the delivery of care (WHO, 2020). The Infection Control Groups of healthcare institutions played a key role in acting and designing effective and efficient measures such as Basic Precautions for Infection Control (PBCI) and Precautions based on the Transmission Pathway (PBVT). One of these measures is the use of Personal Protective Equipment (PPE), which professionals use in order to reduce the transmission of microorganisms between them and the patients, but its adherence depends on several factors

Objective: To identify the factors influencing the adherence to the use of PPE by health professionals in an emergency department (ER) in a pandemic context.

Methodology: Project to implement the Joanna Briggs Institute evidence developed in two emergency services in the Autonomous Region of the Azores . A mixed non-experimental study with descriptive design was carried out. The project was based on and implemented taking into account the different phases of this model, including key elements that allowed detecting the main facilitators and hindrances through the application of a questionnaire and interviews. In addition, adherence rates to PBCI were evaluated. The study had a favorable opinion from both Boards of Directors and Ethics Committees.

Results: The factors influencing adherence to PPE use are multifactorial such as individual, organizational and structural factors.

The PBCI have the objective of ensuring the safety of care, being verified in this study through the online questionnaire that 1.8% has no knowledge of standards and 32.1% has no training in this area. As for the audits, of the 19 observations on the use of PPE, it was found that the quality index is above 85% in the placement and appropriate use at the time and situation, and 100% when it is removed. On the other hand, regarding the use of gloves, there are gaps to be filled related to the replacement and cleaning of hands after use in the different professional categories audited. Regarding the rate of adherence to Hand Hygiene, 62.43% adherence at the 1st moment, far short of the 95% intended. Regarding professional categories, nurses show the highest rate of 76.23%, doctors 66.67%, operational assistants 64.80% and others 51.61%.

The interviewed managers value their teams, considered the work overload a hindrance as well as the shortage of material and human resources and multiple guidelines, on the other hand the dynamics implemented, the responsiveness and healthy culture of the institution, allowed the reorganization of teams and the appropriate response, overcoming the obstacles and conflicts experienced.

Conclusion: Although PPE is recognized as an effective means of protection, there are still professionals who devalue the risk to which they are subjected and several factors influence this adherence from individual issues to structural and organizational factors. Situations like the pandemic are not predictable, but it is necessary to adapt measures and plans to the contexts and realities and learn by filling gaps. Facilitating training sessions, providing timely feedback on the results of audits as moments of improvement and evaluation are fundamental, allowing the awareness of those involved to promote change. The implication of this study in the future intends to improve care practice, preparation, resource management and organizational dynamics.

Keywords: Covid-19, health professionals; personal protective equipment; guidelines

3. Fundamentação/enquadramento teórico

A nível global foi vivenciada uma situação pandémica causada por um vírus respiratório denominado SARS-CoV-2. Esta situação tornou-se um problema grande de saúde levando ao agravamento de uma crise social e financeira devido às restrições impostas (Tien et al., 2021). Este vírus foi responsável por uma elevada mortalidade mundial, incluindo de profissionais de saúde, em consequência de taxa elevada de transmissão e aumento da morbilidade (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2020).

O pouco conhecimento e a escassez de informação sobre este vírus obrigaram à implementação de medidas e estratégias que minimizassem e mitigassem os efeitos desta doença, garantindo a proteção tanto dos profissionais como dos doentes, assegurando cuidados de saúde de qualidade (Johnson et al., 2021).

O SARS-CoV-2 pode transmitir-se devido à ausência de distanciamento social próximo de alguém infectado e a disseminação ocorre através das gotículas respiratórias (partículas superiores a 5 µm) produzidas pela tosse, espirro ou pela fala. O contacto direto com secreções infetadas através do manuseio (mãos), imprime uma extrema importância à higiene e desinfeção frequentes das mãos e à minimização de procedimentos geradores de aerossóis (DGS, 2020).

Os profissionais apesar do desconhecimento existente e dos receios mantiveram-se na linha da frente e asseguraram os cuidados com a normalidade possível, aderindo a medidas implementadas e a intervenções fundamentais para a sua segurança e dos doentes. Diversas foram as estratégias delineadas que minimizaram a transmissão desta doença tentando reduzir o impacto da mesma, e aqui os GCL das instituições tiveram um papel muito importante na atuação adequada ao contexto e realidade envolvente, colocando em prática as PBCI.

A necessidade de implementar normas e orientações, de definir medidas claras no combate à pandemia exigiu que as organizações de saúde se reorganizassem e reestruturassem sendo fator causador de dificuldades e conflitos. Nas medidas implementadas é tida em consideração a necessidade urgente de proteger os profissionais de saúde, todos os que tem contacto com os doentes e isto apenas é possível quando se utiliza corretamente o EPI (Afeng-Nkansah et al., 2021). Os mesmos autores consideram que o uso do EPI deve ser determinado pela existência de *guidelines* uma vez que a sua utilização de forma indevida irá reduzir a sustentabilidade e provável rutura de *stocks*. Esta perspectiva é concordante com as recomendações feitas pela WHO (2020) na estratégia global de gestão, onde o acesso e

utilização de EPI assenta em três eixos fundamentais, a diminuição da necessidade de uso, o seu uso adequado e o acesso otimizado.

As mudanças são momentos causadores de stress, receios e por vezes conflitos, mas estas transições tanto pessoais como organizacionais fazem parte do crescimento dos envolvidos e da melhoria dos cuidados de saúde (Meleis et al., 2000). Os mesmos autores afirmam que existem fatores facilitadores e inibitórios que condicionam a transição, neste caso um evento não previsível como a pandemia com efeito global. A consciencialização, o conhecimento, o envolvimento e a preparação facilitam neste processo complexo, alcançando a resposta para a mudança com a aquisição de novas competências e conhecimentos e sendo uma linha orientadora que facilita a tomada de decisão (Meleis et al., 2000).

O combate a este flagelo pandémico assentou na utilização correta do EPI, na higienização correta das mãos e no distanciamento social (Smith et al., 2022). Verificou-se que apesar das PBCI serem uma medida que pretende minimizar a transmissão de infeção e garantir a segurança dos cuidados, a realidade é que nem todos os profissionais aderem às mesmas, daí a importancia de serem realizadas auditorias (Galanis et al., 2022 & Smith et al., 2022).

Os GCL através de momentos formativos e treino colmataram lacunas relativas a conhecimento dos profissionais envolvidos e melhoraram a sua percepção dos riscos a que estão sujeitos bem como da importância de comportamentos tão simples como a Higiene das Mãos (Keleb, et. al., 2021; Tien et al. 2021, & Vindrola – Padros, et al., 2020). A colocação de lembretes e cartazes em sítios estratégicos, a definição de circuitos e a divulgação destes para conhecimento de todos, facilita o fluxo de doentes e melhora o desempenho das equipas além de ajudar a evitar a autocontaminação na remoção do EPI (Wahed et al., 2020). Com o evoluir da situação foi possível adequar estratégias e intervenções cruciais para a minimização dos efeitos da situação, orientando para os comportamentos de mudança dos profissionais e melhorando o desempenho a nível ambiental, sustentabilidade de EPI e acesso, Higiene das Mãos com aumento de taxas de adesão nos diferentes momentos (9.2%), aumentando em 12% a adesão no primeiro momento, também com aumento no uso e gestão de luvas, com 7.1% de aumento global e adesão de mais 6.5% nas PBCI, onde se verifica um aumento no cumprimento de 12.5% na etiqueta respiratória, 8.2% no controlo ambiental e 7.9% na utilização do EPI (DGS, 2021). No mesmo relatório ainda encontramos resultados positivos no consumo de SABA para a HM com aumentos de 148%, 318%, 63% e 330%, nos hospitais públicos, hospitais privados, unidades de cuidados continuados (UCCI) e cuidados de saúde primários (CSP), respetivamente, e aumento de ações de formação a todos os grupos profissionais (DGS, 2021). Estes aumentos que se esperam manter foram influenciados pelo contexto vivenciado, contudo espera-se que a consciencialização e sensibilidade dos profissionais continue a permitir esta melhoria contínua.

O EPI deve ser adequado aos profissionais garantindo a sua proteção, mas também facilitando e permitindo a prestação de cuidados sem prejudicar ou dificultar a realização de procedimentos, a comunicação entre elementos e com os doentes, garantindo conforto e sendo material de qualidade que permita a regular transpiração sem embaciamento (El-Sokkary et al., (2021); Shwe, et al., (2021); Tien et al., (2021).

Desta forma os gestores ao adquirirem material deverão ter em consideração pormenores como tamanhos, material respirável, conforto e acessibilidade (WHO, 2020). Os líderes ao reorganizarem as equipas devem ter em conta as habilidades e conhecimentos dos elementos envolvidos, a sua experiência, facilitar e incentivar momentos de treino, auditorias e discussão dos resultados com as equipas, atualização de normas, sistemas de comunicação claros com valorização das equipas, mostrando capacidade de organização, delineamento e implementação de medidas (Rathore et al., 2020).

Apesar desta temática ter tido um enorme impacto entre 2020 e 2022, a realidade é que em outras situações como a Gripe A não aprendemos a transpor para a realidade o que de bom se implementou. É necessário correlacionar o conhecimento com a prática através da realização de estudos que avaliem taxas de adesão a procedimentos definidos, pois é uma área com poucos resultados, sendo necessário avaliar o conhecimento teórico dos profissionais.

O SU é um ambiente dinâmico, onde situações graves e não graves, previsíveis e não previsíveis sucedem e os profissionais tem de ser capazes de atuar de forma rápida, adequada e ser possuidores de habilidades muito específicas pelo que os cuidados são prestados a todo o tipo de doentes, mas a garantia da segurança também o deve ser e por vezes o instinto sobrepõe-se à segurança (Badran et al., 2021).

Pretende-se que este seja um contributo a futuras pesquisas, fundamentando decisões para a implementação de medidas de prevenção relacionadas com sistemas de aquisição central, qualidade e acesso de EPI, protocolos de serviço, importância de circuitos e planos definidos, relacionados com esta doença ou com a implementação de estratégias eficazes de combate a qualquer outra situação similar através de planeamento, preparação, gestão de recursos, implementação, avaliação e reestruturação.

4. Finalidade e objetivos

A tomada de decisão tem em conta a melhor evidência de forma a fundamentar-se e através de determinados passos ser possível delinear o processo de investigação. A questão de investigação é o ponto de partida que impulsiona qualquer trabalho, procurando evidência científica e informação sobre o tema escolhido, acedendo a resultados que devem ser posteriormente integrados na prática de forma planeada, servindo de pilar à tomada de decisão fundamentada, permitindo a avaliação e a melhoria dos resultados visando a melhoria da prática (Craig, 2004),

A questão de investigação elaborada para desenvolver este trabalho foi: **quais os fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde às medidas das PBCI em contexto de pandemia SARS-CoV-2 em Serviços de Urgência?**

O trabalho foi delimitado por fases e em cada uma foram utilizados métodos de colheita de dados de forma a responder à questão. Assim, o objetivo do trabalho vai de encontro à questão e foi definido como: identificar os fatores facilitadores e dificultadores que influenciam os profissionais de saúde nos serviços de urgência em contexto de pandemia SARS-CoV-2 a aderir às medidas PBCI.

Como objetivos específicos delinear-se: identificar os fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde às PBCI e determinar o índice de conformidade e cumprimento da Higiene das Mãos, do uso de luvas e utilização de EPI nos SU pelos diferentes profissionais minimizando a infeção cruzada.

Com este trabalho, espera-se que as estratégias sejam implementadas na prática promovendo a aplicação de novos protocolos, circuitos e orientações com repercussões significativas na melhoria dos cuidados e na organização dos serviços de saúde, relacionadas com aquisição, qualidade e disposição de EPI.

5. Metodologia

A investigação é um pilar das disciplinas do conhecimento e só faz sentido ser partilhada se contribuir para a melhoria e desenvolvimento de ideias inovadoras, aperfeiçoando as evidências científicas, alicerçando a tomada de decisão após o diagnóstico da situação e a efetividade do delineamento de intervenções adequadas aos contextos, estratégias que permitam ganhos para os envolvidos (Sousa et al., 2022).

5.1. Desenho do estudo

Este estudo é baseado na metodologia de projeto de implementação de boas práticas do modelo de implementação da evidência da metodologia de *Joanna Briggs Institute*, (Porrit et al., 2023), realizado em dois contextos de urgência da RAA.

O Modelo de Implementação da JBI consiste em 7 etapas: identificação das áreas para a mudança; envolver os agentes da mudança; avaliar o contexto e a adesão à mudança; realização de auditorias baseada em evidência; implementação da mudança após análise dos resultados; reavaliação de acompanhamento; e plano de sustentabilidade (Porrit, et.al., 2023). Importa salientar que as etapas 6 e 7 não foram realizadas neste estudo devido ao término do momento escolar ser datado de 30 de junho de 2022.

Realizou-se um estudo misto, não experimental com desenho descritivo que inclui múltiplos instrumentos de colheita de dados, aplicados em diferentes etapas.

Na etapa 1 após identificação do problema e análise do contexto prevê-se a realização de uma *Scoping Review* tal como recomendado pela JBI por ser o método mais adequado para avaliar e compreender a informação numa área de desconhecimento, mapeando e discutindo conceitos (Peters et al., 2020). Considerando a escassa informação devido ao recente aparecimento e combate à pandemia, os riscos inerentes e resultados obtidos torna-se necessário identificar esta área como de revelante para estudo.

Desta forma, segundo Peters et al., (2020), a mnemónica recomendada para a *Scoping Review* é a **PCC** (População, Conceito e Contexto). Assim, os critérios de inclusão traduziram-se em **População** – incluídos estudos cujos participantes sejam profissionais de saúde, no **Conceito** – incluídos estudos que abordem a adesão ao uso do EPI/PBCI, e **Contexto** – consideraram-se estudos realizados em Serviço de urgência/contexto hospitalar. Foram incluídos estudos primários do tipo qualitativo, quantitativo e misto. Estudos científicos experimentais, estudos randomizados e não randomizados, estudos e artigos observacionais, e projetos pesquisa-ação. Foram considerados apenas os idiomas inglês, português ou espanhol e a pesquisa foi limitada no tempo entre 2019 e 2022. Não foram considerados

estudos em contexto extra-hospitalar. Antes da seleção dos artigos potencialmente relevantes, a pesquisa foi realizada nas bases de dados e da literatura cinzenta, CINAHL *Complete*, *eBook Nursing Collection*, *eBook Collection* (EBSCOhost), MEDLINE e DART-Europe, utilizando os seguintes termos **("healthcare work*" OR "healthcare professional*") AND ("coronavirus infection*" OR "covid-19" OR "2019-nCoV Acute respiratory disease" OR "SARS-CoV-2") AND ("Personal protective equipment" OR "protective cloth*" OR "infection control") AND ("guidance" OR "Guideline*" OR "adherence" OR "compliance")**, adotados do artigo publicado na *Cochrane* de Houghton et al., (2020).

A estratégia de busca, incluindo todas as palavras-chave e termos de indexação identificados, foi adaptada para cada base de dados e/ou fonte de informação incluída.

Na etapa 2 e 3 avaliou-se o contexto e os possíveis agentes de mudança, através da participação dos gestores, realizando 4 entrevistas semiestruturadas conduzidas pela investigadora de acordo com o guião elaborado (Apêndice IX). A seleção destes participantes foi intencional, sendo realizadas duas entrevistas presencialmente no gabinete de cada um dos participantes e duas via online através da plataforma Zoom, devido à condicionante geográfica. Todos os participantes assinaram o consentimento livre e esclarecido com a descrição do estudo e respetivos objetivos, autorizando a gravação áudio das mesmas através de dispositivo móvel (Anexo III). A duração das entrevistas variou entre os 10 e os 27 minutos. Foi realizada pela investigadora a transcrição das mesmas, tendo sido codificadas através do sistema de uma letra e um número, E1 a E4. Estes dados foram sujeitos a análise de conteúdo com categorização à *posteriori* (Bardin, 2016).

Perante a análise de situação e a pesquisa bibliográfica realizada sobre a temática, ainda nesta etapa foi aplicado um questionário online aos profissionais dos SU elaborado pela investigadora com base no referencial teórico, utilizando a plataforma GoogleForms, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos participantes com o objetivo de verificar os seus conhecimentos sobre esta temática. Este foi divulgado através dos canais internos utilizados por ambos os enfermeiros chefe aos seus profissionais das categorias incluídas no estudo nomeadamente enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT) e assistentes administrativos. Foi realizado um pré-teste para validação, através da sua aplicação a peritos das diferentes categorias profissionais integradas envolvidas, a trabalharem noutros SU que não os do estudo.

Considerando que as PBCI são medidas sistematizadas e que associadas ao EPI demonstraram eficácia na minimização de riscos e transmissão cruzada, bem como no combate à pandemia, na etapa 4 foram realizadas auditorias através de observações em parceria com os GCL-PPCIRA das unidades hospitalares envolvidas quanto à Higiene das

Mãos, uso de luvas e uso do EPI. Estes formulários basearam-se nas *checklists* da DGS, excepto o uso de EPI que foi elaborado tendo em consideração as orientações emanadas internacionalmente e a nível nacional/regional e considerando as políticas internas das instituições envolvidas.

Na etapa 5 procedeu-se à análise de resultados através do tratamento estatístico descritivo com recurso ao Excel, onde foram calculadas taxas de adesão e índices de qualidade que permitiram a sugestão de medidas de melhoria indo de encontro a estabelecimento de indicadores. Elaborou-se também uma tabela com categorias, subcategorias e unidades de registo relativamente às entrevistas.

5.2. *Considerações éticas*

A qualidade e a segurança dos cuidados de saúde estão explanadas no PNSD 2021-2026 com objetivos bem delineados e atingíveis. As políticas globais assentam em objetivos sustentáveis que permitem o desenvolvimento com acesso igualitário (Nações Unidas, 2015). A investigação atual visa contribuir para o desenvolvimento de políticas de impacto na qualidade dos cuidados baseada na evidência mais recente, através de inovação, dinamização de medidas, orientações, incentivando a fomentação da segurança dos cuidados e dos ganhos em saúde (Deodato, 2022). O mesmo autor afirma que a utilização dos recursos inovadores e disponíveis facilitam a interoperabilidade e a disseminação de resultados, permitindo que se acedam a resultados importantes que poderão ser integradores de políticas de saúde inovadoras.

Os princípios éticos foram respeitados, não atentando contra a vida humana, garantindo a liberdade de participação, podendo o participante a qualquer momento desistir de responder, sendo o questionário online totalmente transparente, anonimizado, garantindo a liberdade e privacidade de cada participante tal como o respeito pela proteção de dados. O consentimento livre e esclarecido com autorização de gravação das entrevistas garantindo a liberdade, anonimato e a proteção de dados de cada um dos participantes contendo a descrição do estudo e seus objetivos. Relativamente às observações foi solicitada autorização aos chefes de serviço em cada dia que se realizaram e garantido o anonimato dos observados, a igualdade, equidade e justiça nos procedimentos de auditoria.

Os dados recolhidos não foram cedidos por terceiros, sendo exclusivos do trabalho em causa, tendo consentimento de todos os participantes para o seu tratamento. O estudo obteve parecer favorável dos Conselhos de Administração e Comissões de Ética de ambas as organizações de saúde envolvidas (ANEXO IV).

Os resultados deste estudo serão divulgados através de comunicações orais, pósteres e artigos podendo ser realizada consulta pública através das bases de dados.

Toda a documentação resultante do processo de colheita de dados foi guardada numa pasta, protegida com palavra-passe a que apenas a autora do trabalho tem acesso.

O anonimato foi assegurado na divulgação dos resultados, uma vez que os participantes não foram identificados através de qualquer dado pessoal. Foi garantida a confidencialidade e privacidade, sendo utilizados os dados com a única finalidade de pesquisa para o trabalho. Não foram colhidos quaisquer dados pessoais ou informações nem publicados em qualquer tipo de relatório. A participação no projeto não provocou nenhum dano ou custo para o público ou as instituições. Foi assegurado o respeito pela autoria dos estudos e a sua correta referência relativamente à bibliografia existente sobre a temática. Após a conclusão do estudo a informação recolhida será eliminada.

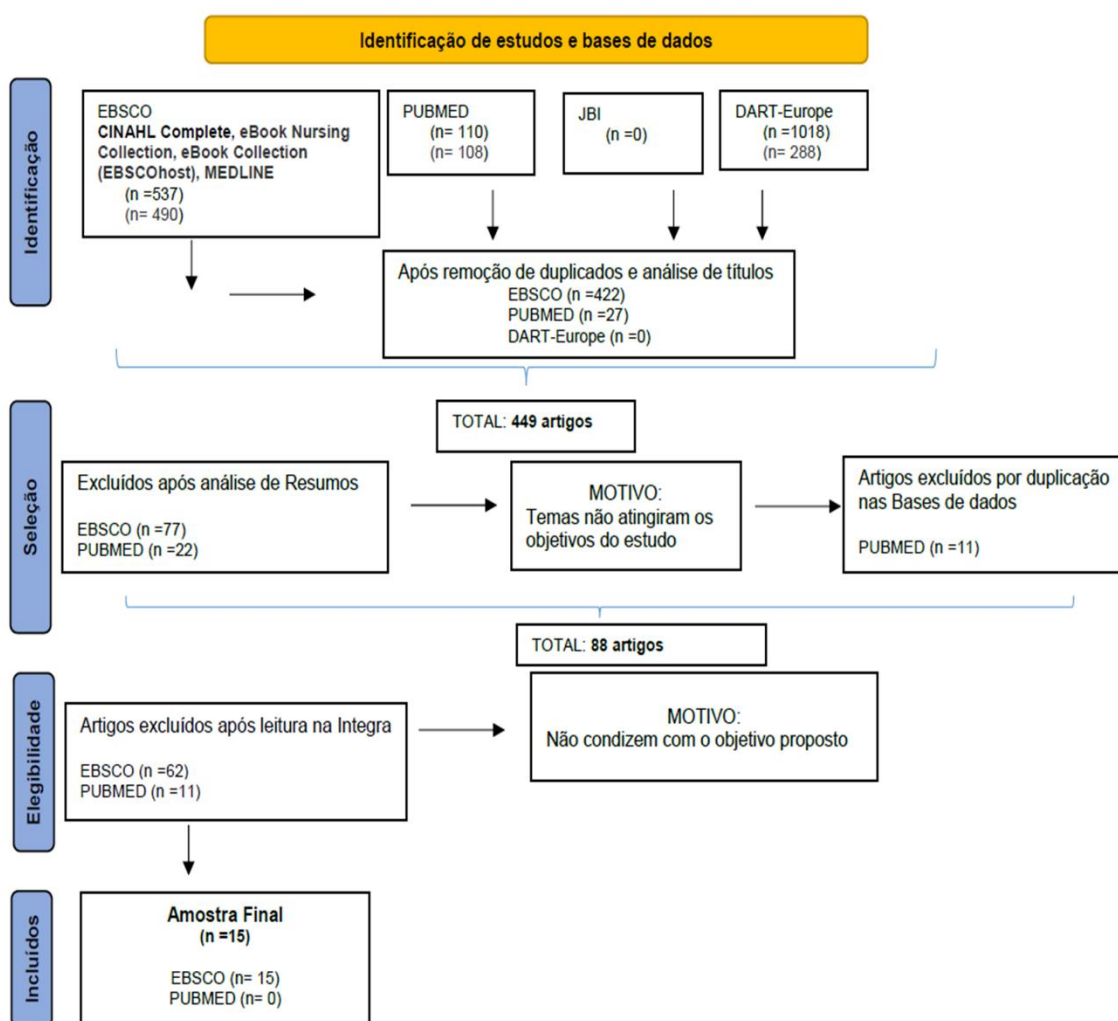
Não existiram conflitos de interesse por parte da autora.

6. Resultados

Relativamente à Etapa 1 importa referir que a pesquisa foi realizada de forma independente por dois investigadores, tendo sido encontrados **449** artigos que foram exportados para o *software Zotero* onde foram eliminados os artigos duplicados. Caso existisse divergência seria realizada a análise por um terceiro revisor, que não foi necessária. A seleção dos artigos foi realizada por duas fases, primeiramente analisados por título e resumo eliminando os que não respondiam aos objetivos do estudo e na segunda fase foram excluídos os que após leitura integral não respondiam ao objetivo do estudo. Resultaram quinze artigos selecionados, que foram extraídos, organizados e analisados numa tabela de apresentação dos resultados (Apêndice X).

De seguida apresenta-se o diagrama de fluxo Prisma (Tricco et al., 2018).

Figura 1: Diagrama de fluxo Prisma



Os estudos datam entre 2020 e 2022, dos quais 5 estudos datam de 2020, 9 estudos de 2021 e 1 de 2022. Os países de realização dos artigos foram 4 artigos no Reino Unido, 1 no Canadá na China, Nigéria, Jordânia, Califórnia, Ásia, Etiópia, Vietname, Egito, Alemanha e Gana. A maioria dos estudos são descritos como estudos transversais. Os estudos permitem identificar os fatores que influenciam os profissionais quanto à adesão do uso do EPI. Estes fatores são facilitadores e dificultadores da adesão. A maioria dos estudos demonstra resultados referentes a conhecimentos e atitudes dos profissionais e poucos apresentam taxas de adesão.

Após análise dos resultados elaborou-se a seguinte tabela que compila os diferentes fatores identificados e influentes enquanto facilitadores e dificultadores:

Tabela 1: Resumo dos Resultados da *Scoping Review*

	FATORES FACILITADORES	FATORES DIFICULTADORES	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
Fatores individuais	Conscientização sobre as orientações do uso do EPI; Receio de contrair ou transmitir a doença; Experiência/ Inexperiência Confiança no seu conhecimento sobre a colocação e retirada de EPI	Necessidade de treino Conhecimento insuficiente Desconhecimento sobre EPI e correta utilização Crenças e baixa percepção do risco, dos profissionais de saúde sobre EPI Experiência/ Inexperiência Preocupação sobre disponibilidade/escassez de EPI Negligência, esquecimento, desconforto pessoal	Shwe et al., (2021) Yang et al., (2021) Smith et al., (2022) Tien et al., (2021) EL-Sokkary et al., (2021) Hoernke et al., (2020) Neuwirth et al., (2020) Ashinyo et al., (2021) Vindrola -Padros et al., (2020) Key et al., (2020) Alao et al., (2020) Badran et al., (2021) Keleb et al., (2021) Piché- Renaud et al., (2021)
Fatores organizacionais	Existência de EPI adequado; Apoio do hospital Ética de trabalho Cultura da organização motivadora Uso adequado dos EPI Capacitação dos profissionais de saúde através de treino Conscientização sobre políticas de gestão Diretrizes consistentes Treino/formação continua	Recursos humanos e materiais adequados Acesso inadequado Múltiplas orientações Gestão não incentivadora	Shwe et al., (2021) Yang et al., (2021) Smith et al., (2022) Gullapalli et al., (2021) Hoernke et al., (2020) Vindrola – Padros et al., (2020) Alao et al., (2020) Badran et al., (2021) Keleb et al., (2021) Piché- Renaud et al., (2021)
Fatores estruturais	Fatores estruturais – salas de isolamento, circuitos Equipamentos de proteção individual adequados para profissionais de saúde Materiais suficientes	Caraterísticas do EPI - desconforto aquando da sua utilização Longos períodos de utilização Lacunas na adesão ao Controle de Infecção em diferentes grupos profissionais - infraestruturas	Yang et al., (2021) Smith et al., (2022) Gullapalli et al., (2021) Tien et al., (2021) Vindrola – Padros et al., (2020) Alao et al., (2020) Keleb et al., (2021) Piché- Renaud et al., (2021)

Comprovou-se, de forma evidente, que esta adesão é influenciada por fatores facilitadores e dificultadores catalogados em fatores individuais relacionados com os profissionais, mas é também afetada por fatores estruturais e organizacionais, como a envolvimento da gestão de

topo e o trabalho de equipa enquanto pilares categóricos, a formação, as orientações claras e a comunicação eficaz. No entanto, as características do EPI, a sobrecarga laboral e a falta de recursos humanos e materiais causam resistência à adesão do EPI.

Assim, ao atuar-se de modo dinâmico e proativo, a gestão das próprias instituições conseguirá de melhor forma garantir a segurança e fomentar a melhoria do desempenho profissional dos seus elementos especificamente na adesão do EPI.

Na Etapa 2 e 3 das quatro entrevistas realizadas emergiram 4 categorias e 13 subcategorias. As categorias principais foram Recursos Humanos, Recursos Materiais, Recursos estruturais e organizacionais e Tomada de decisão que se apresentam na tabela seguinte com as respetivas subcategorias e unidades de registo. No Apêndice XI encontra-se o resumo da transcrição das entrevistas com as respetivas unidades de registo e entrevista correspondente.

Tabela 2: Resumo da categorização das entrevistas semiestruturadas

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADE DE REGISTO
Recursos Humanos	Reorganização dos recursos humanos	“...mobilizaram-se elementos de serviços menos movimentados, o que por vezes causou constrangimentos não sendo fácil de gerir...”
	Adaptação	“Exigiu de nós formas esforços adicionais do pessoal envolvido ... os assistentes operacionais ficaram mais assoberbados...”
	Trabalho em equipa	O grupo ajudou imenso, a partilha de dúvidas, sugestões de melhoria de todos”
	Gestão dos recursos humanos	com o Covid, as triagens e encaminhamentos implicou novas medidas internas. A equipa foi reorganizada, equipa espelho. Os assistentes operacionais que fazem a limpeza do serviço sem dúvida que ficaram mais sobrecarregados e ai foi necessário reforçar o que não foi fácil também..”
	Adesão às medidas de controlo de infeção	“...antes foi difícil que percebessem a adesão e uso correto, agora é o deixar de usar que por medo alguns ainda usam o EPI completo não se justificando neste momento...”
Recursos Materiais	Gestão dos recursos materiais	“...houve restrições como houve no país todo no mundo todo quanto à necessidade de produção de EPI’s... não correspondia à procura, houve algumas restrições, na verdade, mas depois isso normalizou. ...houve também que estar muito atento à qualidade dos EPI’s e no sobretudo às máscaras porque houve tentativas de fornecedores externos à região, de fornecer máscaras que não eram das FFP2 das FFP2 e isso foi detetado. ...
	Comunicação	“As medidas são a união. São a chamada de atenção não há neste momento não fazemos nada específico no sentido da melhoria da higiene das mãos....”” politica deve ser transmitida de uma forma clara e consistente e continuada...”
	Conhecimento das orientações	“...as orientações estiverem bem definidas penso que é uma mais valia ao serviço e a organização e delimitação de medidas... assim cada um faz de forma similar e permite que seja dado a conhecer de forma clara e pertinente a todos os envolvidos....”

Recursos Estruturais e Organizacionais	Ambiente físico	“... devido a situação pandémica, atualmente a existência de mais SABA em diferentes sítios, cartazes sobre lavagem e higiene das mãos ajuda não só os profissionais, mas também as visitas e acompanhantes...”
	Reorganização dos serviços e cuidados	“elementos chave foi determinado o que melhor se adaptaria a cada serviço, como reorganizar desde escalas a disposição e dispensa de material e a partilha das informações atualizadas, uniformizando procedimentos. mas não foi fácil”. “Em relação à carga de trabalho no início da pandemia criou-se orientações de serviço, de forma a ajudar a reorganização do serviço, diversas atividades, suspendeu-se atividade cirúrgica, tudo coisas que tinham as suas rotinas e planeamentos. Isto implicou reorganizar equipas e criar um serviço...” “Quando se suspendeu as sanções e o respiratório houve alguns circuitos que foram criados no serviço de urgência, entretanto esses circuitos também foram sendo alterados...”
	Formação/ treino	“foi organizado pelo PPCIRA. Fizeram uma sensibilização sobre a forma de vestir o EPI, colocar as luvas, Higiene das mãos.... aí foi uma medida pontual...mas <u>internamente</u> nós fizemos isso. Nós fizemos formação com um EPI testado do serviço quer para os profissionais de enfermagem quer para os assistentes operacionais e <u>médicos</u> , que nos solicitaram que nós dessemos formação a eles, e nós demos essa formação internamente.” ...
	Gestão/ monitorização dos serviços e cuidados	“Não posso dizer que exista de uma forma regular e consistente a não ser o PPCIRA que faz.... da Higiene das mãos aliás e dos EPI’s faz faz auditorias sim...de resto em termos deda parte de controle de infeção não tenho qualquer informação.”
Tomada de decisão	Envolvimento na tomada de decisão	foram tidas em conta ideias de elementos da equipa. Do Controle de infeção, do risco, da urgência, do gabinete de comunicação ...” “...evolução da situação pandémica, mas as alterações que se fizeram foi por sugestão dos profissionais...Tendo sempre em conta a opinião dos profissionais .“

Relativamente ao questionário online aplicado aos profissionais obteve-se um total de 56 respostas. No que concerne à caracterização sociodemográfica, apenas se considerou a categoria profissional e o tempo de serviço.

Tabela 3: Categorização profissional dos participantes do questionário

CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL
Enfermeiro	22 (39.3%)
Médico	14 (25%)
Assistente operacional	17 (30.4%)
TSDT	2 (3.6%)
Assistente administrativo	1 (11.8%)

Do total de respostas obtidas verificou-se que um total de 8 profissionais (14.3%) trabalhavam à menos de 1 ano e o mesmo número entre 1 a 2 anos. 5 profissionais (8.9%) desempenhavam funções num período entre 2 a 4 anos, 10 elementos (17.9%) entre 5 a 10 anos e a maioria, 25 profissionais há mais de 10 anos (44.6%).

Estes resultados permitem confirmar que durante a pandemia foram integrados elementos novos e que se obtiveram menos respostas de TSDT e assistentes administrativos, pessoal com menor permanência no contacto direto aos doentes.

Tabela 4: Conhecimentos de normas e uso de EPI

SIM	NÃO
55 (98.2%)	1 (1.8%)

Apesar da divulgação durante a situação pandémica causada pelo COVID relativamente às normas da DGS enfatizando a importância do uso adequado do EPI ainda se obteve uma resposta de desconhecimento.

Tabela 5: Avaliação da prática e frequência de formação

	TOTAL
Excelente	8 (14.3%)
Adequada	48 (85.7%)
Inadequada	0
Nenhuma	0

Das 56 respostas obtidas 38 (69.7%) dos profissionais já frequentou uma formação sobre a temática, mas 18 elementos (32.1%) não frequentaram qualquer formação, apesar dos 56 respondentes considerarem a sua prática maioritariamente adequada (85,7%) ou excelente (14.3%).

Tabela 6: Duração da formação

TOTAL	
< 2 horas	20 (52.6%)
2 a 4 horas	12 (31.6%)
>4 horas	3 (15.8%)
	38 respostas

Quanto à duração da formação e há quanto tempo esta decorreu, obtiveram-se um total de 38 e 39 respostas respetivamente. Deduz-se que alguém não respondeu à duração da formação, salientado que a maioria decorreu há mais de 1 ano (25-64.1%) o que implica que os elementos contratados há menos de 1 ano ainda não tenham tido esta formação apesar de terem sido integrados no decorrer da pandemia. Ainda se obtiveram 7 respostas (17.9%) quanto à realização de formação há menos de 6 meses e entre 6 a 12 meses.

Tabela 7: Vantagens e dúvidas sobre EPI

TOTAL	
Prevenção da infeção	22 (40%)
Prevenção de acidentes	0
Ambos	33 (60%)
	55 respostas

Obtiveram-se 55 respostas, a maioria considera que o EPI tem vantagem múltipla, neste caso de prevenção de infeção e de acidentes, contudo 40% considera que a sua vantagem é apenas de prevenção da infeção, mostrando-se aqui a necessidade de formação que pode ser relacionada com os 18 participantes que não tiveram formação sobre o tema. Destas 55 respostas 10 participantes referiram ter dúvidas relativamente ao EPI de foro respiratório, pelo que é emergente reforçar a necessidade de medidas dinamizadoras de informação e formação, podendo inferir que durante a pandemia por desconhecimento alguns

profissionais puseram-se em risco por utilizarem inadequadamente o EPI ou foram gastos recursos desnecessários em determinadas situações.

Tabela 8: Composição do EPI

	TOTAL
Concordo totalmente	27 (48.2%)
Concordo	27 (48.2%)
Não sei	0
Discordo	2 (3.6%)
Discordo totalmente	0
	56 respostas

Responderam 56 profissionais dos quais 3.6% discorda da composição descrita, mas 48.2% concordam e concordam totalmente. Importa referir que as orientações para proteção em situação pandémica incluíam estes elementos para proteção, contudo não podemos considerar totalmente erradas as respostas discordantes porque habitualmente as toucas e os protetores de sapatos não são considerados EPI, mas sim acessórios utilizados em áreas de bloco operatório ou em procedimentos invasivos para proteção do doente devido aos cabelos e para redução da contaminação do chão, protegendo os sapatos dos profissionais (Regulamento EU 2016/425; Decreto- Lei nº 348/93 de 1 de outubro, 1993). Importa salientar que a sua disponibilização e fácil acesso é da responsabilidade do empregador de acordo com as normas instituídas, garantindo qualidade e segurança aos profissionais.

Tabela 9: Uso de luvas e SABA

	TOTAL
Concordo totalmente	1 (1.8%)
Concordo	11 (19.6%)
Não sei	3 (5.4%)
Discordo	18 (32.1%)
Discordo totalmente	23 (41.1%)
	56 respostas

Obtiveram-se 56 respostas, dos quais 3 responderam que não sabem. Dos participantes 1 afirma concordar totalmente e por outro lado 23 discorda totalmente. O uso das luvas obriga

à HM antes da sua colocação e após a sua utilização. Não sendo um doente com *Clostridioides* ou as mãos apresentando-se visivelmente sujas com matéria orgânica situações para as quais se recomendam lavagem com água e sabão tem e deve ser realizada a HM com SABA, pois a utilização de luvas nunca substituiu esta medida (DGS, 2019; DGS, 2015). Mais uma vez se consolida a necessidade de formação para os diversos profissionais sobre a temática, com impacto na redução da transmissão cruzada.

Tabela 10: Ordem de remoção do EPI

	1º passo	2º passo	3º passo	4º passo	5º passo	6º passo	7º passo	8º passo
Higiene das mãos	25 (45,45%)	5 (8,93%)	10 (17,86%)	6 (10,90%)	10 (18,52%)	22 (40%)	9 (20,93%)	0
Remoção dos óculos	9 (16,36%)	10 (17,86%)	12 (21,43%)	15 (27,27%)	6 (11,11%)	4 (7,27%)	0	0
Remoção das luvas	13 (23,63%)	19 (33,93%)	8 (14,29%)	8 (14,55%)	6 (11,11%)	2 (3,64%)	0	0
Colocação novo respirador	0	2 (3,57%)	1 (1,79%)	0	1 (1,85%)	20 (36,36%)	34 (79,07%)	0
Remoção respirador e touca	1 (1,82%)	4 (7,14%)	9 (16,07%)	17 (30,90%)	24 (44,44%)	3 (5,45%)	0	0
Remoção de bata e luvas	7 (12,72%)	16 (28,57%)	16 (28,57%)	9 (16,36%)	7 (12,96%)	4 (7,27%)	0	0
TOTAL de respostas	55 (98,21%)	56 (100%)	56 (100%)	55 (98,21%)	54 (96,43%)	55 (98,21%)	43 (76,79%)	0

De forma a avaliar o cumprimento da sequência correta de remoção do EPI constata-se que o momento de HM no decorrer do procedimento de acordo com a política interna implementada fica em falta inúmeras vezes sendo o passo onde mais erraram, tal como se verifica entre a remoção e colocação de novo respirador/máscara. Considerando os passos instituídos na política interna verifica-se que apenas 7 (12,72%) das respostas classificaram a remoção das luvas e da bata como 1º momento, podendo estas ser agrupadas já que eram utilizados dois pares de luvas e só 16 (28,56%) responderam como 2º passo. Os respondentes apresentaram uma percentagem de 33,93% (19) no 2º momento e de 27,27% (15) no 4º momento estando estes de acordo com a política estabelecida.

Ninguém acertou na totalidade das respostas. Deduz-se que realizar o procedimento é quase um momento já mecanizado e quando colocado em papel é necessário pensar e estas respostas poderão ter causado confusão aos profissionais. Para além disso existem momentos em que não se obteve as 56 respostas.

Deve-se salvaguardar que as luvas não são higienizáveis pelo que como primeiro momento apesar de tal se ter observado durante a pandemia é um procedimento incorreto e ineficaz.

Verificou-se que os profissionais arranjaram estratégias individuais para não se contaminarem e é aceitável que removam algum EPI simultaneamente. A colocação de novo respirador apresenta 34 respostas como 7º passo verificando-se que os envolvidos ocultaram um momento de HM.

Isto demonstra que na prática e através da existência dos infogramas com os passos se torna mais fácil realizar o procedimento evitando omissão de alguns. O formato desta resposta poderá ter causado confusão aos respondentes, apesar de no pré-teste as respostas terem ido de encontro ao pretendido.

Tabela 11: Classificação de fatores facilitadores e dificultadores

	FATORES FACILITADORES	FATORES DIFICULTADORES	TOTAL
Sobrecarga laboral	1 (1,78%)	55 (98,21%)	56
Caraterísticas do EPI	29 (51,78%)	27 (48,21%)	56
Orientações claras	55 (98,21%)	1 (1,78%)	56
Stocks insuficientes	2 (3,57%)	54 (96,43%)	56
Clima laboral	23 (41,07%)	33 (58,93%)	56
Conhecimento individual	51 (91,07%)	5 (8,93%)	56
Crenças individuais	13 (23,21%)	43 (76,79%)	56
Auditorias	42 (75%)	14 (25%)	56
Momentos de treino	50 (89,29%)	6 (10,71%)	56

Os fatores considerados facilitadores com maior peso foram as orientações claras, o conhecimento individual, os momentos de treino, as auditorias e as caraterísticas do EPI, variando as respostas entre 1 (1,78%) e 55 (98,21%). Por outro lado, a sobrecarga laboral, os stocks insuficientes, as crenças individuais e as caraterísticas do EPI foram os que obtiveram mais respostas enquanto fatores dificultadores, variando também estas entre 1 (1,78%) e 55 (98,21%).

A salientar que 6 (10,71%) respostas consideraram os momentos de treino dificultadores, sendo necessário desmistificar estes momentos enquanto válidos e importantes para a aprendizagem, sendo importante o treino em simulação e a dinamização de momentos de treino demonstrativo prático.

Relativamente a sugestões de melhoria obtiveram-se as respostas apresentadas na tabela seguinte:

Tabela 12: Sugestões de melhoria

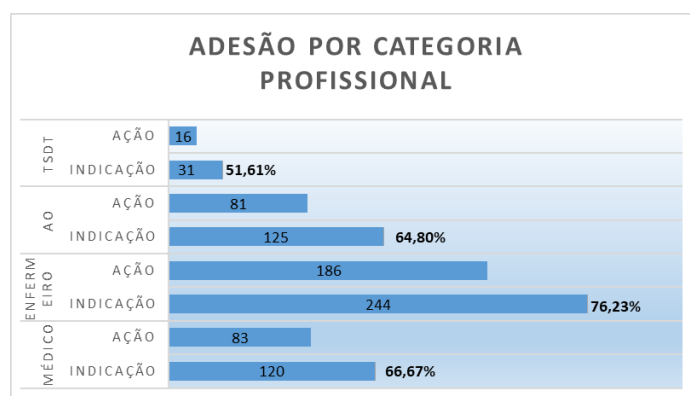
SUGESTÕES DE MELHORIA	
Realizar mais formações	
Criar normas internas que incluam diagramas e definição tempo limite de uso de EPI	
EPI completo mais fresco com luvas viseiras e botas já integradas entre outras mais resistente e com bolsos	
Fazer face aos fatores dificultadores assinalados na questão anterior	

Analisando estas respostas com a classificação dos fatores facilitadores e dificultadores da tabela 11 verifica-se que estas vão de encontro aos resultados obtidos, onde se salienta o foco na formação, referido acima por 50 (89,29%) participantes como facilitador, tal como 55 (98,21%) considera necessária a existência de orientações claras estando de acordo com a criação de normas. As características do EPI são referidas pelos participantes com valores muito próximos entre facilitador/dificultador [29 (51,78%) /27 (48,21%) respostas].

É desta forma importante valorizar a opinião dos profissionais envolvidos nas equipas, dinamizando projetos e melhorando as práticas. Quanto a opiniões pessoais, as orientações e normas devidamente fundamentadas e a eficácia das medidas implementadas estão acima das crenças individuais de cada um.

A atividade seguinte desenrolou-se na Etapa 4 deste projeto, onde foram realizadas auditorias através de observações em parceria com o GCL-PPCIRA quanto à Higiene das Mãos, uso de luvas e utilização do EPI. Estas observações decorreram entre março e abril de 2022 nos dois SU envolvidos no estudo em dias aleatórios e em diferentes períodos de trabalho. De seguida apresentam-se os resultados relativos a taxas de adesão e índices de conformidade.

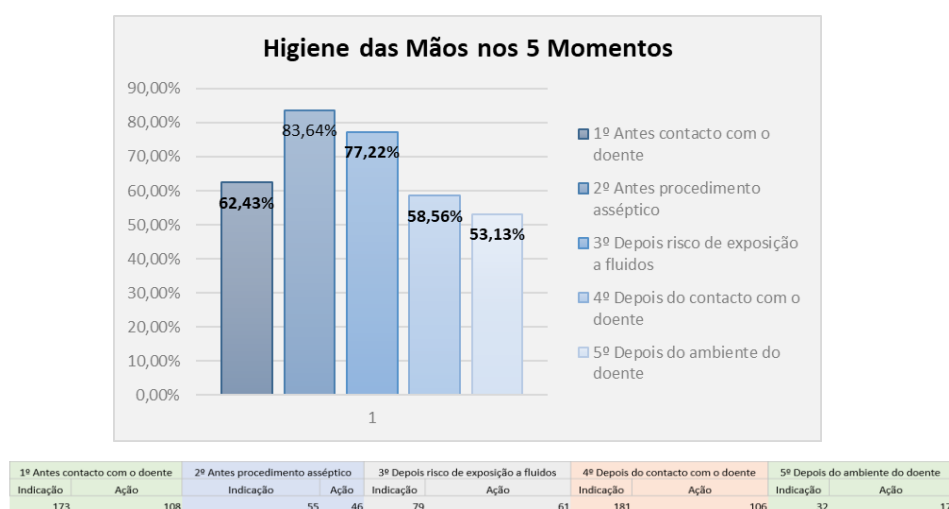
Gráfico 3: Adesão à higiene das mãos por categoria profissional



Durante este período ocorreram 227 oportunidades de observação que incluíram mais que uma indicação e ação. Tal como descrito do Manual de observadores (OMS, 2009) uma indicação poderá ter mais que uma ação e assim se verificou na prática. Para a sua realização foram consideradas as orientações e regras de acordo com o conhecimento adquirido na formação para observadores.

Relativamente às categorias incluídas no estudo não houve nenhuma observação de assistentes técnicos e a categoria menos aderente foram os TSDT, sendo os mais aderentes os enfermeiros, variando os valores entre 51.61% e 76.23%.

Gráfico 4: Adesão à higiene das mãos por momentos



Segundo a OMS (2009), o modelo conceptual da Higiene das Mãos dos 5 momentos foi adotado por Portugal há muitos anos, fazendo parte do dia a dia dos profissionais e das organizações de saúde que tem implementada a Estratégia Multimodal que inclui a PBCI da Higiene das Mãos. Estes momentos são fundamentais para minimizar a transmissão da infeção cruzada, mas apresentam valores abaixo das metas pretendidas. O PNSD 2021-2026 tem objetivos bem delineados nesta área com impacte na redução das IACS e o resultado de 62.43% no primeiro momento de higienização das mãos está muito aquém dos 95% definidos (DGS, 2021). É de salientar que anualmente a OMS emite mensagens e campanhas com impacto sobre a importância desta medida simples que pode e tem de ser aprendida não só por profissionais, mas também doentes e visitantes, sendo também necessário valorizar a proteção do meio envolvente e dos restantes doentes (Contreiras, 2019). Acresce ainda a necessidade de sensibilizar os profissionais para a melhoria do 4º e 5º momento com 58.56% e 53.13% respetivamente, atingindo a necessidade de evitar a contaminação ambiental e do profissional. Apresentam 83.64% no 2º momento, significando a preocupação com a

realização de procedimentos assépticos, com impacto na sua proteção, devendo integrar na sua rotina diária a melhoria dos restantes momentos com impacto para o doente e ambiente. Será necessário dinamizar medidas de formação que tenham impacte na melhoria deste cuidado diário com baixos custos, uma vez que as mãos são o veículo mais comum na transmissão de microrganismos patogénicos (OMS, 2020).

Os seguintes resultados concernem à auditoria do uso de luvas, que devem ser utilizadas de forma adequada e selecionadas corretamente quanto ao procedimento a realizar. É responsabilidade dos profissionais deter conhecimento quanto a este EPI, os seus diversos tipos, as suas indicações e à sua utilização de acordo com as indicações e evidência, cumprindo as boas práticas de utilização deste equipamento (Norma nº 013/2014 de 25/08/2014 atualizada a 07/08/2015).

Foi adaptado o formulário da DGS da utilização das luvas e em primeiro lugar calculado o IQ de acordo com a classificação adotada pela DGS (2019; 2014) da *Infection Control Nurses Association Audit Tools for Monitoring Infection Control*, com os parâmetros, menor que 50% IQ insatisfatório, entre 50%-75% IQ Baixo, 76%-84% IQ Parcial, igual ou superior a 85% IQ bom. Quanto à adesão foram considerados os seguintes intervalos, até 75% – adesão baixa; entre 76% -84% – adesão parcial; igual ou superior a 85% - boa adesão.

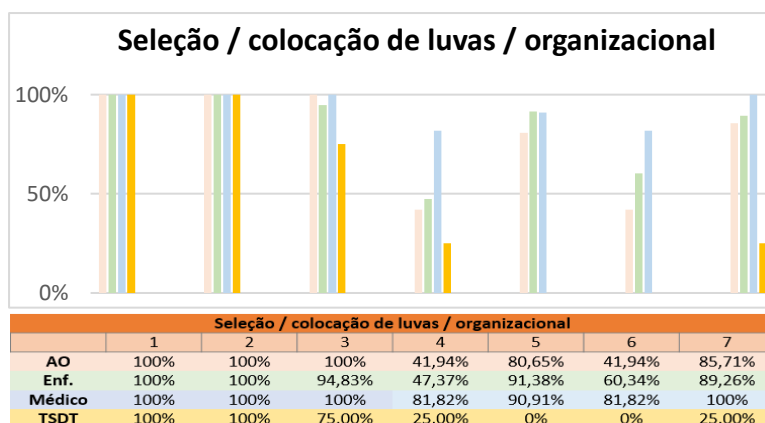
Calculou-se o índice global de qualidade (IGQ) de acordo com as observações realizadas no SU através da seguinte fórmula:

$$\begin{aligned} & \text{nº de respostas sim/ nº respostas aplicáveis} \times 100. \\ \text{IGQ} = 1225:1528 \times 100 = & \mathbf{80,17\%} \text{ representativo de um IGQ} \end{aligned}$$

Tendo em conta a monitorização do uso das luvas de acordo com os três parâmetros definidos no formulário e avaliados calculou-se o IQ por padrão geral e por categoria profissional, apresentado nas tabelas 13 e 14. Apresenta-se ainda em formato de gráfico a adesão de cada grupo profissional quanto aos subcritérios do formulário, que variou entre baixa e boa adesão, com valores entre os 0% e os 100%, como demonstrado pelo quadro descritivo associado a cada gráfico para mais fácil visualização dos resultados.

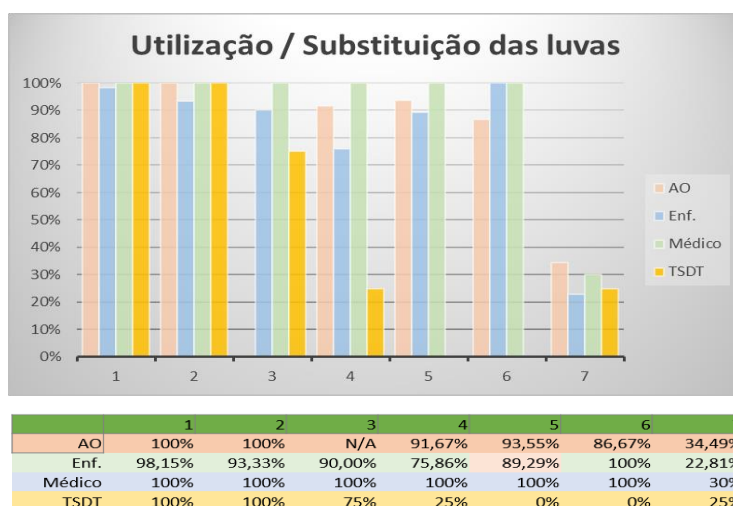
No gráfico 5 demonstra-se a adesão e cumprimento pelos profissionais relativamente ao parâmetro de seleção de luvas, de acordo com o delineado no formulário da DGS nos subparâmetros.

Gráfico 5: Parâmetro: Seleção de Luvas



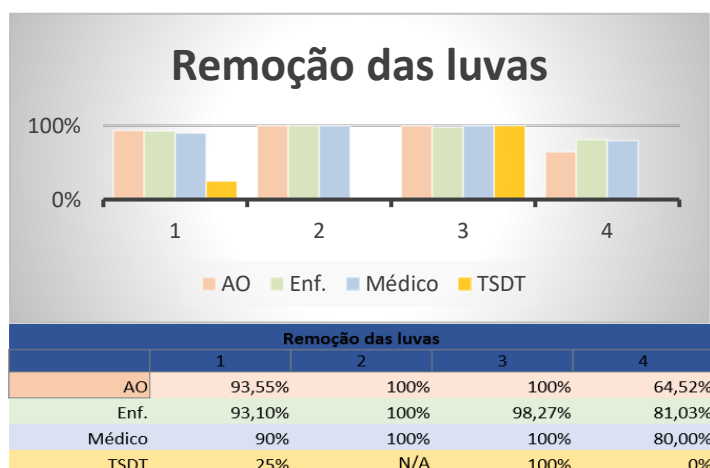
O Gráfico 6 apresenta o cumprimento dos profissionais no parâmetro substituição de luvas, mostrando o grupo profissional dos TSDT como os menos cumpridores aquando destas observações.

Gráfico 6: Parâmetro: Uso de luvas



Relativamente ao parâmetro remoção das luvas, expõe-se no gráfico 7 os resultados obtidos demonstrando que no subparâmetro 4 referente à higienização das mãos após a remoção das luvas os profissionais envolvidos não realizam este procedimento sempre.

Gráfico 7: Parâmetro: Remoção de luvas



O IQ relativo à utilização das luvas considerando os parâmetros gerais variou entre o parcial e o bom como demonstrado na tabela seguinte.

Tabela 13: IQ das Luvas por parâmetro geral

ÍNDICE DE QUALIDADE		
Seleção/colocação de luvas/organizacional	85.71%	Bom
Utilização/Substituição das Luvas	76.97%	Parcial
Remoção das Luvas	91.15%	Bom

Constata-se que os profissionais apesar de apresentarem de forma geral um IQ Bom apresentam baixa adesão a momentos essenciais relacionados com a HM, aquando da colocação das luvas de forma correta evitando a contaminação. Verifica-se também uma baixa adesão relativamente à contaminação do meio envolvente através das luvas usadas e volta a detetar-se da parte da categoria profissional dos TSDT uma baixa adesão à higienização das mãos após a remoção das luvas como apresentado na tabela seguinte.

Tabela 14: IQ das Luvas por categoria profissional

PARÂMETROS	CATEGORIA PROFISSIONAL	ÍNDICE DE QUALIDADE	
Seleção / colocação de luvas / organizacional	Assistente Operacional	78.50%	Parcial
	Enfermeiro	90.08%	Bom
	Médico	96.66%	Bom
	TSDT	54.16%	Baixo
Utilização/Substituição das Luvas	Assistente Operacional	81.75%	Parcial
	Enfermeiro	76.45%	Parcial
	Médico	86%	Bom
	TSDT	34.78%	Insatisfatório
Remoção das Luvas	Assistente Operacional	88.07%	Bom
	Enfermeiro	91.71%	Bom
	Médico	91.67%	Bom
	TSDT	97.14%	Bom

Contudo, de forma geral a adesão é boa no que diz respeito aos restantes subcritérios, demonstrando conhecimento do material e sua adequabilidade o que minimizará o uso

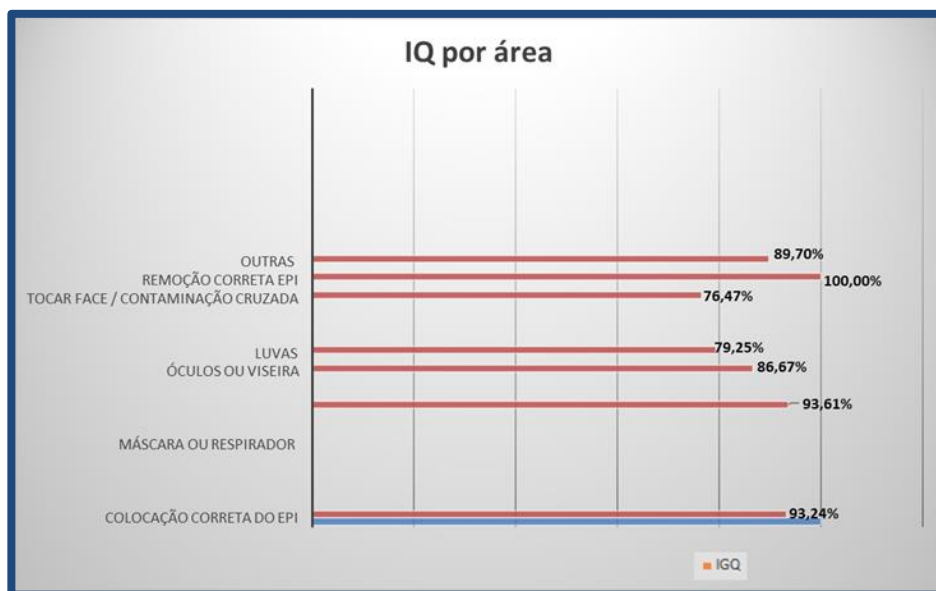
incorreto, o risco de contaminação e disseminação de microrganismos, sendo necessário relembrar através de formação e lembretes a importância da higiene das mãos bem como o cuidado com o meio envolvente minimizando a transmissão cruzada.

Na última auditoria realizada observaram-se profissionais a colocar e remover o EPI. Foram realizadas 19 observações e os resultados são apresentados por áreas e critérios individuais calculando o IQ.

Nesta fase de observações o EPI estava a ser descalado nos serviços sendo recomendação interna para os profissionais a utilização de bata exceto nas áreas restritas a cuidado de doentes positivos.

De seguida apresentam-se os gráficos do IQ por área geral e critérios individuais do formulário elaborado e utilizado.

Gráfico 8: IQ por área geral de EPI



O IQ varia entre valores de 76.47% e 100%, entre o parcial e o bom. Aquando da utilização do EPI nestes serviços existiam infogramas com as políticas adotadas pela instituição e de forma a facilitar o cumprimento da sua colocação/remoção reduzindo o risco de contaminação, especialmente para elementos recém-admitidos. Denotou-se a acessibilidade e disponibilidade simplificada ao EPI por todos os profissionais. Por vezes verificou-se que amarravam o avental à frente, procedimento não recomendado por poder causar acidentes e aumentar o risco de contaminação. Antes de calçar as luvas não realizaram como preconizado a HM justificativa para o IQ de 79.25%. Mais uma vez verificou-se o aumento do risco de contaminação cruzada por toque nas superfícies em redor com as luvas usadas devendo ser em contexto formativo colmatada esta lacuna. Relativamente à remoção do EPI

constata-se um IQ de 100%, podendo ser um bom indicador de minimização do risco de autocontaminação e estando de acordo com as baixas taxas de infecção causada pelo Covid em profissionais das instituições em estudo.

Gráfico 9: IQ por critério individual de EPI



Relativamente aos critérios individuais do formulário de colocação e remoção do EPI o IQ varia entre 68.42% e 100%. O valor mínimo está relacionado com a HM antes da colocação das luvas, seguindo-se o IQ 68.75% relativo ao uso do 2º par de luvas que alguns elementos não utilizavam, não estando conforme a política interna e as normas nacionais.

Os momentos preconizados para a higienização das mãos nas alíneas do formulário aplicado (1, 5i, remoção do EPI, IV, VII e IX) apresentaram um IQ entre o baixo e o bom com resultados entre os 75% e os 100%, salientando a sua realização no ponto IX antes da colocação do novo respirador com um IQ 94.44%. A técnica de colocação e remoção apresentou um IQ entre o parcial/bom o que se inferiu como conhecimento consolidado sobre a sua utilização em determinadas situações, minimizando os riscos e demonstrando perceção da sua importância para reduzir a contaminação cruzada nesta situação pandémica.

7. Discussão

O EPI é composto por diferentes equipamentos e materiais que tem o objetivo de proteger os profissionais minimizando os riscos a que estão sujeitos e permitindo a realização das suas atividades diárias. Este atua como barreira protetora e inclui luvas, máscaras, respiradores, proteção ocular, viseira, aventais/batas/fatos (Regulamento EU 2016/425; Decreto-Lei nº 348/93 de 1 de outubro, 1993).

A seleção do EPI é responsabilidade de cada profissional e tem a finalidade de proteger o mesmo, mas também o doente e meio envolvente do contacto com microrganismos patogénicos (Rodrigues, 2019). A sua utilização deve ser adequada aos procedimentos a realizar e este deve estar acessível a todos os profissionais, ser de qualidade e adequado (Norma nº 029/2012 de 29 de dezembro, 2013). Este deve ser utilizado na área de prestação de cuidados diretos apenas, devendo ser removido após a realização dos procedimentos em local para esse fim, não ser reutilizado e os profissionais devem ter em conta a importância da HM após o seu uso (Rodrigues, 2019).

Os fatores de adesão ao uso do EPI são influenciados por uma multiplicidade de causas. O conhecimento individual sobre o material e a sua correta utilização facilita a adesão ao EPI, comprovando isto através dos resultados do questionário em que 51 respostas consideram como fator facilitador, tal como referenciado por Shwe et al., (2021), Tien et al., (2021) e Key et al., (2020). Também os gestores entrevistados consideram que a formação é fundamental para a consolidação dos conhecimentos e aquisição (E2, E3 e E4). A importância das orientações claras é outro dos facilitadores com 55 respostas e já salientado por autores como Yang et al., (2021) e Key et al., (2020). Também os gestores consideram que estas são uma mais valia e permitem consolidar a nossa prática facilitando a atuação e desempenho de todos os envolvidos uniformizando procedimentos (E1, E2, E3, E4). Por outro lado, a desadequação destas aos contextos e a sua multiplicidade é dificultador para o desempenho e organização dos serviços afirmado por El-Sokkary et al., (2021).

As auditorias e os momentos de treino são considerados como facilitadores, mas também dificultadores. De acordo com o referencial teórico Smith et al., (2022), Yang et al., (2021) e Alao et al., (2020), frisam a importância de momentos de treino e avaliação de conhecimentos. Os gestores entrevistados também colocam a hipótese de formação contínua nesta área, reciclando conhecimentos e minimizando facilitismos que são propensos ao erro (E1, E3 e E4) e relativamente às auditorias salientam que são

responsabilidade do PPCIRA e que formalmente é uma lacuna a colmatar (E1, E2, E3 e E4). A experiência e os anos de serviço estão relacionados com o conhecimento de cada indivíduo, contudo estudos referem que estes podem ser fatores dificultadores uma vez que levam à menor perceção/valorização do risco, como El-Sokkary et al., (2021), Keleb et al., (2021) e Tien et al., (2021) afirmam. Por outro lado, Smith et al., (2022) e Neuwirth et al., (2020) fazem referência à experiência em contexto e à idade como facilitador à adesão das medidas implementadas, já Alao et al., (2020) afirma que os profissionais mais jovens demonstram melhores habilidades quando comparados com os mais velhos. Nas entrevistas (E3 e E4) é referida a formação a todos os profissionais aquando da sua integração e em contexto pandémico isto foi realizado em diversos momentos (E1 e E2), contudo da amostra de 56 respostas obteve-se o resultado de 8 (14.3%) profissionais com experiência há menos de 1 ano em que 1 (1.8%) afirmou desconhecer as orientações emanadas e 18 (34.1%) referiram não ter tido formação sobre o EPI. É fundamental realizar momentos de formação sobre a temática de forma a garantir a segurança dos cuidados e a proteção correta destes profissionais quando da realização de procedimentos invasivos também.

Os fatores dificultadores prementes são a sobrecarga laboral, as características do EPI e a sua escassez, o clima laboral e as crenças individuais. Os gestores referem o aumento da carga de trabalho, especialmente devido às exigências da limpeza e desinfeção de superfícies e à alocação de elementos em diferentes áreas, devido a implementação de circuitos (E1, E3 e E4), contudo esta situação teve como fator positivo a disponibilização de mais materiais em diferentes locais, como o caso do SABA, sensibilizando não só os profissionais, mas também doentes e visitantes para a higiene das mãos.

O referencial teórico consolida estes fatores dificultadores salientando o desconforto causado pelo EPI complicando o desempenho das atividades e procedimentos, interferindo na comunicação entre profissionais e doentes, causando até a sensação de medo por não reconhecimento dos profissionais quando usam o fato completo. Para além disso, tendo a pandemia atingido o mundo de forma global, causou a escassez de material e de recursos humanos, tornando a cultura organizacional mais difícil, com momentos de comunicação pouco clara, difícil acesso ao EPI e baixa perceção do risco a que estão sujeitos os profissionais [Badran et al., (2021), El-Sokkary et al., (2021), Gullapalli et al., (2021), Hoerneck et al., (2021), Tien et al., (2021), Vindrola-Padros, et al., (2020)]. Estes fatores também são identificados pelos profissionais aquando da aplicação do questionário online (tabela 11) e os gestores salientam a falta de recursos humanos, a mobilização de elementos entre equipas, os constrangimentos sentidos causando sobrecarga a todos (E1, E2, E4 e E3).

Devido à situação pandémica a nível global e a todo o desconhecimento foi necessário reorganizar equipas, organizações e estruturas de cuidados de saúde (Johnson et al., (2021). De acordo com a OMS (2020) os profissionais estavam protegidos com a utilização do EPI determinado nas orientações nacionais e internacionais, tendo sido internamente implementadas políticas.

Sendo o Sars-CoV-2 disseminado através de gotículas e contacto com secreções contaminadas através do manuseio das mãos, a higiene e desinfeção destas tem um papel fundamental na mitigação da transmissão deste vírus respiratório (DGS, 2020). Fazendo o EPI parte das PBCI, que são consideradas recomendações de boas práticas com eficácia comprovada na minimização da transmissão cruzada, estas medidas devem ser de conhecimento de todos e implementadas em todos os locais (Norma nº 029/2012, de 29 de dezembro, 2013). A operacionalização destas componentes deve ser implementada de forma sistematizada com vista a assegurar a qualidade e segurança dos cuidados (Rodrigues, 2019). O mesmo autor e a OMS (2020) salientam a importância destas estratégias como ganhos em saúde uma vez que tem impacto na redução de infeções, logo menos custos para as instituições e para os doentes.

A OMS (2009) determina a higiene das mãos como um indicador de segurança e qualidade de cuidados de saúde devido à correlação entre esta boa prática e a redução das infeções e reforça o seu impacto com a situação pandémica (OMS, 2021).

Assim, dos resultados obtidos aquando das observações realizadas, pode-se referir que durante a pandemia a adesão a estas medidas aumentaram com taxas de melhoria por todas as categorias profissionais envolvidas. No caso deste estudo, os enfermeiros são os mais aderentes, verificando-se um aumento da adesão por parte da categoria dos médicos apesar de baixa, 76.23% e 66.67% respetivamente. A adesão às medidas de controlo de infeção é considerada pelos gestores uma área a necessitar de dinamização frisando que por vezes há um facilitismo da parte dos profissionais, por isso é necessário sensibilizá-los para a sua adesão (E2 e E4). Alguns dos estudos incluídos fazem referência à adesão à higiene das mãos nomeadamente Gullapalli et al., (2021) e Yang et al., (2021) referem que esta adesão melhorou durante a pandemia. Neuwirth et al., (2020) diz que tanto em enfermarias dedicadas a doentes positivos como Não COVID, a taxa de adesão à higiene das mãos foi superior a 79%.

Smith et al., (2022) constata no seu estudo que 67.8% higieniza as mãos, enquanto Ashinyo et al., (2021) verifica uma taxa de adesão de 88.4% e Keleb et al., (2021) apresenta uma taxa de adesão de 22.3%, variando todos estes valores entre a baixa e a boa adesão à higiene das mãos.

Relativamente à utilização de EPI os estudos demonstraram uma taxa de 90.6% por Ashinyo et al., (2021). Neuwirth et al., (2020) afirmam que nas enfermarias com doentes positivos a adesão foi de 85% comparativamente ao uso nas enfermarias Não COVID com 76%.

Smith et al., (2022) apresenta uma taxa de adesão ao EPI de 80% e Keleb et al., (2021) constataram que 31.9% aderiram ao uso de EPI enquanto no estudo de Badran et al., (2021) verificam uma adesão à higiene das mãos de 50.5% sempre que retiram luvas.

Das observações realizadas verificou-se que o IGQ = 80.17% e quando analisado por parâmetros gerais varia entre o parcial e o bom (tabela 13). Ainda existem profissionais que consideram que a utilização de luvas substitui a HM, o que está errado, tal como se verificou nos resultados do questionário aplicado online, em 56 participantes 11 (19.6%) concorda erradamente com esta afirmação (tabela 9).

Ficou reconhecido a importância do EPI com a situação pandémica bem como a sua eficácia na redução dos riscos a que os profissionais estavam sujeitos, contudo ainda se verificou uma desvalorização da sua utilidade por alguns profissionais existindo fatores que facilitam e outros que dificultam a sua adesão (Ferreira & Oliveira, 2019). O referencial demonstra que é necessário consciencializar e avaliar as atitudes dos profissionais quanto a estas normas implementadas (Key et al., 2020). Shwe et al., (2021) concluíram no seu estudo que os profissionais na pandemia consideram o EPI importante e assumem usá-lo com mais frequência (80%), enquanto 54% apresenta uma perceção negativa sobre este. Os gestores entrevistados afirmam que foi trabalhoso sensibilizar os profissionais para a sua utilização estando atualmente a ser difícil minimizar o seu uso adequando às situações (E2 e E4). No caso do estudo de Alao et al., (2020), 14.5% dos profissionais envolvidos demonstraram uma má perceção sobre o EPI e só 38 (14%) dos 270 profissionais demonstrou conhecimento sobre a composição do EPI padrão, sendo isto exemplo da necessidade emergente de formação multidisciplinar, enquanto Gullapalli et al., (2021) demonstraram um aumento desta consciencialização quanto à segurança de 28.4% para 60.6%.

Noutra perspetiva 39.3% dos participantes do estudo de Badran et al., (2021) afirmaram utilizar sempre o EPI apesar de 21.4% referir que os gestores não incentivavam a sua importância. Keleb et al., (2021) verificaram que os profissionais menos aderentes ao uso do EPI eram o pessoal de laboratório seguido de enfermeiros e médicos, sendo 31.9%, ou seja 156 de um total de 489 profissionais dos aderentes ao uso do EPI. No Egito, num estudo com 404 respostas, 53.2% eram não aderentes enquanto 88.1% utilizava de forma prolongada o EPI especialmente os respiradores N95. Neste estudo, a escassez de EPI teve impacto direto na adesão e quem trabalhava diretamente com doentes com diagnóstico positivo foi considerado mais aderente, devido a procedimentos de maior risco e exposição

a doentes (El-Sokkary et al., 2021). Um dos gestores entrevistados refere que nas áreas de atendimento Covid os profissionais utilizavam o EPI de forma correta demonstrando uma boa adesão a este (E2). Também Neuwirth et al., (2020) demonstraram maior adesão em áreas COVID com 85% de adesão para 76% em áreas não COVID. Estes autores afirmam que as medidas de PBCI aumentaram a sua adesão durante a pandemia, como o caso da higiene das mãos (79%). No Gana, um estudo apresentou uma adesão ao EPI de 90.6%, mas diferia dos grupos profissionais, sendo menos aderentes os profissionais não clínicos (Ashinyo et al., 2021), o que também se verificou na nossa amostra do questionário e observações realizadas devido ao baixo número de participantes destas categorias.

De acordo com Ferreira e Oliveira (2019), fatores como as crenças e valores individuais, a falta de informação e conhecimento, a indisponibilidade e inadequação do EPI, o desconforto causado pelo seu uso e tamanho inadequado, impedindo de realizar os procedimentos, como dificultadores da sua adesão e contribuindo para a vulnerabilidade dos profissionais aumentando os riscos a que estão sujeitos.

O *Internacional Council od Nurses* (2017) ao realizar uma atualização do impacto do Covid nos enfermeiros refere a importância de políticas adequadas e de atuação prioritária, resultando na monitorização e resposta adequada às necessidades detetadas, garantindo a segurança dos cuidados e isto é demonstrado pelos resultados, tanto a nível referencial teórico como nas entrevistas e nos questionários, onde há um salientar da importância da formação, orientação e comunicação clara e atualizada.

A DGS (2020) e OMS (2020) demonstraram a necessidade de mudança de comportamento de todos os profissionais e organizações de saúde, assegurando este tema como fulcral para a segurança e garantia de cuidados de qualidade, demonstrando o impacto da utilização correta do EPI no combate e mitigação à Covid a nível mundial. Conclui-se que durante a pandemia estes indicadores tiveram um aumento entre 2019 e 2020 relativo à taxa de cumprimento do primeiro momento de higiene das mãos de 75.7 para 82.7% e de 68.0 para 76.2% respetivamente (DGS, 2022), contudo continuamos longe do objetivo proposto pelo PNSD 2021-2026 (2021), pelo que a associação do EPI, momentos de formação, *feedback* da adesão à higiene das mãos foram fundamentais no combate a este flagelo mundial, minimizando o risco de infeção cruzada.

8. Conclusão

A situação de pandemia mundial foi causada por um coronavírus denominado SARS-CoV-2 que fazem parte de uma grande família de vírus que causam doenças respiratórias em humanos e tem sido responsável pela elevada mortalidade mundial e com uma taxa de transmissão muito elevada, tendo sido um enorme desafio para todas as instituições de saúde e gestores que exigiu a reorganização e reestruturação de circuitos, equipas, causando situações complicadas como conflitos entre elementos por decisões difíceis e que não agradaram a todos, mas que foram necessárias de forma a garantir os cuidados muitas vezes complexos.

A implementação de medidas de saúde e segurança com a resposta da Saúde Pública através de vigilâncias epidemiológicas, medidas com vista a minimizar a sua propagação, tiveram impacto muito grave a nível social, financeiro e institucional. As medidas combinadas de proteção individual, coletiva e ambiental foram o cerne do sucesso no combate a este flagelo mundial, garantindo a monitorização contínua da sua evolução nas diferentes fases. O EPI deve ser funcional, adequado, permitir que os profissionais desempenhem as suas atividades diárias e de fácil adesão pelos mesmos. O trabalho em equipa multidisciplinar de forma colaborativa e cooperativa foi fundamental para o sucesso deste processo descrito como uma das maiores crises vivenciadas pela sociedade mundialmente.

A adesão ao EPI é, portanto, multifatorial, determinada por fatores individuais, organizacionais e estruturais. A garantia da sua sustentabilidade e disponibilidade foi um desafio a nível mundial devido à escassez, o que causou constrangimentos enormes em equipas e organizações, exigindo medidas de combate e estratégias de aquisição imediata com necessidade de recorrer a apoios interinstitucionais, otimizando o seu acesso e a sua utilização (OMS, 2021). Ter em consideração as características do material e sua adequação, a utilização de linguagem e processos de comunicação claros e organizados, facultar formação e momentos de treino aos profissionais, facilitar o acesso e disponibilidade de material evitando rutura de *stock* e disseminar uma cultura organizacional positiva e não punitiva com envolvimento dos gestores são descritos como fatores facilitadores. Por outro lado, as lacunas de conhecimento, a falta de formação e treino sem habilidades e competências técnicas, a escassez de material, as múltiplas orientações não adequadas aos contextos e as chefias não incentivadoras, foram descritos como os fatores mais dificultadores.

A liderança capaz de definir estratégias e implementar medidas que minimizassem a sua transmissão ajudaram a combater esta infeção e a proteger os profissionais que estiveram na prestação de cuidados apesar de todos os esforços e receios. A utilização correta do EPI garantiu a segurança e proteção de todos os profissionais, bem como a disseminação de orientações claras, com implicação direta na garantia de acesso ao mesmo, considerando recursos e características particulares dos diferentes contextos, evitando situações de rutura de *stock*.

É fundamental apostar na formação, na atualização de planos de contingência com delineamento de circuitos adequados às estruturas existentes, em momentos de simulação, na elaboração de protocolos e normas claras e adequadas ao contexto, implementando uma cultura de segurança com um clima laboral saudável, onde se utilize uma comunicação clara, atualizada e concisa que permita aos profissionais consolidarem os seus conhecimentos e colmatarem as lacunas detetadas sem receio da punição, tal como a existência de uma liderança competente para a tomada de decisão fundamentada, delineando uma estratégia de atuação e operacionalizando a mesma garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados. Segundo a DGS (2022) e Ferreira (2019), a existência de indicadores de qualidade e de auditorias com *feedback* dados aos profissionais e serviços é de extrema importância para a melhoria dos comportamentos e dos cuidados prestados. Carrara et.al., (2017) afirmam que a adesão às medidas é influenciada pela existência ou não de infraestruturas e aqui podemos associar tanto ao uso do EPI como das medidas de higienização das mãos.

A obtenção de IQ variando entre baixo e bom tal como as taxas de adesão relativamente às observações realizadas demonstra a necessidade de atuação e sensibilização de todos de forma a melhorar a prática do dia a dia e garantir a qualidade dos cuidados.

Considerando a existência das normas da DGS sobre as PBCI (DGS, 2013), Higiene das mãos (DGS, 2019), uso de luvas (DGS, 2015), já com indicadores implementados, mostra-se importante que auditorias sejam realizadas, definindo-se indicadores de estrutura, relacionados com recursos como as infraestruturas em falta após auditoria, recursos humanos e/ou materiais. Indicadores de processo relacionados com o nível de cuidado prestado, através da avaliação de procedimentos como a adesão a determinadas normas ou procedimentos, indicadores de resultado que estão relacionados com a qualidade dos cuidados. Estes, de acordo com a tríade de Donabedian, resultam da soma da estrutura com os processos produzindo os resultados das organizações. É importante não desvalorizar as questões estruturais face às processuais de forma a não se tornarem um entrave à adesão das boas práticas pelos profissionais (Almeida, 2010). A implementação de Vigilâncias Epidemiológicas é um desafio para os envolvidos pois implica *expertise* e *empowerment* no

desenvolvimento da capacidade de interpretação de dados, análise de lacunas, planeamento de medidas de melhoria e operacionalização destas, tendo sempre em consideração os recursos disponíveis e existentes, atuando de forma adequada, contínua e segura de acordo com as prioridades e tomada de decisão fundamentada (Ferreira, 2019).

É importante reforçar-se a necessidade de disseminar os resultados dos estudos realizados e perante os resultados devem ser sugeridas medidas de melhoria como investimento na formação, diagramas visíveis em locais estratégicos, divulgação de normas internas através de diferentes canais acessíveis a todos os elementos, envolvimento de lideranças formais e informais sensibilizando para a importância destas áreas com ganhos para a cultura organizacional e saúde de todos, aquisição de EPI de acordo com normas estabelecidas e considerando as características e conforto destes, desenvolver estratégias de gestão face aos fatores dificultadores identificados como a duração de utilização, o *stock* mínimo, a sobrecarga laboral e manter uma liderança eficaz e competente com capacidade de tomada de decisão e conhecimento do contexto.

Relativamente às limitações do estudo salienta-se a escassez de estudos em contexto de urgência tendo por isso sido alargada a pesquisa. Outra limitação prende-se com a ausência da reavaliação das auditorias, verificando se as estratégias implementadas melhoraram a adesão às PBCI. Devido à limitação temporal não se implementaram as etapas 6 e 7 do projeto, contudo este é de conhecimento de ambos os PPCIRA envolvidos.

Assim, espera-se que este trabalho ajude na implementação de estratégias eficazes e adequadas à gestão de contextos pandémicos, promovendo a aplicação de novos protocolos, circuitos e orientações com repercussões significativas na melhoria dos cuidados e na organização dos serviços de saúde, relacionadas com aquisição, qualidade e disposição de EPI's e contribua para futuras pesquisas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste trabalho foi um enorme desafio que teve implicação direta no desenvolvimento de atitudes, consolidação de conhecimentos e aquisição de novas habilidades. No término deste percurso e tendo em conta os momentos de estágio desenvolvidos com competências adquiridas e objetivos alcançados encara-se uma necessidade de procura mais alargada nesta área.

O contacto com novas realidades, novos contextos, criando redes de contacto que permitiram a mobilidade de conhecimentos e experiências é sem dúvida um dos momentos mais importantes. Atuar na prática e perceber o crescimento individual e profissional após estas aprendizagens desafiantes permite acreditar que, mesmo com os momentos menos bons todo o percurso foi necessário e valeu a pena.

O contexto de urgência implica a capacidade de atuação rápida, sistematizada e adequada de forma consciente e segura, fundamentando a tomada de decisão e percebendo que foram delineados objetivos que se superaram, tendo utilidade para a prática diária e melhoria contínua de processos adequando a recursos disponíveis e contextos.

O PPCIRA ganhou visibilidade devido ao Covid e demonstrou a sua importância a nível institucional, com grande impacto direto na segurança dos cuidados e implementação de medidas adequadas, o que diretamente influenciou o gosto pela área e a aposta na melhoria contínua.

Em ambos os momentos foram desenvolvidas competências comuns e específicas do EE, responsabilizando-se pelas decisões e procedimentos realizados, respeitando o doente e sua família com base nos valores da profissão, prestando cuidados adequados, gerindo as prioridades de cada situação e tomando decisões baseadas em evidência atual. A capacidade de desenvolver projetos junto com elementos chave permitiu dinamizar a atuação da equipa com vista à melhoria contínua dos cuidados. Integrar elementos, gerir responsabilidades e partilhar conhecimentos com os elementos permitiu momentos de reflexão e aprendizagem responsáveis pelo crescimento individual. Todo este processo fomenta a possibilidade de ser um elemento de referência num contexto tão particular como onde exerce garantindo cuidados seguros, adequados e de qualidade. Com este trabalho constatarem-se medidas tomadas em época pandémica como elemento gestor, bem como dificuldades sentidas. A liderança exige capacidades intrínsecas e outras que se desenvolvem ao longo do tempo, nunca deixando de tentar solucionar problemas assumindo que melhor pode sempre ser feito, mas naquele momento a decisão mais acertada foi a tomada. O líder leva com ele os

elementos lado a lado, é o último elemento do grupo não permitindo que alguém fique atrás. É este o papel que pretendo ter em relação à minha prática diária, ser fomentadora da melhoria, crescer com quem me rodeia e “espalhar” a semente da vontade de aprender nunca baixando os braços perante qualquer desafio. A resiliência e o valor individual cada qual terá de aprender com o seu percurso.

Este trabalho foi moroso, com momentos de asoberbamento, desmotivação, altos e baixos, mas que chegando ao seu término tem impacto na realidade em que nos encontramos e na prática, pois a Covid-19 não será a última pandemia que vivenciamos e é necessário que algo se altere para não revivermos o caos social, financeiro e institucional que se instalou nos meses de isolamento e medidas restritivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afeng-Nkansah, D., Asumanu, E., Nyinaku, P., Acheampong, F., & Lamptey, R. (2021). *Response of Healthcare Workers to COVID-19 Protocols after the Index Case at 37 Military Hospital, Ghana. BioMed Research International*, 2021, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2021/2873859>
- Almeida, L. M. (2010). *Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde = public health services and the health care system. Revista Portuguesa de Saúde Pública*. ISSN 0870-9025. 28 (1), 79-92. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98838/1/RUN%20-%20RPS%20-%202010%20-%20v28n1a08%20-%20p79-92.pdf>
- Almeida, T., Fernandes, A., Marques, E., Carneiro, L., Carvalho, M., & Xavier, V. (setembro de 2016). *Guia geral para a seleção de equipamentos de proteção individual (EPI). Autoridade para as Condições do Trabalho*, 26. https://portal.act.gov.pt/2007/crc/PublicacoesElectronicas/Instrumentosdeprevencao/Documents/Guia_EPI.pdf-search=epi
- Amaral, G., Figueiredo, A.S. (2021). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores : uma visão de peritos. Revista de Enfermagem Referência*. V(5), e20036. <https://doi:10.12707/RV20036> (<https://www.redalyc.org/journal/3882/388266931004/388266931004.pdf>)
- Amestoy, S.C., Trindade, L.L., Silva, G.T.R., Santos, B.P., Reis, V.R.S.S. & Ferreira, V.B. (2017). *Leadership in nursing: from teaching to practice. Esc Anna Nery* 21(4),1-7. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0276
- Aued, G.K., Bernardino, E., Peres, A.M., Lacerda, M.R., Dallaire, C., & Ribas, E.N. (2016). *Clinical competences of nursing assistants: a strategy for people management. Revista Brasileira de Enfermagem REBEN* 69(1), 142-149. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690119i>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. 1ª Edição. Edições 70 Almedina Brasil. <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>
- Badran, E.F., Jarrah, S., Masadeh, R., Al hammad, A., Al Shimi , R., Salhout, S., Al wahabi, N., Al Jaber, M., Rayyan, A., Madi, T., & Hassan, S. (2021). *Assessment of perceived ompliance and barriers to personal protective equipment use among healthcare workers during the COVID-19 pandemic's second wave surge: "Walk to Talk" cross-*

sectional correlational study. Disaster Medicine and Public Health Preparedness.
[doi:https://doi.org/10.1017/dmp.2021.289](https://doi.org/10.1017/dmp.2021.289)

- Benner, P., Tanner, C., & Chesl, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment & Ethics* (2nd ed.). Springer Publishing Company, LLC.
[https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=wzxDZXJShhkC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Benner,+P.,+Tanner,+C.,+%26+Chesl,+C.+\(2009\).+Expertise+in+Nursing+Practice:+Caring,+Clinical+Judgment+%26+Ethics+\(2nd+ed.\).+Springer+Publishing+Company,+LLC.+https://books.google.pt/books%3Fid%3D6Ql8AAAAQBAJ%26printsec%3Dfrontcover%26dq%3Dpatricia%2Bbenner%2BExpertise%2Bin%2BNur&ots=NgY2OgD3OD&sig=Ft1H34Z3IN-1PEH_iH5NvyYp8Y&redir_esc=y#v=twopage&q&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=wzxDZXJShhkC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Benner,+P.,+Tanner,+C.,+%26+Chesl,+C.+(2009).+Expertise+in+Nursing+Practice:+Caring,+Clinical+Judgment+%26+Ethics+(2nd+ed.).+Springer+Publishing+Company,+LLC.+https://books.google.pt/books%3Fid%3D6Ql8AAAAQBAJ%26printsec%3Dfrontcover%26dq%3Dpatricia%2Bbenner%2BExpertise%2Bin%2BNur&ots=NgY2OgD3OD&sig=Ft1H34Z3IN-1PEH_iH5NvyYp8Y&redir_esc=y#v=twopage&q&f=false)
- Brandão, M.A.G., Martins, J.S.A., Peixoto, M.A.P., Lopes, R.O.P. & Primo, C.C. (2017). Theoretical and methodological reflections for the construction of middle-range nursing theories. *Texto & Contexto Enfermagem* 26(4), 1-8.
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001420017>
- Canastra, M.A.A.P. & Ferreira, M.A.D. (2012). *Lead with competence ... Or (train) powers of leadership. Revista de Enfermagem da UFPI REUFPI* 1(1), 77-81.
<https://comunicata.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/713/627>
- Clinical Excellence Commission. (2020). Infection prevention and control practice handbook. Clinical Excellence Commission. <https://www.cec.health.nsw.gov.au/keep-patients-safe/infection-prevention-and-control/resources/handbook>
- Coelho, M. T. V., & Sequeira, C. (2014). *Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (11), 31-38. https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Sequeira-2/publication/263859419_Comunicacao_terapeutica_em_enfermagem_Como_a_caracterizam_os_enfermeiros/links/545430060cf2bccc490b2c75/Comunicacao-terapeutica-em-enfermagem-Como-a-caracterizam-os-enfermeiros.pdf?sg%5B0%5D=started_experiment_milestone&origin=journalDetail&rtd=e30%3D
- Contreiras, B. (2019). Lavagem e Antissepsia das Mãos. In A. Duarte & O. Martins (Eds.), *Controlo da Infecção Hospitalar* (1ª edição, 46-55). Lidel
- Craig, J. V. (2004). Como fazer a pergunta certa. In J.V. Craig & R. L. Smyth (Eds.), *Prática Baseada na Evidência Manual para Enfermeiros* (25- 44). Lusociência
- Cunha, H.S.V.P. (2020). *Desenvolvimento das competências comunicacionais face à pessoa em situação crítica* [Dissertação de Mestrado Universidade Católica Portuguesa].

Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.
<https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/30899>

Decreto-Lei n.º 348/93, do Ministério do Emprego e da Segurança Social. (1993). Estabelece o regime jurídico do enquadramento da segurança, higiene e saúde no trabalho. Diário da República: I série A nº 231 (5553-5554).
<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/348-1993-646298>

Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República: I série A nº 205 (2959-2962).
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Decreto-Lei n.º 145/2009, do Ministério da Saúde. (2009). Estabelece as regras a que devem obedecer a investigação, o fabrico, a comercialização, a entrada em serviço, a vigilância e a publicidade dos dispositivos médicos e respectivos acessórios e transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2007/47/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 5 de Setembro. Diário da República I Série nº 115 (3707-3765). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/145-2009-494558>

Decreto-Lei n.º 65/2018, da Presidência do Conselho de Ministros (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República I Série n.º 157 (4147 – 4182). <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Deodato, S. (2022). Ética da Investigação em Saúde. In M. Néné & C. Sequeira (Ed.), *Investigação em Enfermagem Teoria e Prática* (1ª edição, 97-106). Lidel

Despacho nº 2902/2013 do Ministério da Saúde. (2013). Diário da República II Série nº 38 (7179-7180) – (revogado). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/2902-2013-1937340>

Despacho n.º 15423/2013 do Ministério da Saúde. (2013). Diário da República: II série nº 229 (34563-34565) – (revogado).
<https://files.dre.pt/2s/2013/11/229000000/3456334565.pdf>

Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021) Diário da República: II série nº 187 (96-103). <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Despacho n.º 10901/2022 do Ministério da Saúde. (2022). Diário da República: II série nº 174 (93-99). <https://files.dre.pt/gratuitos/2s/2022/09/2S174A0000S00.pdf>

Dias, L. J. (2014). *Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. *Revista Clínica do Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca* 2(1), 39-40.
<https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/73/49>

- Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0112020-de-17032020-pdf.aspx>
- Direção Regional de Saúde (2021). Circulares Normativas. <https://portal.azores.gov.pt/web/drs/circulares-normativas-2021>
- European Centre for Disease Prevention and Control (2021). *Latest surveillance data on antimicrobial consumption*. https://gap.ecdc.europa.eu/public/extensions/AMC2_Dashboard/AMC2_Dashboard.html#assessing-prudent-tab
https://gap.ecdc.europa.eu/public/extensions/AMC2_Dashboard/AMC2_Dashboard.html#consumption-distribution-tab
- Ferreira, E. (2019). Importância das Comissões de Controlo da Infecção Hospitalar. In A. Duarte & O. Martins (Eds.), *Controlo da Infecção Hospitalar* (1ª edição, 183- 195). Lidel
- Ferreira, W.F.S., & Oliveira, E.M. (2019). *Biossegurança em relação a adesão de equipamentos de proteção individual*. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 17(1), 1-9. <https://doi.org/10.5892/ruvrd.v17i1.4977>
- Forte, E.C.N., Pires, D.E.P., Padilha, M.I., & Martins, M.M.F.P.S. (2017). *NURSING ERRORS: A STUDY OF THE CURRENT LITERATURE*. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 26(2), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001400016>
- Fragata, J. (2021). Prefácio. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Ed.), *Guia Prático para a Segurança do doente* (1ª edição, XIII-XIV). Lidel
- Galanis, P., Michailidis, L., Vraka, I., Siskou, O., Konstantakopoulou, O., Katsiroumpa, A., & Kaitelidou, D. (2022). *Personal Protective Equipment Use among Health Care Workers during the COVID-19 Pandemic: A Comparative Study in England and Greece*. *International Journal of Caring Sciences*, 14(2), 957–971. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/17_galanis_original_14_2.pdf
- Gaspar, L. (2021). Urgências Respiratórias: Fisiopatologia Respiratória. In N. Coimbra (Ed.), *Enfermagem de Urgência e emergência* (1ª edição, 129-139). Lidel
- Geerligts, L., Rankin, N.M., Sheperd, H.L. & Butow, P. (2018). *Hospital-based interventions: a systematic review of staff-reported barriers and facilitators to implementation processes*. *Implementation Science*. 2-17. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0726-9>
- Graziano, K.U., Bruna, C.Q.M., Ribeiro, M.M., & Souza, R.Q. (2017). Limpeza, Desinfecção e Esterilização de produtos para a Saúde. In D. Carrara, T. M.V. Strabelli & D.E. Uip (Ed.),

- Controle de Infecção: a prática no terceiro milénio* (1ª edição, 181-193). Guanabara Koogan
- Glowicz, J.B., Landon, E., Sickbert-Bennett, E.E., Aiello, A.E., deKay, K., Hoffmann, K.K., Maragakis, L., Olmsted, R.N., Polgreen, P.M., Trexler, P.A., VanAmringe, M.A., Wood, A.R., Yokoe, D., & Ellingson, K.D. (2023). *SHEA/IDSA/APIC Practice Recommendation: Strategies to prevent healthcare-associated infections through hand hygiene: 2022 Update*. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 44(3), 355–376. <https://doi.org/10.1017/ice.2022.304>
- Grupo Português de Triagem (2021). *Sistema de Triagem de Manchester*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Hoernke, K., Djellouli, N., Andrews, L., Lewis-Jackson, S., Manby, L., Martin, S., Vanderslott, S., Vindrola-Padros, C. (2021) *Frontline healthcare workers' experiences with personal protective equipment during the COVID-19 pandemic in the UK: a rapid qualitative appraisal*. *BMJ Open* 11. doi:10.1136/bmjopen-2020-046199
- Houghton, C., Meskell, P., Delaney, H., Smalle, M., Glenton, C., Booth, A., Chan, X.H.S., Devane, D., & Biesty, L.M. (2020). *Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4. DOI: 10.1002/14651858.CD013582
- Hospital da Horta (2022). *Relatório de contas do HH, 2018 e 2021*. <https://portal.azores.gov.pt/>
- Hospital da Horta. (2023). *Missão, Visão e Valores*. <https://hospitalhorta.pai.pt/#missao>
- Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira. (2023). *Missão e Objetivos estratégicos*. <https://cms.hseit.pt/node/19>
- Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira. (2023). *Relatório e Contas 2021*. <https://cms.hseit.pt/sites/default/files/202205/Relatorio%20%26%20Contas%2021.pdf>
- Infection Control Nurses Association. Department of Health. (2005). *Audit Tools for Monitoring Infection Control Guidelines within the Community Setting*. <https://pt.scribd.com/document/23040378/Infection-Control-Audit-Tool-July-2009>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2021). *Segurança na utilização de medicamentos*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/Seguranca-Doente-1.pdf>

- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Abordagem à Vítima*.
<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Abordagem-%C3%A0-V%C3%ADtima.pdf>
- International Council of Nurses. (2017). *Nurses: A Voice to Lead – Achieving the Sustainable Development Goals; International Nurses Day 2017*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8882/kitdie2017_vf_com-capa.pdf
- Johnson, K.G., Sullivan, S.S., Rastegar, V., & Gurubhagavatula, I. (2021). *Sleep Medicine Health-Care Worker Concerns About COVID-19: An Early Pandemic Survey*. *Respiratory Care*, 66(11), 1729-1738. <https://doi.org/10.4187/respcare.09106>
- Keleb, A., Ademas, A., Lingerew, M., Sisay, T., Berihun, G. & Adane, M. (2021) *Prevention Practice of COVID-19 Using Personal Protective Equipment and Hand Hygiene Among Healthcare Workers in Public Hospitals of South Wollo Zone, Ethiopia*. *Front Public Health* 9. doi: 10.3389/fpubh.2021.782705
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República I série, n.º 181 (8059-8105).
<https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Machado, H. (2021). Organização e Gestão no Serviço de Urgência. In N. Coimbra (Ed.), *Enfermagem de Urgência e emergência* (1ª edição, 3-12). Lidel
- Meleis, A.I.; Sawyer, L. M.; Im, Eun-Ok; Hilfinger M., DeAnne K.; Schumacher, K. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. doi:10.1097/00012272-200009000-00006
- Melo, R.C.C.P (2014). A Liderança e a Gestão dos Recursos Humanos nas Organizações de Saúde. In R. C. Melo (Ed.), *Liderança e Gestão – Desenvolvimento de Competências Relacionais* (39-60). Lusodidacta
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2014). *Relatório Da Campanha Nacional De Higiene Das Mãos - Resultados de 2012*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/relatorio-da-campanha-nacional-de-higiene-das-maos-resultados-de-20121.aspx>
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2016). *Relatório da Auditoria às PBCI e Adesão à Higiene das Mãos (Análise Evolutiva: 2014-2015)*.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16914/1/i023102.pdf>

- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. https://www.anci.pt/sites/default/files/ppcirarelanual2018_v3.215112018_0.pdf
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2019). *Relatório do inquérito de Prevalência de ponto em hospitais de agudos em Portugal – 2017 Inquérito de Prevalência de Ponto das infeções associadas aos cuidados de saúde e do uso de antimicrobianos nos hospitais europeus de cuidados de agudos em Portugal*. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/relatorios/relatorio-do-inquerito-de-prevalencia-de-ponto-em-hospitais-de-agudos-em-portugal-2017-2022-pdf.aspx>
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2022). *Infeções E Resistências Aos Antimicrobianos: Relatório Anual Do Programa Prioritário Ppcira, 2021*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx>
- Nora, C.R.D., Deodato, S., Vieira, M.M.S., & Zoboli, E.L.C. (2016). *Elements and strategies for ethical decision-making in nursing. Texto & Contexto Enfermagem* 25 (2), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Norma n.º 001/2017 de 8 de fevereiro (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (1-8). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Norma nº 002/2017 de 03 de junho (2022). Preparação e Condução de Auditorias da Qualidade e Segurança da Prestação de Cuidados de Saúde. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (1-12). <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022017-de-20012017-pdf.aspx>
- Norma nº 002/2018 de 9 de janeiro (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (1-23). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- Norma n.º 007/2019 de 16 de outubro (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (1-46).

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Norma nº 007/2020 de 29 de março (2020). Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Direção-Geral da Saúde e PPCIRA.

https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/Norma_007_2020_29032020_pdf-1195kb.pdf

Norma nº 011/2012 de 30 de junho (2012). Análise de Incidentes e de Eventos Adversos. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (1-3).

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0112012-de-30072012-jpg.aspx>

Norma n.º 013/2014 de 25 de agosto (2015). Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (1-36).

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/uso-e-gestao-de-luvas-nas-unidades-de-saude.pdf>

Norma nº 018/2014 de 09 de dezembro (2015). Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde e PPCIRA (1-24).

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>

Norma nº 029/2012 de 29 de dezembro (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (1-23).

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>

Nunes, L. (2015). *Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica*. *Revista Bioética*, 23(1), 187-199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>

Ordem dos Enfermeiros (1998). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código Deontológico*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Assembleia Extraordinária Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem Médico-Cirúrgica - Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados 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 - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crónica.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Pedroso, E., Ramos, S. & Barroso, F. (2021). Relato De Incidentes. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Eds.), *Guia Prático para a Segurança do doente* (1ª edição, 135-145). Lidel
- Peran, D., Kodet, J., Pekara, J., Mala, L., Truhlar, A., Cmorej, P.C., Lauridsen, K.G., Sari, F., & Sykora, R. (2020). *ABCDE cognitive aid tool in patient assessment – development and validation in a multicenter pilot simulation study. BMC Emergency Medicine*, 20(95), 2-8. <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00390-3>
- Pereira, A.G. (2019). Aspetos Históricos do Controlo de Infecção Hospitalar. In A. Duarte & O. Martins (Eds.), *Controlo da Infecção Hospitalar* (1ª edição, 1-13). Lidel
- Pereira, A.G. (2019). Conceito de Infecção Hospitalar. In A. Duarte & O. Martins (Eds.), *Controlo da Infecção Hospitalar* (1ª edição, 14-19). Lidel
- Pereira, M., Silva, M., Pereira, S., Pissarra, H., & Ramos, J.R. (2021). *Activity of the commission for the prevention and control of antimicrobial infection and resistance (CPCIRA), in the context of covid-19, in 2020. Revista livesafing*. 20(1 – separata 9), 24-33. https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/16895/1/Revista%20livesafing20_1%20-%20separata%209-24-33.pdf
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). *Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. JBI Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Pimenta, I.G.B., Costa, S.R.A.B., & Paiva, I.V.S. (2022). Precauções Básicas de Controlo de Infecção. In M. Ferreira, A. Nogueira, & C. Ferreira (Eds.), *Prevenção e Controlo de Infecção em Cuidados de Saúde* (43- 49). Quântica Editora
- Porritt, K., McArthur, A., Lockwood, C., & Munn, Z. (2023). *JBI's approach to evidence implementation: a 7-phase process model to support and guide getting evidence into practice. JBI Evidence Implementation*. 21(1), 3-13. DOI: 10.1097/XEB.0000000000000361

- Portaria nº 95/2018 da Presidência do Governo – Serviço Regional da Saúde. (2018). Diário da República I Série nº 99 (2300-2325). <https://jo.azores.gov.pt/api/public/jornal/pdfOriginal?numeroJornal=99&ano=2018&serieId=ec6ff6d5-7709-4517-8d3c-b9b92c443c8a&suplemento=0>
- Ramos, S., Sales, L., & Barroso, F. (2021). Segurança do Doente: Princípios e Conceitos. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Ed.), *Guia Prático para a Segurança do doente* (1ª edição, 3-10). Lidel
- Rathore, P., Kumar, S., Choudhary, N., Sarma, R., Singh, N., Haokip, N., Bhopale, S., Pandit, A., Ratre, B.K., & Bhatnagar, S. (2020). *Concerns of health-care professionals managing COVID patients under institutional isolation during COVID-19 Pandemic in India: A descriptive cross-sectional study. Indian Journal of Palliative Care*, 26(5), 93. https://doi.org/10.4103/ijpc.ijpc_172_20
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República II série, n.º 135 (16-07-2018) (19359-19370). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II série, n.º 26 (06-02-2019) (4744-4750). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República II série, n.º 184 (25-09-2019) (128-155). <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Ribeiro, M., Santos, S.L. & Meira, T.G.B.M. (2006). *Reflecting on nursing leadership. Esc Anna Nery Revista de Enfermagem* 10 (1), 109 – 115. <https://www.scielo.br/j/ean/a/HNL3jgqyYH4rFx75LRDLnDD/?format=pdf&lang=pt>
- Rodrigues, A., Azevedo, C. & Calvo, V. (2016). *Internal Communication In Organizations: Practical Instruments to Help the Shift Change. Millenium*, 2(1), 105-114. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/10310/7428>
- Rodrigues, L.R. (2019). Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: O Estado da Arte. In A. Duarte & O. Martins (Eds.), *Controlo da Infecção Hospitalar* (1ª edição, 25-35). Lidel

- Rodrigues, M.R. (2019). Seleção do Equipamento de Proteção Individual. In A. Duarte & O. Martins (Eds.), *Controlo da Infecção Hospitalar* (1ª edição, 73- 79). Lidel
- Schoppmeyer, M-A. (2010). Patologias das vias respiratórias e do pulmão. In MA. Schoppmeyer (Eds.), *Medicina Interna Manual para Enfermeiros e outros Profissionais* (4ª edição, 87-125). Lusodidacta
- SHEA (2012). *Declaração de Política sobre Manejo Antimicrobiano da Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA), da Infectious Diseases Society of America (IDSA) e da Pediatric Infectious Diseases Society (PIDS)*. *Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar*, 33(4), 322 – 327. DOI: <https://doi.org/10.1086/665010>
- Silva, M.G.G.M. (2013). *Infection control in Portugal: monitoring progress*. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. 5, 1-8. <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=31063>
- Smith, L.E., Serfioti, D., Weston, D., Greenberg, N. & Rubin, G.J. (2022). *Adherence to protective measures among healthcare workers in the UK: a cross-sectional study*. *Emergency Medicine Journal* 39, 100–105. [http:// dx. doi.org/ 10. 1136/ emermed-2021-211454](http://dx.doi.org/10.1136/emered-2021-211454)
- Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F. & Mota, L. (2019). *Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço de urgência*. *Revista de Enfermagem Referência IV* (21), 151-163. <https://doi.org/10.12707/RIV19014>
- Sousa, K.H.J.F., Damasceno, C.K.C.S., Almeida, C.A.P.L., Magalhães J.M., & Ferreira M.A. (2019), *Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care*. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 40, 1-10. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263>
- Sousa, L.M.S., Maria, H., José, G., & Novo, A.F.M.P. (2022). *Investigação em Enfermagem: das Prioridades aos reptos*. In M. Néné & C. Sequeira (Ed.), *Investigação em Enfermagem Teoria e Prática* (1ª edição, 1-13). Lidel
- Sousa, S.S., Silva, R.C. & Pinto, M. (2021). *Monitorização Hemodinâmica no Doente Critico*. In N. Coimbra (Ed.), *Enfermagem de Urgência e emergência* (1ª edição, 70-76). Lidel
- Serviço Regional de Estatística dos Açores. (2023). SREA. <https://srea.azores.gov.pt/>
- Tien, T.Q., Tuyet-Hanh, T.T., Linh, T.N.Q., Hai Phuc, H. & Van Nhu, H. (2021) *Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding COVID-19 prevention among Vietnamese Healthcare Workers in 2020*. *Health Services Insights Volume 14*, 1–7; <https://doi.org/10.1177/11786329211019225>

- Tricco, A.C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K.K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M.D., Horsley, T., Weeks, L. & Hempel, S. (2018). *PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR): Checklist and Explanation. Annals of Internal Medicine.* 169, 467–473. doi: [10.7326/M18-0850](https://doi.org/10.7326/M18-0850)
- United Nations. (2023). *Objetivos de desenvolvimento sustentável.* <https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/>
- Valenzuela, A.M., Sanjuan-Quile, A., Ríos-Risquez, M.I., Valenzuela-Anguita, M.C., Juliá-Sanchis, R., & Montejano-Lozoya, R. (2019). *Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros. Revista de Enfermagem Referência IV (23),* 59-74. <https://doi.org/10.12707/RIV19030>
- Vindrola-Padros, C., Andrews, L., Dowrick, A., Djellouli, N., Fillmore, H., Gonzalez, E. B., Javadi, D., Lewis-Jackson, S., Manby, L., Mitchinson, L., Symmons, S.M., Martin, S., Regenold, N., Robinson, H., Sumray, K., Singleton, G., Syversen, A., Vanderslott, S., & Johnson, G. (2020). *Perceptions and experiences of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the UK. BMJ Open 10.* doi: [10.1136/bmjopen-2020-040503](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040503)
- Wahed, W.Y.A., Hefzy, E. M., Ahmed, M. I., & Hamed, N. S. (2020). *Assessment of Knowledge, Attitudes, and Perception of Health Care Workers Regarding COVID-19, A Cross-Sectional Study from Egypt. Journal of Community Health,* 45(6), 1242–1251. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00882-0>
- World Health Organization. (2009). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care - First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care.* <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>
- World Health Organization (2017). *Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety.* <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf>
- World Health Organization (2019). *Seventy-second world health assembly.* https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf
- World Health Organization (2020). *Core competencies for infection prevention and control professionals.* <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335821/9789240011656-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) – WHO.* <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

APÊNDICES

APÊNDICE I FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Comunicação Eficaz na transição dos cuidados de saúde – ISBAR



Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica

2º Ano – 3º Semestre

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA - ISBAR

SERVIÇO DE URGÊNCIA

Estudante: Natália de Lurdes Rodrigues Mendonça (nº 3660)

Orientadora: Professora Adjunta Sónia Alexandra de Lemos Novais

Janeiro e fevereiro de 2022

A falta e a falha na comunicação num serviço de saúde pode ser a causa de diversos erros. A comunicação eficaz, clara e concisa permite a partilha de informações cruciais para a continuidade e tratamento adequado dos doentes bem como a transferência destes entre os diferentes serviços. (Shaneela, S. e Sumesh, T., 2018)

De acordo com a OMS (2012) a prevenção de incidentes e erros em saúde e a sua redução tem em vista atingir “zero eventos adversos evitáveis”.

Fragata,(2021) salienta que não existe qualidade sem segurança. Este processo de qualidade inclui a segurança dos doentes e de diversos passos a ter em conta e ao longo dos anos a cultura de segurança nas instituições de saúde foi assumindo um papel de maior importância e dinamizador relativamente à prestação de cuidados visando a melhoria clínica e o desempenho de excelência.

De acordo com a OMS, a” Segurança do Doente é uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e considera-se fundamental a avaliação da cultura de segurança para direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a evolução das mesmas nos hospitais.” (DGS - Norma nº 005 /2018 de 20/02/2018 atualizada a 10/01/2020)

A DGS (2017) define **Segurança do doente** como “redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é de uma forma geral direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição ao risco de não tratamento ou de outro.”

A OMS define **cultura de segurança** como sendo o “produto dos valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de perceção, competências e padrões de comportamento, que determinam o empenho, estilo e proficiência, na gestão e segurança de uma organização“(WHO, 2009).

A DGS (2018), determina que a cultura de segurança relativamente aos doentes, deve ser avaliada nas diferentes instituições de saúde tendo em conta as seguintes dimensões: “1) Trabalho em equipa; 2) Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente; 3) Apoio à segurança do doente pela gestão; 4) Aprendizagem organizacional/melhoria contínua; 5) Perceções gerais sobre a segurança do doente; 6) Feedback e comunicação acerca do erro; 7) Abertura na comunicação; 8) Frequência da notificação de eventos; 9) Trabalho entre as unidades; 10) Profissionais 11) Transições/passagens de turno; 12) Resposta não punitiva ao erro.” (DGS- Norma nº 005 /2018 de 20/02/2018 atualizada a 10/01/2020)

No serviço de Urgência do HH uma das necessidades sentidas foi a não existência de um instrumento padronizado para a transmissão de dados a quando das passagens de turno, uniformizando a informação transmitida e os próprios registos de enfermagem, que determinado

pela DGS também podem ser auditados através de check lists pre existentes demarcando um dos pontos da existência de uma cultura de segurança para o doente nesta instituição.

Segundo Afonso (2017) determinar a informação a transmitir de forma padrão e com uma ordem lógica e organizada pelos sistemas do corpo (ABCDE) evita esquecimentos e protege contra a omissão accidental de informações importantes. Pois não nos podemos esquecer que a comunicação é um dos pilares da dinâmica e interação dos seres humanos, não sendo apenas a escrita mas também a verbal.

Desta forma definiu-se como objetivo de estágio a criação de um instrumento para esta finalidade.

A metodologia utilizada para o elaborar foi a *ISBAR*. Esta está definida como uma forma de “*comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente*” DGS(Norma nº 001/2017 de 08/02/2017).

Segundo a DGS (2017), a comunicação da informação deve ser oportuna, precisa, completa, atempada e claramente entendida pelo recetor e esta transmissão de dados ocorre entre profissionais de saúde e entre instituições, ocorrendo a transferência de responsabilidade na prestação de cuidados.

Diversas instituições a nível internacional recomendam este método de transmissão de informação sendo a *ISBAR* definida como “*ferramenta para a normalização da comunicação na transferência de informação, uma vez que esta permite uma fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados*”. (DGS, 2017)

Abaixo apresentam-se os dados em que consiste esta metodologia:

Mnemónica ISBAR	
I Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação	a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
S Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
B Antecedentes/Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade	a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.
A Avaliação Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.
R Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente	a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

Modelo da ISBAR (DGS 2017)

Caselhas (2020), refere que Tranquada (2013), deixa claro que a metodologia ISBAR consiste num instrumento eficaz para normalizar e padronizar os diferentes estilos de comunicação, contribuindo para que todas sigam a mesma linha comunicacional permitindo, deste modo, que possíveis erros e lacunas que possam acontecer no processo de comunicação diminuam, o que em contexto de urgência se torna ainda mais importante.”

Considerando que no SU o ambiente é muito dinâmico, movimentado, com enorme carga psicológica para os profissionais, é um ambiente não controlado, o que pode levar a uma propensão para erros mais elevada, ter este recurso para os doentes que se encontrem em SO essencialmente, que são aqueles com probabilidade de serem internados ou transferidos para outra instituição devendo ser salvaguardada a continuidade dos cuidados.

De forma a garantir a transmissão de informação adequada, os profissionais tem de compreender a importância disto e modificar pequenos comportamentos que podem dificultar a passagem da

informação encarando a passagem de turno como um momento de aprendizagem e melhoria contínua da sua prática. (Caselhas, 2020)

Este modelo foi adaptado do que havia sido elaborado no anterior estágio onde o feedback dos colegas foi positivo e a adesão ao mesmo aumentou ao longo do tempo, pois afirmaram que era um método de sistematizar os dados e organizar os próprios registros diários através da avaliação ABCDE, o que favorecia o não esquecimento de informação a transmitir.

Modelo Passagem de Turno

IDENTIFICATION	Name: _____ Idade: _____ SO/ BOX: _____ Família: _____
SITUATION	Motivo de admissão: _____
BACKGROUND	Antecedentes Pessoais: _____ Alergias: _____
Estado de consciência	GCS: _____/DOR: _____
ASSESSMENT	A Sem O ₂ : _____ ON _____ MASC _____ VNI _____ Aerocâmara: _____ SB: _____
	B SpO ₂ : _____ FR: _____ AP: _____ DISPNEIA: _____ TOSSE: _____
	C TA: _____ FC: _____ CVP: _____ SOROTERAPIA: _____ MEDICAÇÃO: _____ SV: _____ DU: _____ Características: _____
	D DX: _____/TEMP: _____
	E SNG: _____ Dejeções: _____ PELE: _____
RECOMMENDATION	Colheitas: _____ EXAMES: _____ PLANO: _____
IDENTIFICATION	Name: _____

	Idade: _____ SO/ BOX: _____ Família: _____
SITUATION	Motivo de admissão: _____
BACKGROUND	Antecedentes Pessoais: _____ Alergias: _____
Estado de consciência	GCS: _____/DOR: _____
ASSESSMENT	A Sem O ₂ : _____ ON _____ MASC _____ VNI _____ Aerocâmara: _____ SB: _____
	B SpO ₂ : _____ FR: _____ AP: _____ DISPNEIA: _____ TOSSE: _____
	C TA: _____ FC: _____ CVP: _____ SOROTERAPIA: _____ MEDICAÇÃO: _____ SV: _____ DU: _____ Características: _____
	D DX: _____/TEMP: _____
	E SNG: _____ Dejeções: _____ PELE: _____
RECOMMENDATION	Colheitas: _____ EXAMES: _____ PLANO: _____
IDENTIFICATION	Name: _____ Idade: _____ SO/ BOX: _____ Família: _____

SITUATION	Motivo de admissão: _____
BACKGROUND	Antecedentes Pessoais: _____ Alergias: _____
Estado de consciência	GCS: _____/DOR: _____
ASSESSMENT	A Sem O ₂ : _____ ON _____ MASC _____ VNI _____ Aerocâmara: _____ SB: _____
	B SpO ₂ : _____ FR: _____ AP: _____ DISPNEIA: _____ TOSSE: _____
	C TA: _____ FC: _____ CVP: _____ SOROTERAPIA: _____ MEDICAÇÃO: _____ SV: _____ DU: _____ Características: _____
	D DX: _____/TEMP: _____
	E SNG: _____ Dejeções: _____ PELE: _____
RECOMMENDATION	Colheitas: _____ EXAMES: _____ PLANO: _____

BIBLIOGRAFIA

- Antunes, M.(2019). *PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA PASSAGEM DE TURNO*. (Dissertação de Mestrado não publicada), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Barroso, F., Sales, L., Ramos, S., (2021). Guia Prático para a segurança do doente. Lidel. Lisboa.
- Caselhas, S. (2020). ISBAR: A comunicação na transferência de doentes do Serviço de Urgência para o Serviço de Observação do Hospital Doutor José Maria Grande Relatorio de estágio - Mestrado em enfermagem em associação Área de especialização: Portalegre.
- Cavaco, V. (2013). (Re)descobrir a comunicação no cuidar. Relatório apresentado para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Norma n.º 001/2017 de 8 de fevereiro (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (1-8). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Norma 005/2018 de 20 de fevereiro (2020). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais.(1-5). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>
- Gonçalves, J.(2018). ISBAR: Uma comunicação efetiva na transição de cuidados durante a passagem de turno. (Tese de Mestrado não publicada). Universidade de Évora-Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Assembleia Extraordinária Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem Médico-Cirúrgica - Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados 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 - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crónica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República II série, n.º 135 (16-07-2018) (19359-19370). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II série, n.º 26 (06-02-2019) (4744-4750). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Shahid, S., & Thomas, S. (2018). Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendação (SBAR) Ferramenta de Comunicação para Transferência de Cuidados de Saúde – Uma Revisão Narrativa. Saf Saúde 4, 7. <https://doi.org/10.1186/s40886-018-0073-1>



Comunicação eficaz



Transmissão de informação entre pares no SU

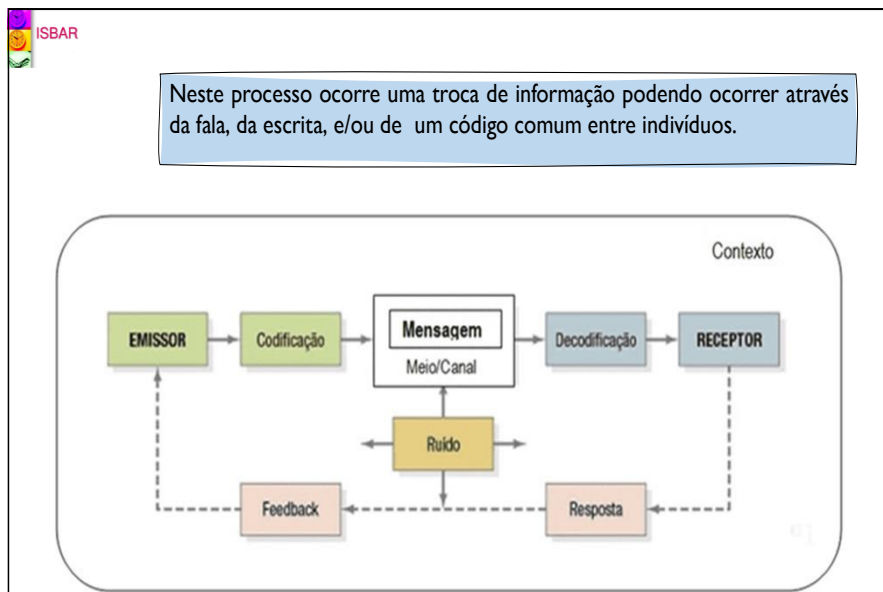
ESTÁGIO II - URGÊNCIA
Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica

Discente: Enfermeira Natália Mendonça

Fevereiro de 2022



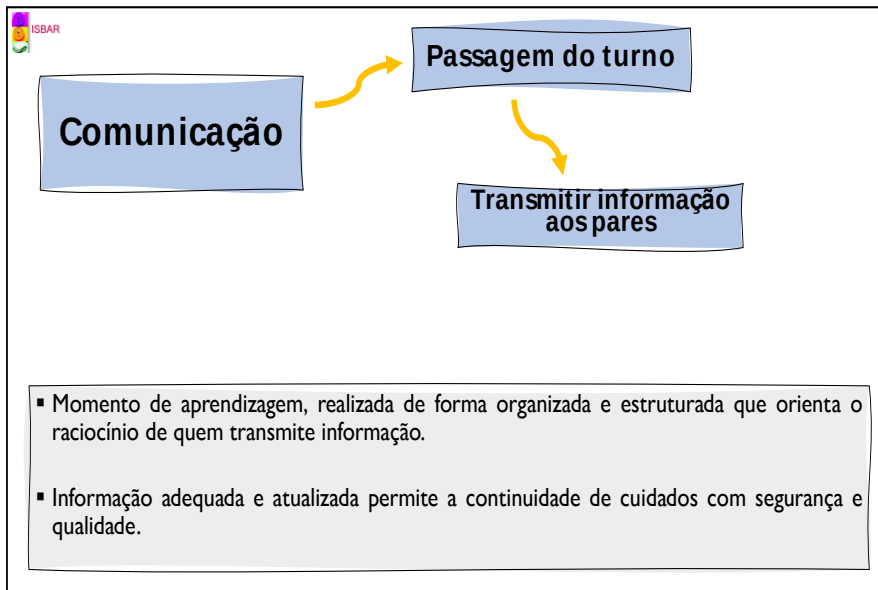
A comunicação é um pilar importante reforçando a humanização dos cuidados de saúde.



ISBAR

A comunicação verbal pode ser escrita ou oral, devendo ser escolhidas palavras de forma cuidadosa e ponderada para que o processo de transmissão da mensagem seja eficiente, eficaz e perceptível (Silva, 2000).

BLAH BLAH BLAH
BLAH BLAH BLAH
BLAH BLAH BLAH
BLAH BLAH BLAH
BLAH BLAH BLAH
BLAH BLAH BLAH
BLAH BLAH BLAH
BLAH BLAH BLAH



ISBAR

- A comunicação entre os profissionais de saúde representa um grande desafio.
- A transmissão da informação de forma eficaz esta diretamente relacionada com a segurança do doente em risco.

(Joint Commition ,2017)

 A DGS (2018), determina que a cultura de segurança relativamente aos doentes, deve ser avaliada nas diferentes instituições de saúde tendo em conta as seguintes dimensões

1) Trabalho em equipa;	7) Abertura na comunicação;
2) Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente;	8) Frequência da notificação de eventos;
3) Apoio à segurança do doente pela gestão;	9) Trabalho entre as unidades;
4) Aprendizagem organizacional/ melhoria contínua;	10) Profissionais;
5) Perceções gerais sobre a segurança do doente;	11) Transições/passagens de turno;
6) Feedback e comunicação acerca do erro;	12) Resposta não punitiva ao erro.

 **Segurança do doente** como “redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (DGS, 2017)



Cultura de segurança como sendo o “produto dos valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de perceção, competências e padrões de comportamento, que determinam o empenho, estilo e proficiência, na gestão e segurança de uma organização” (WHO, 2009).

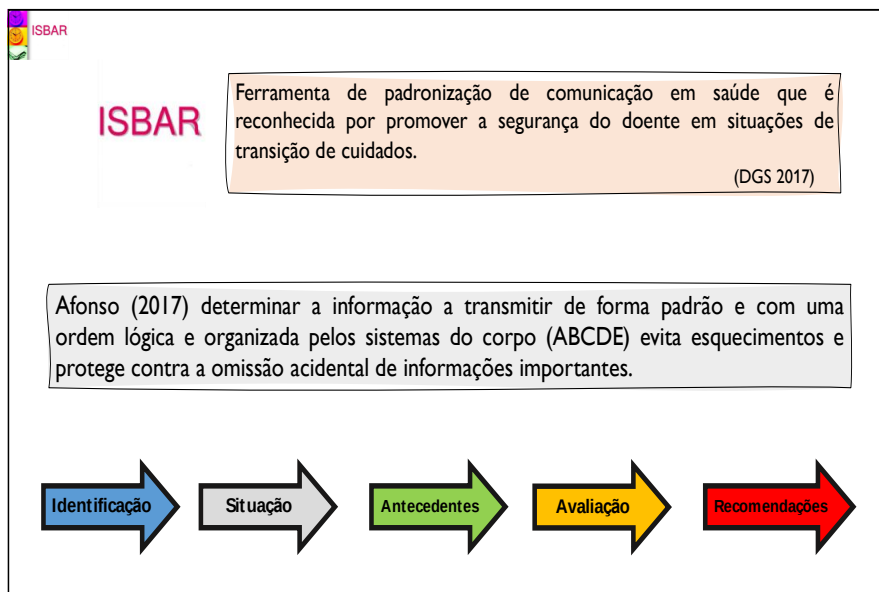


A passagem de informação em enfermagem:

- Compartilhar informações clínicas transferindo a responsabilidade da prestação de cuidados para o outro profissional garantindo a continuidade de cuidados;
- Exige o desenvolvimento de ações estruturadas;
- Transmissão de informações relevantes e precisas do doente, tais como: cuidados e tratamentos instituídos; medicação; encaminhamentos; avaliando e planeando por forma a minimizar erros e melhorar *outcomes* do doente.



- Segundo a *The Joint Commission* (2017), os erros clínicos são uma realidade e a comunicação ineficaz é um dos principais fatores. Recomenda a utilização de um sistema padronizado de passagem de informação.
- Em 2007, a Organização Mundial de Saúde indicou que uma abordagem inadequada da comunicação na passagem do doente leva a eventos adversos clínicos e erros médicos.



	Mnemónica ISBAR	
Identification	I Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação	a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
Situation	S Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
Background	B Antecedentes/ Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade	a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.
Assessment	A Avaliação Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.
Recommendation	R Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente	a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

 ISBAR

Vantagens



- Melhora a segurança do doente.
- Melhora a comunicação entre profissionais.
- Estrutura a comunicação.
- Reduz o risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde.
- Reduz o tempo de transferência.
- Contribui para a tomada de decisão.
- Diminuiu o erro e os lapsos de informação.

 ISBAR



NORMA

NÚMERO: 001/2017
DATA: 08/02/2017
ASSUNTO: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde
PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; Transição de cuidados; Comunicação eficaz, ISBAR
PARA: Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)



- Clara
- Objetiva
- Concisa
- Precisa
- Atempada
- Compreendida pelo recetor

Folha de passagem de turno

IDENTIFICAÇÃO		Nome:	Idade:	SO/BOX:	Família:
SITUATION		Motivo de admissão:			
BACKGROUND		Antecedentes Pessoais:			
Allergies:					
Estado de consciência		GCS: ____ TDOB: ____			
ASSESSMENT	A	Sinais vitais: ON ____ MASC ____ VNI ____ Aferimentos: ____ Sinais: ____			
	B	Sinais vitais: FR: ____ AP: ____ DISPNEIA: ____ TONSE: ____			
	C	TA: ____ FC: ____ CVP: ____ SINTOMATOLOGIA: ____ MEDICAÇÃO: ____ Sinais vitais: ____ Características: ____			
	D	DX: ____ / TEMP: ____			
	E	SNG: ____ Doenças: ____ PELE: ____			
Colheitas:					
EXAMES:					
PLANO:					

ISBAR

Conclusão

A metodologia ISBAR é recomendada por várias organizações de saúde por força da sua fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados.

(DGS 2017)

ISBAR

Implementação

- O ISBAR permite sintetizar de forma organizada as informações a serem dadas.
- Ajuda a tornar os registos concisos, objetivos e contendo a informação relevante.
- O uso do ISBAR contribuiu para melhorar a relação entre médicos e enfermeiros, diminuindo lacunas e erros de comunicação, o que está diretamente relacionado com a melhoria dos cuidados aos doentes.
- O ISBAR tem sido usado em projetos de melhoria de qualidade e implementado em diferentes serviços.

ISBAR

Limitações



- Profissionais tem de estar familiarizados com a linguagem, especialmente o recetor.
- Requer treino e prática entre os profissionais para uma implementação eficaz.

APÊNDICE II PROCEDIMENTOS

Procedimentos de Gasimetria e Hemocultura

INSTRUÇÃO OPERACIONAL:

Gasimetria arterial

Registo de elaboração, revisão e aprovação

	Elaboração	Revisão	Aprovação
Nome			
Cargo			
Assinat./ Rúbrica			

1. Objetivos

Estabelecer uma linha orientadora para os enfermeiros do SU no apoio à realização do procedimento da colheita de sangue arterial.

Uniformizar as intervenções de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com necessidade de realização de gasimetria arterial.

Mensurar os valores do pH sanguíneo, da pressão parcial de dióxido de carbono (PaCO₂) e oxigénio (PaO₂), da concentração de bicarbonato (HCO₃) e da saturação da oxi-hemoglobina, entre outros.

2. Âmbito

Enfermeiros do SU do HH, EPE

3. Definições e abreviaturas

Definições:

De acordo com Mendes (2019) as definições a reter quanto a esta temática são:

Gasimetria - é um tipo de exame invasivo, onde se colhe sangue de uma artéria e que tem o objetivo de medir as concentrações de oxigénio, ventilação e o equilíbrio hidro-eletrolítico, avaliando o pH do sangue, o valor de alguns eletrólitos, como o sódio, potássio, cálcio e cloreto, entre outros.

Os parâmetros mais comuns avaliados na gasimetria arterial são:

pH – A avaliação do pH serve para determinar se está presente uma acidose ou uma alcalose. Um pH normal não indica necessariamente a ausência de um distúrbio ácido-básico, dependendo da compensação. O desequilíbrio ácido-básico é imputado a distúrbios sistema respiratório (PaCO₂) ou metabólico (o valor normal varia entre 7,35 a 7,45);

PaO₂ – A PaO₂ demonstra a eficácia das trocas de oxigénio entre os alvéolos e os capilares pulmonares, e depende diretamente da pressão parcial de oxigénio no alvéolo, da capacidade de difusão pulmonar desse gás, da existência de Shunt anatómico e da relação ventilação/perfusão pulmonar. Alterações constituem causas de variações de PaO₂ (o valor normal varia entre 80 a 100 mmHg);

INSTRUÇÃO OPERACIONAL:

Gasimetria arterial

PaCO₂ – A pressão parcial de CO₂ do sangue arterial exprime a eficácia da ventilação alveolar, sendo praticamente a mesma do CO₂ alveolar, dada a grande difusibilidade deste gás (o valor normal entre 35 a 45 mmHg);

HCO₃ – Mostra a quantidade de bicarbonato na corrente sanguínea (valor normal entre os 22 e os 26 mEq/L).
(Mendes, 2019)

Material

- ✓ Prescrição médica para colheita;
- ✓ Etiqueta com identificação do doente e exame;
- ✓ Equipamento de proteção individual;
 - Luvas não estéreis, luvas estéreis, bata/avental e máscara cirúrgica
- ✓ Compressas esterilizadas;
- ✓ Clorexidina/ iodopovidona
- ✓ Kit para colheita de gasometria arterial com seringa de 1ml heparinizada;
- ✓ Agulha 25x7,0 (confirmar calibre); subcutâneas
- ✓ Adesivo hipoalérgico;
- ✓ Carro com alocação dos cortantes e contaminados;
- ✓ Equipamento operacional para análise.

4. Metodologia

PREPARAÇÃO

- ✓ Promover a privacidade e conforto do doente;

PROCEDIMENTO

- ✓ Realizar a confirmação segura da identificação do doente;
- ✓ Explicar o procedimento ao utente/família;
- ✓ Lavar e desinfetar as mãos;
- ✓ Colocação do EPI;
- ✓ Posicionar o doente em decúbito dorsal/sentado, com o punho em extensão;
- ✓ Escolher o local de punção – localizar a artéria radial sentindo o pulso com os dedos indicador e médio;

Podem ser realizadas colheitas na artéria braquial ou femoral.

- Realize o teste de Allen para avaliar a circulação contralateral.
- ✓ Lavar e desinfetar as mãos;
- ✓ Calçar as luvas esterilizadas;
- ✓ Realizar a desinfecção do local da punção com as compressas esterilizadas com clorhexidina/iodopovidona;

INSTRUÇÃO OPERACIONAL:

Gasimetria arterial

- ✓ Conecte a agulha à seringa heparinizada e retire a proteção;
- ✓ Localize com a mão não dominante a artéria radial novamente;
- ✓ Insira a agulha na pele no local onde há pulsação máxima da artéria (entre os dois dedos), num ângulo de 30-45° com o bisel voltado para cima;
- ✓ Segure a seringa como se fosse um dardo;
- ✓ Avance lentamente até aparecer fluxo de sangue na agulha. Não puxe o êmbolo, a pressão preencherá a seringa;
- ✓ Retire a agulha e a seringa, descartando a agulha para os cortantes e protegendo a seringa com a tampa fornecida no Kit, retirando qualquer bolha de ar;
- ✓ Coloque uma compressa limpa sobre o sítio da punção e solicite a um assistente operacional ou ao utente para fazer pressão firme durante 2 a 3 minutos. Pode ser necessário realizar pressão mais tempo no caso de utentes que tomam anticoagulantes.
- ✓ Faça um penso compressivo no local e agradeça ao doente;
- ✓ Retire as luvas do procedimento;
- ✓ Lave e desinfete as mãos;
- ✓ Identifique a amostra e envie para o laboratório ou realize a sua análise operando o equipamento existente na urgência;
- ✓ Realize os registos no processo do doente referindo intercorrências se ocorreram. Caso tenha sido realizado com Oxigénio não esquecer de referir o fluxo e o modo de ventilação/ oxigenação;
- ✓ Dê conhecimento dos resultados ao médico.

INTERPRETAÇÃO

	Acidose			Alcalose		
	Respiratória	Metabólica	Mista	Respiratória	Metabólica	Mista
pH = 7.35-7.45	↓	↓	↓	↑	↑	↑
PCO ₂ = 35-45	↑	N / ↓ (compensada)	↑	↓	N / ↑ (compensada)	↓
HCO ₃ = 22-26	N / ↑ (compensada)	↓	↓	N / ↓ (compensada)	↑	↑

(Dias, 2021)

5. Bibliografia

BRUNNER & SUDDARTH. (2015). *Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico*. 14ª Ed., 2 vols. Editora Guanabara Koogan
 Campos, L., (2012). *Protocolos de Medicina Interna*. Lidel;

INSTRUÇÃO OPERACIONAL:

Gasimetria arterial

Coimbra, N. (2021). *Enfermagem de urgência e Emergência*. Lidel

Mendes, N. & Campanharo, C. (2019). *Manual de Enfermagem em Emergências – 2ª Edição*. Atheneu

Pinto, J., Saracini, K., Lima, L., Souza, L., Lima, M., & Algeri, E. (2017). *Gasometria arterial: aplicações e implicações para a enfermagem*. *Revista Amazônia Science & Health*. v5n2p33-39. 10.18606/2318-1419

Pinho, J., (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel

Ponce P., & Mendes J. (2020). *Manual de Medicina Intensiva*. Lidel

INSTRUÇÃO OPERACIONAL:
Colheita para Hemoculturas no SU

Registo de elaboração, revisão e aprovação

	Elaboração	Revisão	Aprovação
Nome			
Cargo			
Assinat./ Rúbrica			

1. Objetivos

Estabelecer uma linha orientadora para os enfermeiros do SU no apoio à realização do procedimento da colheita de hemoculturas.

Uniformizar as intervenções de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com necessidade de realização de Hemoculturas.

2. Âmbito

Enfermeiros do SU do HH, EPE

3. Definições e abreviaturas

Definições:

Hemocultura - é uma determinação analítica, na qual são usadas amostras de sangue de doentes, através do uso de meios de cultura específicos que permitirão determinar a presença de agentes patogénicos na corrente sanguínea do doente.

O sangue colhido ao doente é distribuído por dois frascos específicos para este procedimento. Um frasco aeróbio e outro anaeróbio, que contém meios de cultura que permitem o crescimento de microrganismos, para determinar se existem agente patogénicos na corrente sanguínea do doente. Para a sua realização devem ser realizadas duas punções venosas, em adultos **de 20ml cada**, que é distribuído pelos dois frascos, de preferência antes do início da antibioterapia.

Este exame realiza-se após prescrição médica quando há suspeita de quadro infeccioso.

- **A ter em consideração:**
 - ✓ Não deve ser trocada a agulha após a colheita de sangue e a distribuição nos frascos, uma vez que não há evidência de redução significativa na taxa de contaminação e se aumenta o risco de acidentes para os profissionais bem como o maior gasto de material, aumentando os custos.
 - ✓ A distribuição do sangue após a colheita venosa para os frascos de hemocultura, deve ser feita primeiro no **frasco anaeróbio**, de forma a não entrarem bolhas de ar.
 - ✓ Não são recomendadas as colheitas dos cateteres venosos.

INSTRUÇÃO OPERACIONAL:

Colheita para Hemoculturas no SU

- ✓ Os frascos devem permanecer na posição vertical (em pé) durante todo o procedimento de forma a observar o volume correto.

Material

- ✓ Prescrição médica para colheita;
- ✓ Etiqueta com identificação do doente e exame – 1ª e 2ª amostra;
- ✓ Equipamento de proteção individual;
 - Luvas não estéreis, luvas estéreis, bata/avental e máscara cirúrgica
- ✓ Compressas esterilizadas;
- ✓ Clorohexidina/ iodopovidona;
- ✓ 2 seringas de 20 ml;
- ✓ 2 Agulhas endovenosas para colheita direta
- ✓ Adesivo hipoalérgico;
- ✓ Carro com alocação dos cortantes e contaminados;
- ✓ Garrote;
- ✓ 2 Frascos anaeróbicos (tampa laranja) e 2 frascos aeróbios (tampa verde);
- ✓ Álcool a 70%;

(Cristino, 2017)

4. Metodologia

PREPARAÇÃO

Segundo Araújo (2012), a assepsia adequada da pele é parte fundamental do processo e é o fator que determina a probabilidade de uma hemocultura positiva ser considerada contaminação ou infecção. Seguir o padronizado na instituição para este procedimento.

PROCEDIMENTO

- ✓ Promover a privacidade e conforto do doente;
- ✓ Realizar a confirmação segura da identificação do doente, data, hora e local da colheita;
- ✓ Explicar o procedimento ao utente/família;
- ✓ Lavar e desinfetar as mãos;
- ✓ Descapsular e limpar a tampa de borracha do frasco com compressa esterilizada embebida em álcool 70%, e mantê-la sobre o frasco até o momento da punção atuando conforme as instruções do fabricante;
- ✓ Colocação do EPI;
- ✓ Escolher o melhor local de punção para a colheita de sangue, aplicando o garrote e pesquisando as veias do doente para escolher a mais calibrosa e menos móvel.
- ✓ Aliviar o garrote e fazer a assepsia da pele de acordo com o preconizado no serviço - iodopovidona;

INSTRUÇÃO OPERACIONAL:

Colheita para Hemoculturas no SU

- ✓ Preparar o material sobre campo estéril e com técnica esterilizada;
- ✓ Voltar a colocar o garrote e não voltar a tocar no local para a punção – senão repetir todo o procedimento de desinfecção;
- ✓ Colocar as luvas esterilizadas – ter atenção a partir deste momento apenas pode tocar em material esterilizado;
- ✓ Puncionar a veia com a agulha e a seringa sem tocar no local de punção;
- ✓ Recolher 20 ml em cada punção para adultos (10ml para cada frasco, para crianças 1 a 4ml de sangue para cada frasco);
- ✓ Desgarrotar, retirar a agulha e fazer compressão local com uma compressa sem dobrar o braço, podendo pedir ao doente ou apoio ao AO;
- ✓ Transferir as amostras para os frascos de hemocultura, tendo o cuidado de colocar 10ml de sangue primeiro no frasco anaeróbio (tampa laranja) e sem trocar a agulha;
- ✓ Repetir o procedimento no 2º local de punção;
- ✓ Ter o cuidado de identificar devidamente as colheitas colando a etiqueta no local preconizado do frasco;
- ✓ Retire a agulha e a seringa, descartando a agulha para os cortantes e a seringa para o material contaminado;
- ✓ Faça um penso compressivo no local e agradeça ao doente;
- ✓ Retire as luvas do procedimento;
- ✓ Lave e desinfete as mãos;
- ✓ Mantenha as amostras à temperatura ambiente e envie-as para o laboratório;
- ✓ Realize os registos no processo do doente referindo intercorrências se ocorreram.

5. Bibliografia

- Araújo, M. (2012). *Hemocultura: recomendações de coleta, processamento e interpretação dos resultados*. *J Infect Control* 2012; 1 (1): 08 19. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:H-2Knooy1AEJ:https://jic-abih.com.br/index.php/jic/article/download/12/11+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- BRUNNER & SUDDARTH. (2020). *Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico*. 14ª Ed., 2 vols. Editora Guanabara Koogan
- Campos, L., (2012). *Protocolos de Medicina Interna*. Lidel
- Coimbra, N. (2021). *Enfermagem de urgência e Emergência*. Lidel
- Cristino, J. (2017). *MANUAL DE COLHEITAS SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE*; 7ª edição. https://www.chln.pt/media/k2/attachments/servico_patologia_clinica/manual_colheitas_7_ed.pdf
- Mendes, N. & Campanharo, C. (2019). *Manual de Enfermagem em Emergências – 2ª Edição*. Atheneu
- Mutondo, A. (2019). *ESTUDO DE HEMOCULTURAS*. (Dissertação de Mestrado não publicada) Faculdade de Medicina de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/42087/1/12277_Tese.pdf
- Pinho, J., (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel
- Ponce P., & Mendes J. (2020). *Manual de Medicina Intensiva*. Lidel

APÊNDICE III TABELA DE MEDICAÇÃO

Interações Medicamentosas



Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica

2º Ano – 3º Semestre

Tabela de Interações Medicamentosas

SERVIÇO DE URGÊNCIA

Estudante: Natália de Lurdes Rodrigues Mendonça (nº 3660)

Orientadora: Professora Adjunta Sónia Alexandra de Lemos Novais

Janeiro e fevereiro de 2022

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A medicação tem diversas formas de apresentação e pode ser administrada através de variadas vias, tais como, via intramuscular (IM), via oral (PO), via endovenosa (EV), via subcutânea (SC), via intradérmica (ID), via sublingual (SL) e via retal.

No Serviço de Urgência (SU) a via endovenosa (EV) é a mais utilizada, em situações de urgência, em doentes em estado crítico e permitindo a administração em simultâneo de mais que um medicamento.

A **segurança na medicação** é um conjunto” atividades para evitar, prevenir ou corrigir incidentes que podem resultar do uso de medicamentos” (DGS, 2016).

O **processo de gestão da medicação**”tem início na seleção, aquisição e armazenamento do medicamento, até à sua prescrição, validação, dispensa, preparação, administração e monitorização” (DGS, 2016).

A administração de medicação pode levar a erros não propositados muitas vezes associados à existência de embalagens similares, neste sentido a OMS preconiza o reconhecimento dos medicamentos e sua segurança como um problema existente na cultura de segurança das instituições e lançou o desafio global –*medication without harm*, onde são identificadas áreas prioritárias relacionadas com os medicamentos “*look alike sound alike (LASA)*” e a importância da transição dos cuidados (OMS 2018).

Por outro lado, a prescrição endovenosa concomitante poderá conduzir a **interações medicamentosas**, que segundo Hoefler, R. (2005, 1) são um “evento clínico em que os efeitos de um fármaco são alterados pela presença de outro fármaco, alimento, bebida ou algum agente químico ambiental. Constitui causa comum de efeitos adversos. Quando dois medicamentos são administrados, a um paciente, eles podem agir de forma independente ou interagirem entre si, com aumento ou diminuição de efeito terapêutico ou tóxico de um ou de outro.” Isto pode levar à perda de eficácia de um medicamento ou ao aumento da toxicidade de outro, podendo ainda alterar as suas características, mudando de cor ou precipitar, causando reações adversas.

Apesar dos enfermeiros deterem conhecimentos sobre farmacologia, farmacodinâmica e farmacocinética em determinadas situações podem necessitar de um auxiliar de memória. A existência deste instrumento tem como objetivo facilitar a consulta sobre a interação dos medicamentos, de forma rápida, assegurando a efetividade e segurança na administração da medicação numa situação já de si de stress (Santos, M. et al. 2013, p.35).

A **reconciliação da medicação** é um “processo de análise da medicação de um doente, sempre que ocorrem alterações na medicação, com o objetivo de evitar discrepâncias, nomeadamente omissões, duplicações ou doses inadequadas, promovendo a adesão à medicação e contribuindo para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação” (DGS, 2016).

Quando se administra medicamentos seja por que via for, deverão ser cumpridos os **5 certos da medicação**, nomeadamente: dados do doente (nome); o medicamento certo; a dose certa; a via de administração certa; e a hora certa. Ainda nesta linha de verificação deverá ser tida em conta a posologia, o tempo de administração e a validade do medicamento em causa, por outro lado previamente à sua administração deverá ser informado o utente e confirmada a existência de alguma alergias prévia e posteriormente elaborado o registo da administração completo e correto (Sales, L., et al., 2020). Estes registos constituem uma fonte de informação fundamental aquando da transmissão de informação relativamente ao utente para outro ou outros profissionais de saúde.

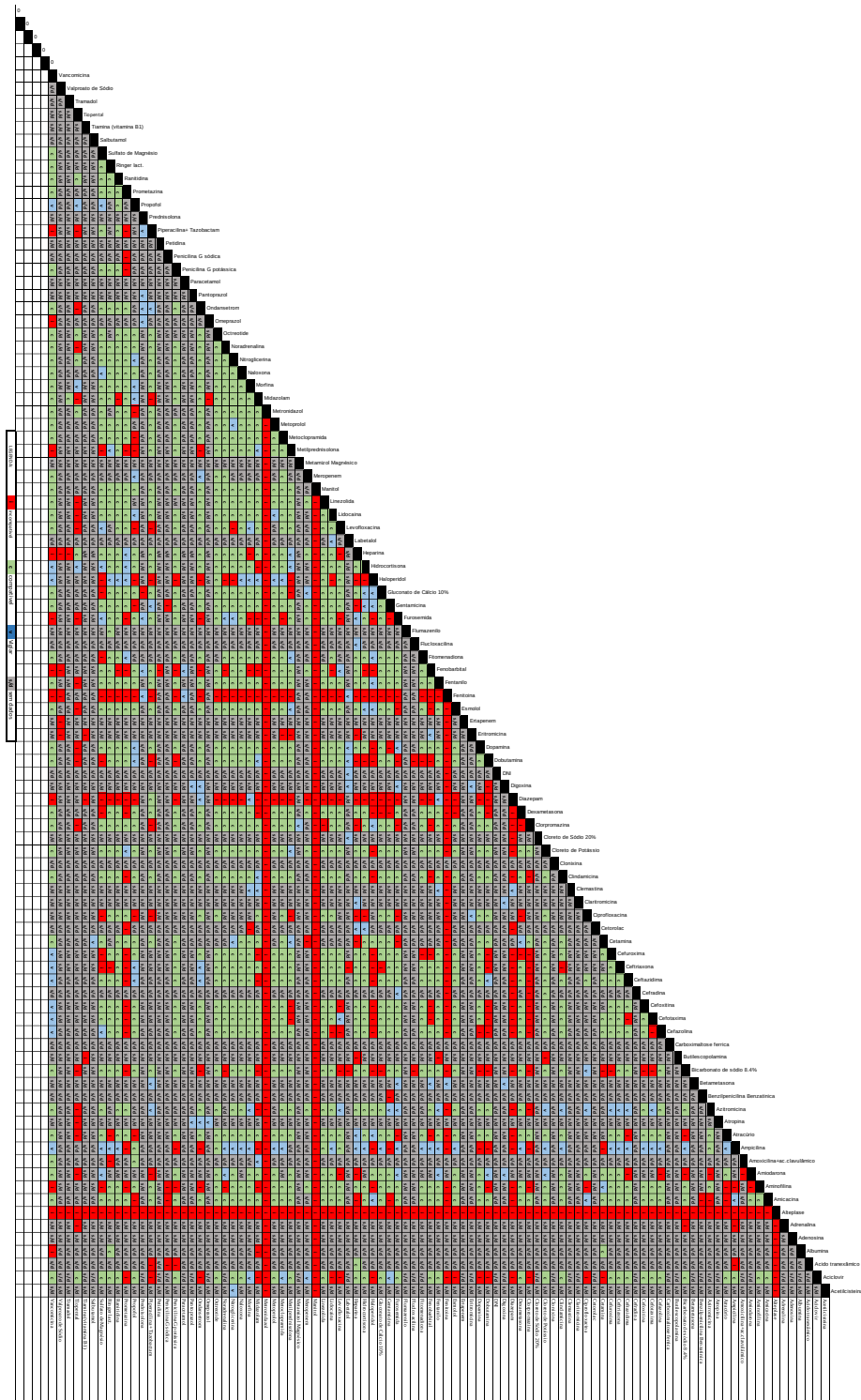
A administração de medicação endovenosa concomitante (excecionalmente a existência de um único acesso venoso) requer conhecimento prévio relativamente às suas compatibilidades. Pelo que deverá ser dada preferência à existência de um segundo acesso venoso assegurando a correta administração das prescrições

A administração em simultâneo de medicamentos é uma situação de risco no hospital que os profissionais vivenciam diariamente devendo ter à sua disposição material de consulta como existe no SU do HH EPER que constituem formas rápidas e eficazes de reduzir os erros e aumentar a segurança da administração de medicação para os doentes (Sehn, R., 2003, p 78).

Em anexo segue a tabela elaborada e devidamente legendada, realizada a partir da bibliografia exposta.

Bibliografia

- Arsénio, A. (2012). *Fármacos na Urgência – Revisitados*. 5ª edição. Lidel.
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S., (2021). *Guia Prático para a segurança do doente*. Lidel.
- Deglin, J.H., & Vallerand, A.H., (2003). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. Sétima edição. Lusociência.
- Moraes, K.D., Gomes, I.V., Lima, O.P., Reis, R.L., Souza, M.N., Freire, N.D., Barros, J.F., Medeiros, F.S., & Nunes, D.M., (2021). *Analysis of drug compatibility in Y in intravenous therapy: preparation of a preventive tool for a university hospital in Petrolina – PE*. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saude*. 12(1):0521. DOI: 10.30968/rbfhss.2021.121.0521
- Norma 018/2016 de 30 de dezembro, 2016. *Reconciliação da medicação*. Direção Geral de Saúde. (1-7). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182016-de-30122016-pdf.aspx>
- Norma n.º 001/2017 de 8 de fevereiro (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (1-8). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Petri, A. A., Schneider, A., Kleibert, K. R.U., Bittencourt, V. L.L., Winkelmann, E. R., & Colet, C. D.F. (2020). *INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS POTENCIAIS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS*. *Revista de Atenção à Saúde*, 18(63). <https://doi.org/10.13037/ras.vol18n63.6248>
- Santos, M., Hegele, V., Hoffmann, T.D., Chiarani, F., & Hennigen, F.W., (2013). *Instrumento para avaliação da compatibilidade em Y na administração intravenosa de medicamentos em Unidades de Terapia Intensiva*. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde* v.4 n.3 34-37. <https://www.sbrafh.org.br/v1/public/artigos/2013040307000467BR.pdf>
- Slawomirski, L., & Klazinga, N., (2017). *The Economics of Patient Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*. <http://www.oecd.org/employment/>
- Shen, R., CAMARGO, A. L., HEINECK, I., & FERREIRA, M. B. C. (2003). Interações medicamentosas potenciais em prescrições de pacientes hospitalizados. *INFARMA*, 15 (9-10), 77–81. <https://www.fullnurse.pt/>



APÊNDICE IV FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Formação PPCIRA – SU

PLANO DE SESSÃO

Curso: Boas práticas no controle de infecção – âmbito do estágio de Mestrado da ESSNorteCVP

Data: 28 de abril de 2022

Duração: 14:30-16:00

Conteúdos	Metodologia	Materiais/Equipamento	Duração
Introdução	Apresentação e introdução da temática	Datashow	5 min
DESENVOLVIMENTO	✓ Explicar a existência do GCL e a sua atividade PPCIRA: Organização, objetivos e atividades ✓ Relembrar os conhecimentos essenciais para a Prevenção e Controlo de Infecção IACS e suas consequências ✓ Abordar de forma sucinta a cadeia epidemiológica da infeção ✓ Recordar as Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) Conceito e critérios como 1ª linha no controlo da prevenção da infeção ✓ Especificar as Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) Higiene das mãos Importância da adesão Apresentação dos resultados da adesão na instituição Apresentação dos 5 momentos da HM e da técnica correta de fricção e lavagem das mãos Especificação dos diferentes produtos existentes sobre a HM.	Método passivo. Método passivo/ativo: Exposição oral com apresentação Datashow	7 min 5 min 8 min 5 min 15 min

Código: IMP.DRH.059.01

 $1/2$

Data: 18-06-2021

PLANO DE SESSÃO				
	Descontaminação de material e equipamento Adequação da Classificação de Spaulding aos tipos de materiais existentes no HSEIT			25 min
	Controlo ambiental Tipos de áreas Tipos e Frequência da limpeza Métodos de limpeza e princípios do mesmo Eventos adversos: Derrames e salpicos de sangue Produtos existentes no HSEIT Fichas técnicas			
	Síntese da formação. Esclarecimento de dúvidas/ Encerramento	Exposição oral	Datashow	10 min 10 min
CONCLUSÃO				
Formador: Enfermeira Natália Mendonça Tutora de estágio : Enf. Márcia Agostinho Coordenador Técnico-Pedagógico:				

Código: IMP.DRH.059.01

2 / 2

Data: 18-06-2021



Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ESTÁGIO II - PPCIRA
Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica

Discente: Enfermeira Natália Mendonça



Objetivos

- Explicar a existência do GCL e a sua atividade;
- Relembrar os conhecimentos essenciais para a Prevenção e Controlo de Infecção;
- Abordar de forma sucinta a cadeia de transmissão e a sua composição;
- Recordar as Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI);
- Especificar as Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI).

Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)

- Portugal é um dos países da União Europeia com uma das mais elevadas taxas de infeção associada aos cuidados de saúde.
- O Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), pelo Despacho n.º 2902/2013 de 22 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 38, de 22 de fevereiro de 2013, sendo assim objeto de fusão o Programa Nacional de Controlo de Infecção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos.
- Os objetivos gerais deste programa prioritário são, assim, a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos, constituindo-se como liderança nacional nestes temas.



Grupo de Coordenação Nacional – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCN-PPCIRA)



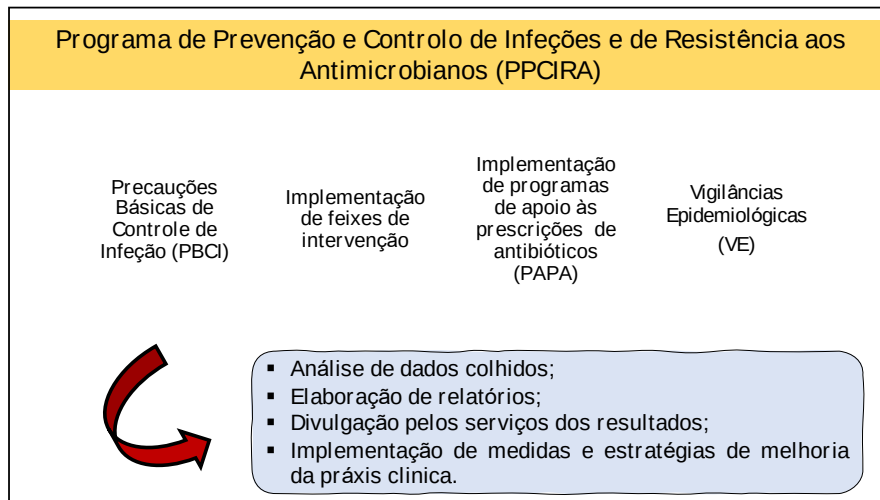
Grupo de Coordenação Regional – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCR-PPCIRA)



Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA)



Grupo de implementação das Precauções de Controlo de Infecção (PBCI)



Notícias

Por dia, 12 pessoas morrem com infeções hospitalares em Portugal

Alguns associados a infeções durante internamentos são sem sequer suspeitar aos riscos por acidentes de trânsito em Portugal. Relatório oficial destaca a mortalidade pela primeira vez e sublinha a ausência de incentivos financeiros para hospitais que reduzam taxa de infeção

Reportagem de Catarina e Sara Silva Mendes - 17 de Março de 2016, 10:00 (atualizado a 17 de Março de 2016, 17:00)



Fonte: Público

Infeções hospitalares por bactérias multirresistentes matam três doentes por dia

Tratamos a tratar muitas situações de infeção com antibióticos antigos que tinhamos deixado de usar porque são antigos, inservíveis no seu efeito e na sua ação", diz o especialista.

Artigo - 16 de Março de 2016, 16:00



22
mar 16





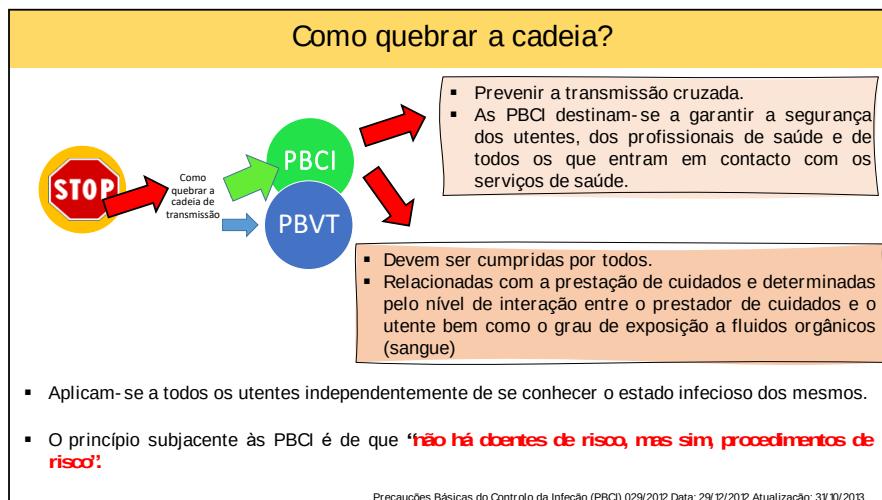
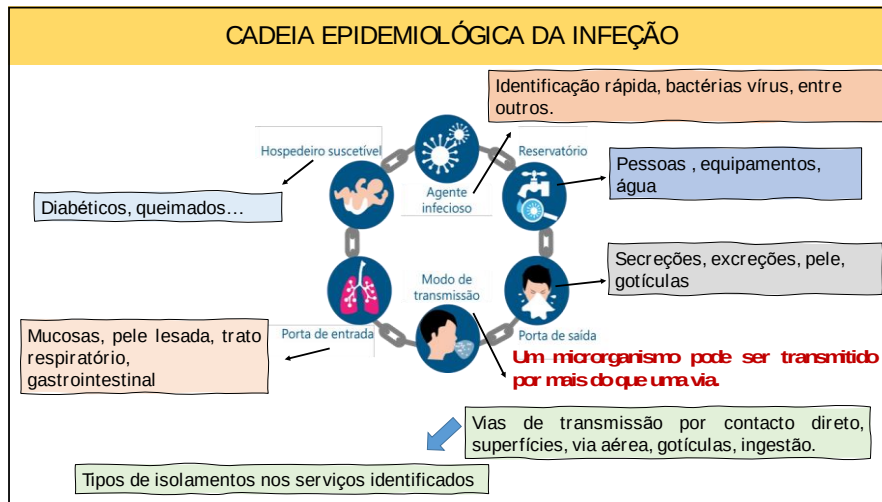
Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)

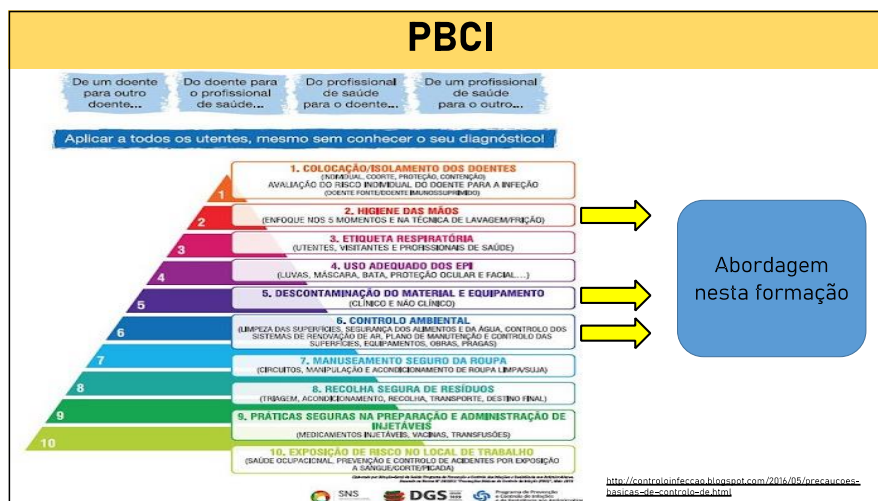
- Infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo surgir depois dos doentes terem alta hospitalar.
- Pode afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.

A composite image. The top part shows a person's hands being washed in a sink with water. The bottom part shows a petri dish held by a gloved hand, containing several circular bacterial colonies on a agar surface.

Consequências

Diminui a qualidade de vida do doente e da família.	Aumento da mortalidade e morbilidade.	Agravamento do estado de saúde.
Aumento dos custos em saúde.	Problemas sociais e económicos.	Prolongamento dos internamentos.





2. Higiene das mãos

(Enfoque nos 5 momentos e na técnica de lavagem/ fricção)



Segundos que salvam vidas

- É uma medida simples e sem custos mas muito eficaz na redução da infecção cruzada.
- Não requer conhecimentos científicos apenas aprendizagem da técnica correta e dos momentos onde são fundamentais.
- Exige 20 segundos do tempo de cada um em cada lavagem.
- Pode ser realizado a conversar com o colega



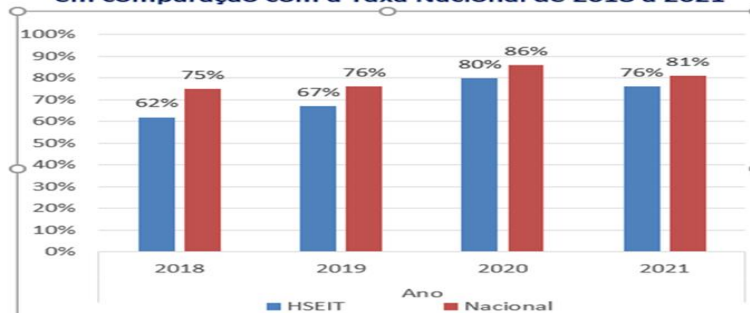
A técnica corretamente realizada resulta na redução da transmissão cruzada.

2. Higiene das mãos

(Enfoque nos 5 momentos e na técnica de lavagem/ fricção)



Gráfico 4 – Evolução da taxa de adesão à HM no HSEI em comparação com a Taxa Nacional de 2018 a 2021



2. Higiene das mãos (Enfoque nos 5 momentos e na técnica de lavagem/ fricção)



A higienização das mãos é uma estratégia fundamental para a prevenção das infeções e constitui um dever cívico, ético e profissional de todos os profissionais de saúde.

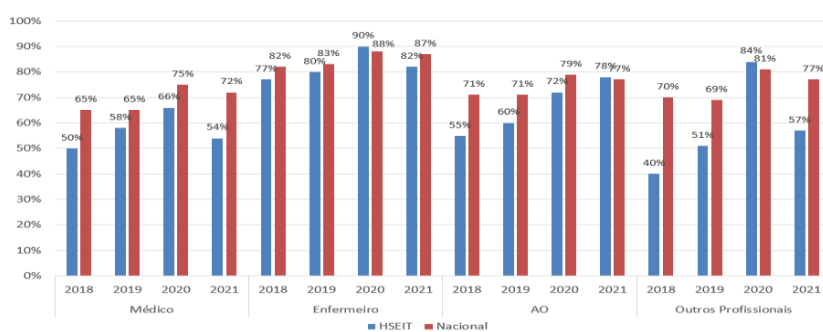


2. Higiene das mãos (Enfoque nos 5 momentos e na técnica de lavagem/ fricção)



Gráfico 6 – Evolução da taxa de adesão à HM, por Categoria Profissional de 2018 a 2021, em comparação com a Taxa Nacional

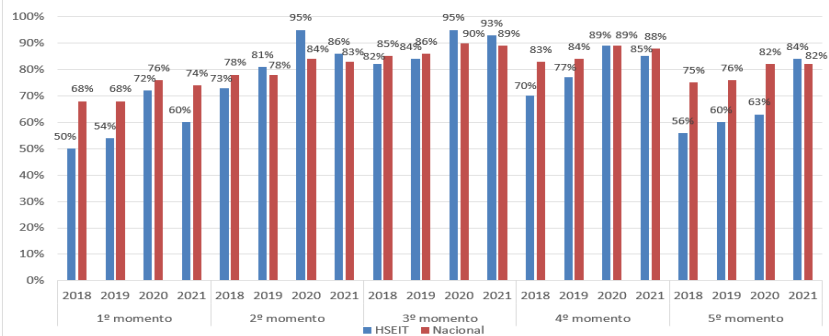
Área do Gráfico



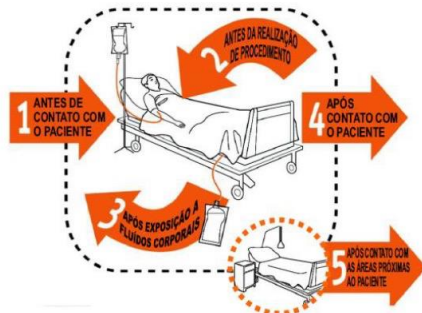
2. Higiene das mãos (Enfoque nos 5 momentos e na técnica de lavagem/ fricção)



Gráfico 8 – Evolução da taxa de adesão à HM por indicação no HSEIT de 2018 a 2021, comparativamente com a Taxa Nacional



OS CINCO MOMENTOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



Proteção dos microrganismos do doente e dos do profissional da flora existente no organismo de cada um de nós – bidirecional sempre

1 ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.
2 ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASSÉPTICO	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.
4 APÓS CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente.
5 APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobiliário e outras superfícies nas proximidades do paciente - mesmo sem ter tido contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

<https://hsvp.com.br/post/1006/lavar-as-maos-um-gesto-simples-que-salva-vidas>

Cuidados a ter com a Higiene das mãos

- Higienizar as mãos preferencialmente por fricção com solução antisséptica de base alcoólica (SABA) no local de prestação de cuidados quando as mãos estão visivelmente limpas.
- Usar mangas curtas ou enrolar/dobrar as mangas do uniforme para cima.
- O uso de luvas não dispensa a higiene das mãos.
- Não usar adornos nos punhos.
- Manter as unhas naturais, curtas e limpas.
- Não usar unhas artificiais, não usar verniz, gel, gelinho ou outros produtos nas unhas na prestação de cuidados de saúde.



Norma nº 007/2019 de 16/10/2019

Cuidados a ter com a Higiene das mãos

- Friccionar as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger de acordo com os procedimentos a efetuar, atenção especial aos espaços interdigitais, polpas dos dedos, dedo polegar e punho e secar bem as mãos.
- Não usar de forma simultânea ou seguida, uma solução antisséptica aquosa ou sabão antimicrobiano, seguido de SABA.
- Hidratar a pele, no mínimo 2 a 3 vezes por turno (usar creme dermoprotetor).
- Proteger lesões com penso impermeável.
- Evite água quente.



Norma nº 007/2019 de 16/10/2019

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE	 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	 DGS desde 1899 Direção-Geral da Saúde
NORMA		
NÚMERO: 007/2019	Maria da Graça Gregório de Freitas	
DATA: 16/10/2019	Assinada eletronicamente por Maria da Graça Gregório de Freitas, Diretora-Geral da Saúde, em 16/10/2019 às 15:05:00, no âmbito da função conferida pelo Decreto-Lei n.º 101/2002, de 18 de Junho.	
ASSUNTO: Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde		
PALAVRAS-CHAVE: Higiene das Mãos, infeção, colonização, prevenção, controlo		
PARA: Unidades do Sistema de Saúde		
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)		

- **Molhar as mãos para as lavar sempre.**
- No caso de sinais ou suspeita de doenças cutâneas de provável causa profissional, consultar o serviço de segurança e saúde do trabalho.

Produtos para a Higiene das mãos

- **Antisséptico:** Substância antimicrobiana que inativa ou reduz o crescimento de microrganismos em tecidos vivos.
- **Solução antisséptica de base alcoólica (SABA):** preparação de base alcoólica desenvolvida para aplicação nas mãos com o objetivo de inativar e/ou temporariamente reduzir o crescimento de microrganismos. Estas preparações podem conter um ou mais tipos de álcool com excipientes, outros ingredientes ativos, e emolientes.



Norma nº 007/2019 de 16/10/2019

Produtos para a Higiene das mãos

- **Sabão:** detergente que não contém agentes antimicrobianos, ou que contém concentrações muito baixas de agentes antimicrobianos que apenas atuam como conservante do produto.
- **Sabão antimicrobiano:** sabão (detergente) que contém um agente antisséptico numa concentração suficiente para inativar e/ou temporariamente reduzir o crescimento de microrganismos. A atividade do detergente pode incluir a remoção de flora transitória das mãos através do enxaguamento com água corrente.

Norma nº 007/2019 de 16/10/2019



Técnica de Higiene das mãos

Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

Fricione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabão apenas quando estiverem visivelmente sujas!

Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg.



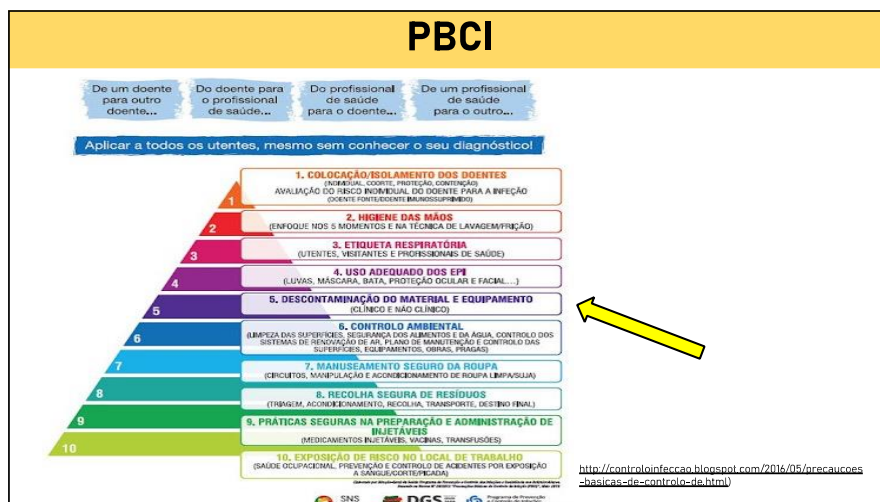
Orientações
para a
comunidade
20
segundos

Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, fricione as mãos com preparações alcoólicas!

Duração de todo o procedimento: 40 a 60 seg.





5. Descontaminação do material e equipamento (Clínico e não clínico)				
	CLASSIFICAÇÃO DE SPAULDING	TIPOS DE DISPOSITIVOS	NÍVEL DE RISCO	NÍVEL DE DESCONTAMINAÇÃO
	Não-críticos	Dispositivos que entram em contacto com pele intacta (ex.: camas, estetoscópios, termómetros, mangas de esfigmomanómetros, etc.).	Baixo	Lavagem (e quando necessário desinfeção de nível baixo).
	Semicríticos	Dispositivos que entram em contacto com membranas mucosas ou pele não intacta (ex.: endoscópios, espéculos, etc.).	Intermédio	Desinfeção de nível intermédio ou de alto nível.
	Críticos	Dispositivos utilizados no sistema vascular, em cavidades ou tecidos estéreis (ex.: instrumentos cirúrgicos, pinças de biópsia, etc.).	Alto	Esterilização (ou desinfeção de alto nível em situações específicas).

5. Descontaminação do material e equipamento (Clínico e não clínico)	
 DGS desde 1899 Direção-Geral da Saúde	 NORMA da Direção-Geral da Saúde
NÚMERO: 029/2012 DATA: 29/12/2012 ATUALIZAÇÃO: 31/10/2013	Francisco Henrique Moura George Diretor-Geral da Saúde
ASSUNTO: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI) PALAVRAS-CHAVE: Infecção PARA: Dirigentes de Instituições de Saúde e profissionais de saúde CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)	

5. Descontaminação do material e equipamento (Clínico e não clínico)

- Ter em conta as indicações do fabricante – importância das fichas técnicas.
- Material é classificado como:
 - USO ÚNICO – utilizar uma vez e eliminar. Na embalagem aparece este símbolo 
 - USO ÚNICO NUM ÚNICO DOENTE – pode ser reutilizado no mesmo doente 
 - REUTILIZÁVEL – usado mais que uma vez e/ou em mais do que um doente. Tem obrigatoriamente que ser descontaminado entre utilizações.
- Descontaminar o equipamento sempre que ocorrer contaminação com fluidos orgânicos.



Norma 029/2012 da DGS

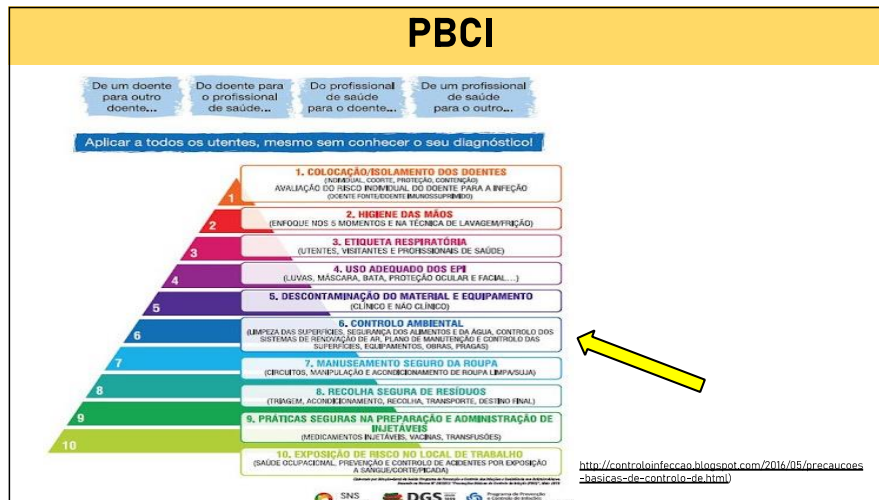
5. Descontaminação do material e equipamento (Clínico e não clínico)

Os procedimentos devem explicar:

- A frequência de execução.
 - O método de descontaminação.
 - E o responsável pelo procedimento.
- Os equipamentos clínicos utilizados quando contaminados com fluidos orgânicos infecciosos de forma indireta contribuem para a infeção cruzada por exemplo através das mãos dos profissionais entre procedimentos
 - Se não for feita a adequada descontaminação estamos a aumentar a transmissão de infeção cruzada o que leva a complicações para os doentes.



Norma n.º 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013



6. Controlo ambiental

(Limpeza das superfícies, segurança dos alimentos e da água, controlo dos sistemas de renovação de ar, plano de manutenção e controlo das superfícies, equipamentos, obras, pragas.)

- A limpeza e a manutenção das estruturas e superfícies dos cuidados de saúde são importantes para a manutenção do ambiente seguro.
- Os gestores de serviço são responsáveis por garantir a segurança das áreas clínicas.
- Os profissionais devem ter conhecimento dos horários e frequências da limpeza e das suas responsabilidades no processo.



Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013

6. Controlo ambiental

(Limpeza das superfícies, segurança dos alimentos e da água, controlo dos sistemas de renovação de ar, plano de manutenção e controlo das superfícies, equipamentos, obras, pragas.)

▪ O ambiente de prestação de cuidados deve:

- Estar livre de objetos e equipamento desnecessários;
- Estar limpo, seco e em bom estado de conservação;
- Ser limpo regularmente, de acordo com as especificações.



- Devem existir protocolos que definam quem, quando e como realizar a limpeza de superfícies

Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013

6. Controlo ambiental

(Limpeza das superfícies, segurança dos alimentos e da água, controlo dos sistemas de renovação de ar, plano de manutenção e controlo das superfícies, equipamentos, obras, pragas.)

Prioridade e frequência mínima de limpeza de acordo com o risco de infeção

Direção-Geral da Saúde

Área		Prioridade da Limpeza	Frequência Mínima			
			Limpeza Corrente	Limpeza de Conservação	Limpeza Imediata	Limpeza Global
	GERAL		É efectuada duas a três vezes por dia .	É efectuada uma vez por semana .	É efectuada sempre que ocorram situações de derrame ou salpicos de sangue ou outra matéria orgânica	É efectuada mensalmente .
	ESPECÍFICA	Elevada	O plano de limpeza e desinfeção de cada área deve referir a frequência e definir o momento de limpeza (ex: salas de tratamentos) devem ser limpas no final de cada cirurgia)	O plano de limpeza e desinfeção de cada área deve referir a frequência e definir o momento de limpeza.		O plano de limpeza e desinfeção de cada área deve referir a frequência e definir o momento de limpeza
	GERAL		É efectuada duas vezes por dia	É efectuada uma vez por semana		É efectuada de dois em dois meses .
	ESPECÍFICA	Média	É efectuada após a remoção dos contentores/sacos de resíduos hospitalares			É efectuada de dois em dois meses .
Não-crítica		Baixa	É efectuada uma vez por dia	É efectuada uma vez por semana		É efectuada de seis em seis meses .

Fonte: Dos autores com base em Yamauchi, N. I.; Lacerda, R.A.; Gabriclioni M.C. in Fernandes A.T. (2000)



Métodos de limpeza

Em qualquer serviço do HSEIT, deve ~~obedecer~~ **sempre aos mesmos conceitos e métodos** independentemente da classificação de risco a ~~diferença~~ **estará** na frequência da limpeza que deverá ser instituída para cada área

- ✓ Iniciar a limpeza das áreas mais limpas para as áreas mais sujas, cumprindo os 5 princípios de limpeza;
- ✓ Apenas UTILIZAR ~~métodos de limpeza húmida~~ **métodos de limpeza húmida**, que não façam levantar pó, e que evitem a redistribuição de microrganismos nas superfícies;





Métodos de limpeza



HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO
DA ILHA TERCEIRA

INSTRUÇÃO OPERACIONAL:
Descontaminação de Materiais e Equipamentos

O processo de limpeza deve cumprir os 5 princípios descritos:



Limpe de cima para baixo



Do menos sujo para o mais sujo



Limpe em um padrão em forma de "S"



Evite movimentos que permitam a transferência de microrganismos



Assegure o correto tempo de contacto do produto

Fonte: NHS (2018). Trust Guideline for the Cleaning and Disinfection in the Hospital

Métodos de limpeza



- Utilizar sempre água quente nas limpezas;
- Usar panos lavados, individualizados para a unidade de cada utente. Utilizar o pano de limpeza dobrado em 2, desdobrando o pano por forma a utilizar todas as 4 dobras limpas (panos fornecidos pela EL, existem rolos de papel descartável);
- Na limpeza do chão trocar a água sempre que necessário. Não reaproveitar para mais que uma área;

NÃO ESQUECER AS ZONAS DE TOQUE FREQUENTE!






Métodos de limpeza

- Os baldes devem ser **lavados com água quente e detergente** após o seu uso e **guardados secos invertidos**;
- Os cabos dos *mops* e outros materiais existentes nos carros de limpeza devem ser lavados com água quente e detergente e secos;
- Todos os têxteis de limpeza devem ser colocados em sacos plásticos por forma a serem submetidos a um tratamento mecânico com ciclo de desinfeção térmica (a cargo da empresa externa contratada pelo HSEIT).







Frequência da limpeza

Importante!

Duplo balde e esfregona



Mops pré humedecidos



ÁREA	PRIORIDADE DA LIMPEZA	FREQUÊNCIA MINIMA		
		LIMPEZA CORRENTE	LIMPEZA IMEDIATA	LIMPEZA GLOBAL
Não Críticas	Elevada	1 X ao dia		Efetuada mensalmente
Semicríticas	Média	2 X ao dia	Efetuada sempre que ocorram situações de derrame ou salpicos de sangue ou matéria orgânica.	Efetuada 2 em 2 meses
Críticas	Baixa	2 a 3 X ao dia		Efetuada 6 em 6 meses

Plano de limpeza

INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

SERVIÇO: UTI **Zona:** Sala de Tratamento **ANO:** 2012 **MÊS:** 12 **RESPONSÁVEL:** 15

OUTRAS PERIODICIDADES

SERVIÇO: UTI **Zona:** Sala de Tratamento **ANO:** 2012 **MÊS:** 12 **RESPONSÁVEL:** 15

OUTRAS PERIODICIDADES

Assinatura (Assinatura)

INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

SERVIÇO: UTI **Zona:** Sala de Tratamento **ANO:** 2012 **MÊS:** 12 **RESPONSÁVEL:** 15

OUTRAS PERIODICIDADES

SERVIÇO: UTI **Zona:** Sala de Tratamento **ANO:** 2012 **MÊS:** 12 **RESPONSÁVEL:** 15

OUTRAS PERIODICIDADES

Assinatura (Assinatura)

Informações importantes

- Organizar todo o material e produtos que irá necessitar antes de iniciar a limpeza.
- Sempre antes e após a utilização de equipamento de proteção individual (EPI) higienizar as mãos.
- Saber que EPI utilizar enquanto realiza as limpezas.
- Manter os produtos devidamente acondicionados e nas embalagens originais.
- Não misturar produtos de embalagens diferentes para encher frascos.

Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013

Informações importantes



- Lavar antes de desinfetar, salvo quando utilizamos produtos que tem nas características: Detergentes e Desinfetantes.
- Ter atenção às áreas de contacto frequente (gabinete, computador, suporte de soros, monitores, etc.) que devem ser lavadas e desinfetadas.
- As zonas sanitárias devem sempre ser lavadas e desinfetadas e devem ser utilizados produtos mistos (detergentes/desinfetantes) - à base de cloro.

Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013

Informações importantes

Odorrane de fluidos orgânicos é um evento de risco.
Odorrane deve ser removido de imediato e de forma segura.

Derrames



1. **Absorver** com toalhetes secos;
2. **Aplicar** IPOCLOR (Dicloroisocianurato de sódio – 10.000ppm) e deixar atuar;
3. **Lavar** de seguida com água e detergente.

Informações importantes

O derrame de fluidos orgânicos é um evento de risco.
O derrame deve ser removido de imediato e de forma segura.

Salpicos



1. Remover imediatamente com toalhete embebido IPOCLOR (Dicloroisocianurato de sódio – 10.000ppm);
2. Lavar com água e detergente.

Informações importantes

Não esquecer:

- Higienizar as mãos antes de calçar as luvas.
- Após a absorção com o toalhete descartar para o Grupo III estes e as luvas.
- Voltar a higienizar as mãos.
- Calçar novas luvas e no final voltar a higienizar as mãos.

IMPORTANTE

NUNCA aplicar derivados de cloro diretamente em derrames ou salpicos de urina.

Absorver SEMPRE primeiro.

CURIOSIDADE

Contaminação das mãos do Pessoal Saúde e a sua persistência mãos/ambiente

Patógeno	Taxa contaminação das mãos (%)	Duração da persistência nas mãos	Duração da persistência no ambiente
Acinetobacter spp	3 – 15	> 150 minutos	3 dias – 5 meses
C. difficile	14 - 49	Desconhecido	> 24 horas (forma vegetativa, até 5 meses (esporos)
MRSA	> 17	Desconhecido	4 semanas – 7 meses
Pseudomonas spp	1,3 - 25	30 – 180 minutos	6 horas – 16 meses
VRE	> 41	Até 60 minutos	5 dias – 4 meses

Que produtos utilizar

Designação genérica	Apresentação (embalagem)	Diluições	Indicações	Precauções e características	Fornecimento	Marca comercial
Antissépticos						
Alcool etílico 70º	250 ml; 1 l; 5 l	Utilizar sem diluição	Antissépsia da pele: - administração de injetáveis; - colheitas de sangue; - colocação de cateter venoso periférico Desinfecção de superfícies limpas	  Perigo. Líquido e vapor altamente inflamáveis. Provoca irritação ocular grave. Assegurar ventilação adequada. Evitar o contacto com a pele, olhos e vestuário. Não respirar os vapores ou spray		Serviços Farmacêuticos
Desinfetantes						
Amónio quaternário	Solução detergente e desinfetante; 750 ml	Utilizar sem diluição	Limpeza e desinfecção de superfícies hospitalares, equipamentos médicos não críticos (ação rápida)	  Perigo. Provoca lesões oculares graves. Evitar o contacto com os olhos. Utilizar óculos de proteção ocular e outra proteção. Não é normalmente necessário a utilização de proteção respiratória. No caso de ventilação insuficiente, utilizar proteção respiratória.	Armazém	Mellaprot Pure Foam
	80 toalhitas	Utilizar sem diluição	Limpeza e desinfecção de dispositivos médicos sensíveis ao álcool (sondas ecodógraf / eletrocardiográfico)	  -	Armazém	Mikrobac Tissues*
Dicloroisocianurato de sódio (NaOCCl)	Grânulos; Frascos 500 g	Utilizar sem diluição	Atenção em caso de derrame de sangue (contenção e solidificação)	   Perigo. Provoca lesões oculares graves. Pode provocar irritação das vias respiratórias. Evitar a formação e deposição de poeiras. Evitar o contacto com a pele e os olhos. Atenção. Não utilizar juntamente com outros produtos. Provoca lesões oculares graves. Pode provocar irritação das vias respiratórias. Evitar respirar poeiras; usar proteção ocular e proteção facial. Manter o recipiente bem fechado.	Armazém	Pressept Grânulos
	Pastilhas; Embalagem de 200 pastilhas;	Utilizar conforme FT (consoante aplicação)	Desinfecção de superfícies, materiais e equipamentos	  -	Armazém	Ipsoclor Pastilhas; Pressept Pastilhas
Detergentes						
Detergente uso geral/Comum	Embalagem 5 l	Diluição de 3-5%	Limpeza de rotina de superfícies e pavimento	 Atenção. Provoca irritação ocular grave	Armazém	Multi SP

Fichas técnicas dos produtos

Logo	Ficha Técnica ETANOL (ALCOOL ETILICO) 40%
1. Nome do Produto	ETANOL (ALCOOL ETILICO) 40%
2. Descrição	Alcool etílico 40% em solução aquosa.
3. Composição	Alcool etílico 40% em solução aquosa.
4. Indicações de Uso	Desinfecção de superfícies e mãos.
5. Modo de Emprego	Aplicar sobre a superfície a ser desinfetada.
6. Precauções	Evitar contato com os olhos e a pele.
7. Informações Adicionais	Produto de uso comum.
8. Contato	Informações de contato.
9. Observações	Produto de uso comum.
10. Anexos	Informações de contato.

Meliseptol® Foam pure

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Em superfícies que não estejam visivelmente sujas, pode limpá-las e desinfetá-las num único passo.
No caso dos equipamentos estarem visivelmente contaminados, o procedimento deve ser realizado em dois passos:
a) Remover a matéria orgânica lavando com um toalhete embebido em Meliseptol® Foam Pure .
b) Desinfetar em seguida com um segundo toalhete embebido em Meliseptol® Foam Pure .

Mikrobac® Tissues

Indicações de uso

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Indicações de uso

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

Desinfetante de amplo espectro - espuma e gel

[illegible]

Fichas técnicas dos produtos

Unide
desinfetante

MULTI SP DETERGENTE MULTISUPER COM PERFUME

APRESENTAÇÃO

Compostos multiativos muito eficazes contra fungos e vírus. Pode ser usado em ambientes onde há presença de vírus ou bactérias onde há presença de vírus ou bactérias.

MODOS DE UTILIZAÇÃO

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral. Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral. Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

DADOS TÉCNICOS

Apresentação: 1 litro, 500 ml, 1000 ml
Código: 10000000000000000000

INDICAÇÕES DE USO: COMBATE DE INFECÇÃO

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral. Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

Utilizar em superfícies sólidas, paredes, pisos, tetos, paredes, portas, vidros, metais, etc. em geral.

SUPERFÍCIES

Imponcânica

ipoclor
Produtos de limpeza
com base peróxido de hidrogênio

IPOLCLOR é um potente desinfetante eficaz contra bactérias, vírus, micoplasmas, fungos, etc. É um produto muito eficaz contra vírus que se espalha no ar, como o vírus da gripe, a sarampo, etc.

É prático usar este produto IPOLCLOR em qualquer lugar, inclusive no meio ambiente.

Quando adicionado à água, IpoClor destrói rapidamente todos os vírus que se encontram no ar, inclusive os vírus da gripe, da sarampo, etc. É prático usar este produto IPOLCLOR em qualquer lugar, inclusive no meio ambiente.

Quando adicionado à água, IpoClor destrói rapidamente todos os vírus que se encontram no ar, inclusive os vírus da gripe, da sarampo, etc. É prático usar este produto IPOLCLOR em qualquer lugar, inclusive no meio ambiente.

Quando adicionado à água, IpoClor destrói rapidamente todos os vírus que se encontram no ar, inclusive os vírus da gripe, da sarampo, etc. É prático usar este produto IPOLCLOR em qualquer lugar, inclusive no meio ambiente.

Quando adicionado à água, IpoClor destrói rapidamente todos os vírus que se encontram no ar, inclusive os vírus da gripe, da sarampo, etc. É prático usar este produto IPOLCLOR em qualquer lugar, inclusive no meio ambiente.

Quando adicionado à água, IpoClor destrói rapidamente todos os vírus que se encontram no ar, inclusive os vírus da gripe, da sarampo, etc. É prático usar este produto IPOLCLOR em qualquer lugar, inclusive no meio ambiente.

Quando adicionado à água, IpoClor destrói rapidamente todos os vírus que se encontram no ar, inclusive os vírus da gripe, da sarampo, etc. É prático usar este produto IPOLCLOR em qualquer lugar, inclusive no meio ambiente.

Quando adicionado à água, IpoClor destrói rapidamente todos os vírus que se encontram no ar, inclusive os vírus da gripe, da sarampo, etc. É prático usar este produto IPOLCLOR em qualquer lugar, inclusive no meio ambiente.

Quando adicionado à água, IpoClor destrói rapidamente todos os vírus que se encontram no ar, inclusive os vírus da gripe, da sarampo, etc. É prático usar este produto IPOLCLOR em qualquer lugar, inclusive no meio ambiente.

Quando adicionado à água, IpoClor destrói rapidamente todos os vírus que se encontram no ar, inclusive os vírus da gripe, da sarampo, etc. É prático usar este produto IPOLCLOR em qualquer lugar, inclusive no meio ambiente.

Quando adicionado à água, IpoClor destrói rapidamente todos os vírus que se encontram no ar, inclusive os vírus da gripe, da sarampo, etc. É prático usar este produto IPOLCLOR em qualquer lugar, inclusive no meio ambiente.

Quando adicionado à água, IpoClor destrói rapidamente todos os vírus que se encontram no ar, inclusive os vírus da gripe, da sarampo, etc. É prático usar este produto IPOL

Conclusão

As PBCI tem como objetivo a garantia da segurança dos doentes em locais onde são prestados cuidados de saúde.

Estas são um dever ético, profissional e deontológico dos profissionais e prestadores de cuidados de saúde.

Os profissionais tem de ter em mente que não existem doentes de risco mas sim procedimentos de risco e que quando se facilita na prevenção estamos a colocar em risco não só o doente que já esta vulnerável mas também os colegas, visitantes e restantes doentes.

É necessário ter em consideração que as implicações e consequências da nossa não adesão a estas medidas tem efeito nefasto por vezes muito grave no prognóstico e evolução das situações clínicas.

Ao aderirmos a estas medidas protegemos os elos envolvidos, garantimos cuidados seguros e melhoramos a prática clínica.

Referências bibliográficas

Despacho n.º 15423/2013 do Ministério da Saúde. (2013). Diário da República: II série n.º 229 (34563-34565) – (revogado). <https://files.dre.pt/2s/2013/11/229000000/3456334565.pdf>

Duarte, A., & Martins, O., (2019). *Controlo da Infecção Hospitalar*. 1ª Edição. Lidel.

Norma n.º 029/2012 de 29 de dezembro (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (1-23). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>

Norma n.º 007/2019 de 16 de outubro (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (1-46). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Material das aulas de Controlo de infeção do MPSC do prof Ricardo Melo(2020-2021).

Material na intranet do PPCIRA do HSEIT.



obrigada!

APÊNDICE V TRAUMA

Abordagem da Vítima de trauma



Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica

2º Ano – 3º Semestre

Abordagem da Vítima de Trauma

SERVIÇO DE URGÊNCIA

Estudante: Natália de Lurdes Rodrigues Mendonça (nº 3660)

Orientadora: Professora Adjunta Sónia Alexandra de Lemos Novais

janeiro e fevereiro de 2022

Fundamentação teórica

Segundo Meira, (2012) a abordagem à vítima é um dos aspetos fundamentais em qualquer emergência devido aos desafios que implica. Esta abordagem implica um conjunto de procedimentos que devem ser adotados e realizados de forma organizada e sistematizada, com o objetivo de avaliar e não agravar as lesões que a vítima já apresenta.

O trauma pode causar lesões não visíveis e o não reconhecimento deste tipo de lesões pode agravar o prognóstico da pessoa em causa.

A abordagem da vítima deve ser sempre realizada pela metodologia **ABCDE**, contudo no caso da vítima de trauma os profissionais de saúde devem estar atentos aos mecanismos de lesão e tipos de lesão que podem indiciar tipos de lesões invisíveis.

A metodologia ABCDE significa: **A. Airway:** Permeabilização da Via Aérea com controlo da coluna Cervical; **B. Breathing:** Ventilação e Oxigenação; **C. Circulation:** Assegurar a Circulação com controlo da Hemorragia ;**D. Disability:** Disfunção Neurológica; **E. Expose/Environment:** Exposição com controlo de Temperatura (Manual TAT 2012).

Este sistema de abordagem implica que só se avança para o sistema seguinte quando resolvemos o anterior, ou seja, não tem qualquer benefício nem vantagem avançar para a letra C se não consigo ventilar e oxigenar a vítima. A única exceção é a existência de uma hemorragia maciça que tem de ser controlada previamente, pois caso contrário a vítima esvai-se em sangue e depois não teremos como reverter o processo.

Relativamente às vítimas de trauma deve ser tido em conta o mecanismo de lesão e o tipo de trauma, uma vez que isso nos fornece informações de extrema importância. Assim podemos deparar-nos com traumas fechados ou penetrantes. Na Europa os acidentes de viação representam 55% dos casos de trauma, seguidos das quedas 15% (apontamentos do curso internacional trauma life support [ITLS] 2021)

No trauma fechado há das forças envolvidas no impacto, compressão e estiramento causando lesões a nível de vísceras e tecidos moles, devido às forças de aceleração e desaceleração e à opressão que ocorre sobre as estruturas.

No trauma penetrante ocorre entrada nos tecidos e pode ser causado por objetos empalados, armas de fogo ou armas brancas. A gravidade destas lesões depende da energia transferida no momento do impacto e do local da lesão, ocorrendo destruição dos tecidos, depositando material externo na ferida, e estão diretamente relacionadas com a energia cinética, em que quanto maior a velocidade mais grave a lesão (apontamentos do curso ITLS 2020).

As lesões nestas vítimas podem ser antecipadas quando o profissional de saúde tem conhecimentos sobre a cinemática da lesão, devendo estar atento aos impactos frontais, traseiros, capotamentos, laterais, remoção de capacetes, altura das quedas, tipo de queda e trajetos de laminas e projeteis (Manual TAS 2012).

Como profissionais de saúde temos de ser capazes de recolher dados em simultâneo enquanto realizamos a abordagem da vítima seguindo a metodologia ABCDE, algo que se consegue com treino e com a prática.

De acordo com a informação do Manual do INEM (2012), a abordagem da vítima realizada de acordo com a metodologia ABCDE tem de ter em conta:

A – Airway - permeabilização da via aérea, tendo em conta que a vítima fala está consciente e respira. Avaliar se apresenta algum objeto na boca, a queda e/ou edema da língua, lesões sangrantes e a remoção de próteses dentárias. Simultaneamente deve ser avaliado o pescoço quanto a hematomas, lesões penetrantes, ingurgitamento das jugulares. Neste passo é importante ter em atenção quanto à existência de ruídos aquando da respiração, gorgolejo, estridor, utilização dos músculos acessórios, pois revelam uma possível obstrução da via aérea (OVA) que é considerada uma emergência e pode ser parcial ou total.

B – Breathing – oxigenação e ventilação, avaliando a existência de dificuldade respiratória através de sinais e sintomas como sudorese, cianose, respiração abdominal, utilização dos músculos acessórios que levarão à exaustão da vítima, tiragem, adejo nasal, sons respiratórios, através da auscultação e muitas vezes de fácil deteção por exemplo respiração com sibilos, estridor, que indicam a necessidade de aporte de O₂, palpando para detetar instabilidade ou assimetria torácica. Neste passo deve ser avaliada a frequência respiratória quanto às suas características e a Saturação de O₂ (SaO₂%), que para um DPOC é aceitável entre 88%92%, para uma grávida superior ou igual a 97% e para uma vítima sem antecedentes superior a 94%. Nesta fase é importante garantir a oxigenação devendo o O₂ estar disponível.

C – Circulation – assegurar a circulação com controle de hemorragia, permitindo avaliar o estado de perfusão da mesma. Neste passo avalia-se o pulso quanto às suas características, a coloração da pele e temperatura da mesma e o tempo de preenchimento capilar (TPC), que deverá ser inferior a 2 segundos. Necessário ter atenção à presença de hematómeses, epistaxes, feridas ou outro tipo de perda de sangue. Neste momento avalia-se a pressão arterial e a frequência cardíaca. Em vítimas críticas estas ficam monitorizadas continuamente com registo de parâmetros vitais de 15 em 15 minutos ou personalizando o monitor. Deve ser assegurado o acesso venoso e a reposição de fluidos. Na vítima crítica é necessário ter noção do débito urinário, podendo ser colocado um cateter vesical e contabilizado o débito.

D – Disability – disfunção neurológica, onde deve ser avaliado o estado de consciência da vítima através da Escala de Coma de Glasgow (GCS), glicémia, pois as hipoglicémias podem levar a alterações graves do estado de consciência, suspeita de AVC aplicar a escala de Cincinnati e registar as alterações detetadas e a avaliação pupilar descrevendo as características das pupilas quanto a tamanho, foto reatividade e simetria, anormalidades são indicativo de problemas graves, por exemplo edemas cerebrais, entre outros.

E – Expose – exposição com controle da temperatura, este passo aplica-se a vítimas de trauma, agressão, ou que no caso do HH fiquem em SO. É de extrema importância que ao remover a roupa se salogue a privacidade e dignidade da vítima e se garanta a manutenção da normotermia (superior a 36°), podendo ser necessário aquecer a vítima utilizar cobertores ou as mantas térmicas existentes no serviço. Neste passo é possível avaliar a presença de mais lesões que ficaram impossíveis de detectar caso não se realizasse esta avaliação. É muito importante estar atento a determinadas situações que surgem na triagem (suspeita de agressão) pois este passo permitirá ajudar na avaliação, sempre com consentimento do doente (INEM, 2012).

Os profissionais ao praticarem utilizando esta metodologia sistematizada desenvolvem competências de avaliação rápida e organizada. É necessário que se melhore o cuidado ao doente alcançando a melhoria clínica e a prestação de cuidados de excelência. Ter destreza e habilidade prática é essencial aos profissionais de um SU mas não podem esquecer o lado humano dos cuidados prestados.

Este documento surge após revisão de literatura e discussão entre pares com o objetivo de criar um lembrete disponível em locais chave no serviço que orienta os mais jovens na abordagem à vítima e na organização dos registos no processo clínico, seguindo uma metodologia de forma a uniformizar procedimentos e atuação dos profissionais.

	AVALIAÇÃO	INTERVENÇÃO
A 	Via aérea permeável (FALA); Alinhamento eixo nariz-umbigo-pés; Secreções ou lesões; Edema ou próteses dentárias soltas	Abrir e verificar; Aspirar se necessário Adjuvantes da via aérea Vítimas de TCE – colocar O2
B 	Características da respiração Cianose Assimetria torácica ou uso de músculos acessórios	Sat O2% e FR ✓ DPOC – 88% - 92%; Vítima - >=94%; Grávida >=97% Não administrar O2 em intoxicações por PARAQUAT; Ventilação assistida: se 8 cr/min < FR > 35 cr/min, ou com dispositivos de proteção da via aérea, realizar 1 insuflação a cada 6 segundos no adulto (10 ventilações por minuto). Na Pediatria efetuar 1 insuflação a cada 3 segundos (20 ventilações por minuto)
C 	Presença de hemorragias Características da pele, hematomas, fraturas de ossos longos	Atenção aos sinais de choque!!!! Controle de hemorragia TA, FC, TPC Acesso venoso, cateter vesical Administração de fluidos, Exames complementares de diagnóstico
D 	Avaliação do estado neurológico	Escala de Coma de Glasgow (GCS); Glicemia Avaliação pupilar Escala de Cincinnati (AVC)
E 	Exposição corporal	Avaliação de lesões – cabeça aos pés e dorso

Bibliografia

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Abordagem à Vítima*.

<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Abordagem-%C3%A0-V%C3%ADtima.pdf>

Apontamentos do curso de ITLS realizado em 2021 na ESSNCVP

APÊNDICE VI PPCIRA

Infogramas da Higiene das Mãos e Fluxograma do PPCIRA



05 MAIO
Dia Mundial de
Higienização das Mãos
Salve vidas: higienize as mãos.

HIGIENE DAS MÃOS - HM

JÁ LAVASTE AS MÃOS HOJE???

Passos para uma correta higienização das mãos

- 1º
- 2º
- 3º
- 4º
- 5º
- 6º
- 7º
- 8º
- 9º
- 10º

20 seg.

VANTAGENS

- Menor risco de transmissão de infecções
- Menor custos económicos
- Maior Segurança para doentes e profissionais

SABIA QUE?

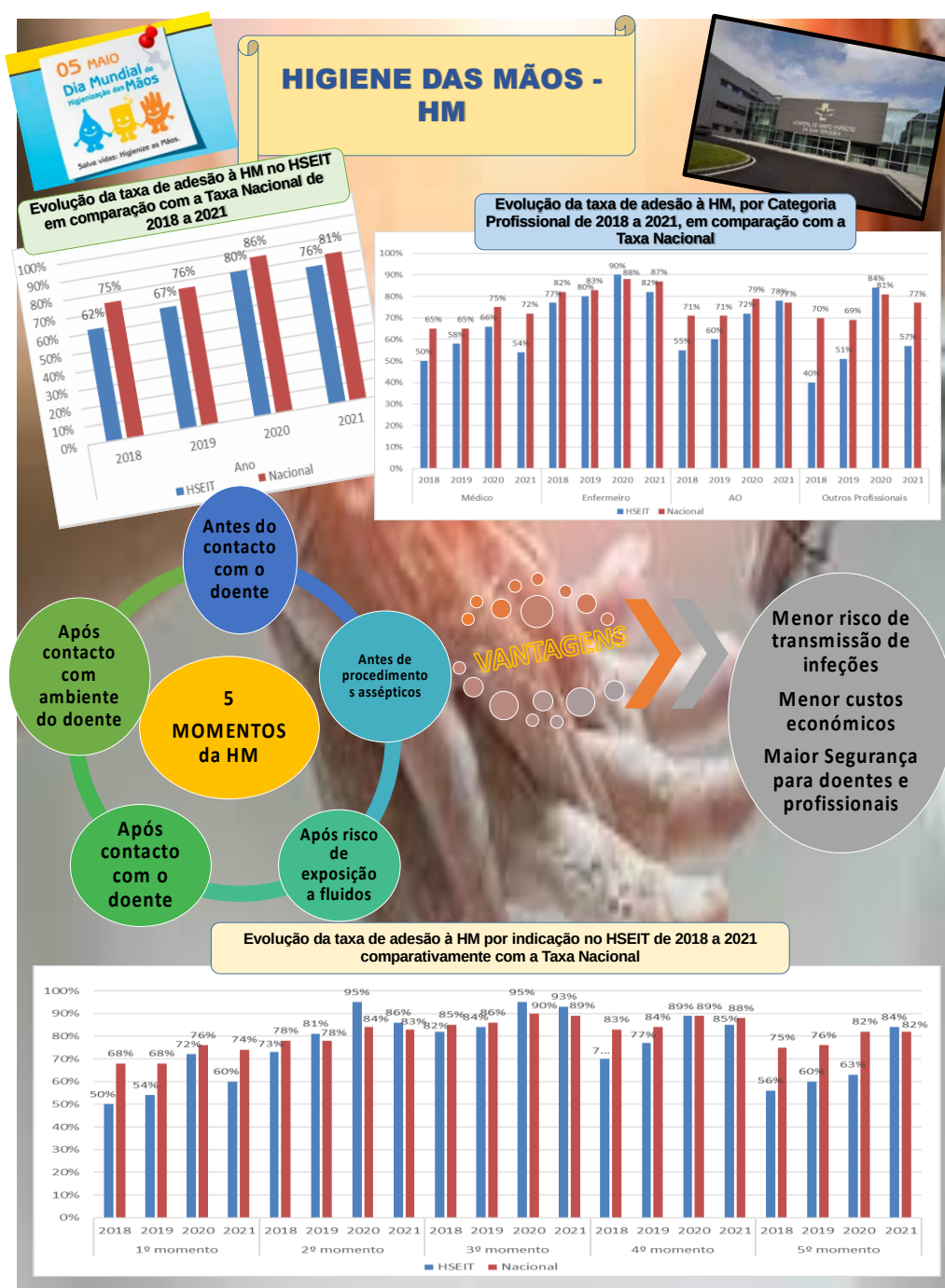
- Apenas 5 em 100 pessoas lavam bem as mãos.
- Quase metade das mortes de bebés recém-nascidos podem ser evitadas, se lavarmos as mãos várias vezes ao dia.
- 80 em cada 100 doenças transmissíveis são provocadas pelo toque das mãos.
- Lavar as mãos pode reduzir até metade das mortes por diarreia. Imagine quantos microrganismos se juntam nas mãos de quem não as lava!
- Lavar as mãos é um dos principais atos para combater as epidemias e pandemias.

Higienização das Mãos

Água e sabão 20 seg.

Solução Alcoólica 20 seg.





APÊNDICE VII – PROJETO

Projeto de Implementação



1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica 2.º Ano – 3.º
Semestre**

Projeto de IMPLEMENTAÇÃO na Unidade de Saúde

Integrado no Relatório de Estágio realizado no GCL PPCIRA

Aluna:Natália de Lurdes Rodrigues Mendonça – 3660

Abril 2022

Índice

Siglas e abreviaturas.....	1
INTRODUÇÃO	3
1. Grupo de Cordenção Nacional do PPCIRA.....	5
Grupo Coordenador Local (GCL) do PPCIRA da USIFI.....	6
Projeto de IMPLEMENTAÇÃO USIFlores	7
Preparação da unidade	9
Avaliação Básica	9
Implementação	10
Auditorias	12
Desenvolvimento do plano de ação e revisão de medidas.....	12
Cronograma de atuação.....	13
Recomendações de Boas Práticas – catéteres vasculares e vesicais	13
Conclusão	15
Referências bibliográficas	16
ANEXOS	17
Anexo 1 - PBCI	18
Anexo 2 - 5 Momentos da Higiene das Mãos	19
Anexo 3 - Cartazes da Higiene das mãos.....	20
Anexo 4 - Cartaz de divulgação visitantes.....	21

Índice de figuras

Figura 1- Componentes chave-OMS 2006.....	8
Figura 2- Fases de implementação (DGS 2006).....	9
Figura 3 PBCI http://controloinfeccao.blogspot.com/2016/05/precaucoes-basicas-de-controlo-de.html)	18
Figura 4 Lavagem das mãos	20
Figura 5 Fricção com SABA.....	20
Figura 6 Retirado do Manual de Boas Práticas ao serviço do Utente Centro Hospitalar do Tâmega Sousa	22

Siglas e abreviaturas

DGS – Direção Geral da Saúde

EPI – Equipamento de proteção individual

HM – Higiene das Mãos

HSEIT – Hospital de Santo Espírito da ilha Terceira

IACS – Infecções associadas aos Cuidados de Saúde

ITUCV – infeção do trato urinário associada ao catéter vesical

GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controle de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBCI – Precauções Básicas de Controle de Infecção

SABA – Solução Antiséptica de base alcoólica

SAP/SUB – Serviço de atendimento permanente/Serviço de Urgência Básica

RAA – Região Autónoma dos Açores

RAM – Resistências antimicrobianas

USIFl – Unidade de Saúde da ilha das Flores

INTRODUÇÃO

São diversos os modelos teóricos de enfermagem que tem evoluído ao longo dos tempos. A enfermagem é uma ciência em constante construção centrada na prática baseada na melhor evidência. Isto exige que os profissionais da atualidade e do futuro tenham e desenvolvam modelos na sua prática fundamentados (Neves, 2006).

De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (2015), a Enfermagem tem como compromisso assegurar os cuidados à pessoa humana com igualdade, liberdade e dignidade, sem fazer juízos de valor e salvaguardando os direitos sem discriminar.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), na pessoa de Ghebreyesus, (2020) afirma que “os enfermeiros são a espinha dorsal de todo o sistema de saúde: em 2020 convidamos todos os países a investirem em enfermeiros e parteiras como parte do seu compromisso com a saúde para todos...” (Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Com as alterações dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros surgem as competências comuns e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica em diversas áreas uma das quais à pessoa em situação crítica, visando consolidar e uniformizar procedimentos tornando-os mais claros (Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro, 2019).

Atualmente, os cuidados de saúde assumem maior exigência técnico-científica centrados numa realidade abrangente de profissionais de saúde, onde os doentes esperam ver estas competências demonstradas, desta forma o enfermeiro especialista tem de possuir um vasto leque de conhecimentos, capacidades e habilidades, sendo capaz de atuar em diferentes contextos e realidades mobilizando as suas competências (Regulamento n.º 429/2018, 16 de julho, 2018).

De acordo com o descrito no Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, (p. 4745), fazem parte das competências comuns do enfermeiro especialista a “*Responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais*”, pelo que este profissional deve ter consciência das implicações das suas tomadas de decisão, sempre baseadas no conhecimento fundamentado.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica definidas no Regulamento n.º 429/2018, artigo 3º são “*Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica*

e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p.19359)

Perante estas exigências e perante o necessário reconhecimento entre os pares enquanto enfermeira especialista é fundamental um permanente investimento profissional por forma a aprimorar *skills* que permitam desenvolver e adquirir as competências definidas. Assim, enquanto profissional de saúde durante este percurso de aprendizagem cresci e adquiri conhecimentos que me permitem tomar decisões e liderar este processo de melhoria dos cuidados, baseando e justificando a mesma com a melhor evidência possível. Todo este percurso permitiu-me igualmente desenvolver a capacidade de me ajustar às condições e contextos e isso foi um dos grandes desafios durante estes momentos de aprendizagem, uma vez que trabalho no contexto de cuidados de saúde primários, onde dispomos de internamento e serviço de urgência básico (SAP/SUB). Este contexto tem tanto de simples como de complexo. A particularidade de ser uma ilha sem hospital e sem nenhuma outra unidade de saúde, situada num extremo do arquipélago, torna que a necessidade de assistência mais diferenciada, dependa da ativação da unidade de evacuações aérea disponível no terreno apenas ao fim de 4 horas.

Desenvolver conhecimentos e competências diferenciadas, adquirir *know how* atualizado e destreza para realização de procedimento fundamentados na melhor evidência possível são sem dúvida uma mais valia. E neste espaço temporal de 4 horas, há que assegurar cuidados seguros e de qualidade, no que diz respeito à estabilização e monitorização do doente, gerindo os escassos recursos existentes. Há que estabilizar o doente que pode estar em qualquer fase de vida e onde os profissionais somos apenas os existentes naquela instituição. Saliento que o uso da telemedicina desde há muitos anos é um complemento à prestação de cuidados na nossa ilha em qualquer tipo de situações.

Este projeto surge durante a realização do estágio clínico no Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controle de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), no Hospital de Santo Espírito EPE – (HSEIT EPE), na ilha Terceira, em colaboração com a orientação da Enfª Marcia Agostinho. Este momento de aprendizagem propiciou que de futuro estejam estabelecidos canais de comunicação entre os diferentes GCL’S da região autónoma dos Açores (RAA).

Acreditando que o investimento na minha formação profissional deverá transformar-se numa mais valia para o contexto de prática clínica onde desempenho a minha atividade profissional, tenho como **objetivo geral** melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados na Unidade de Saúde de Ilha das Flores (USIFl) através da (re)ativação do Grupo de Cordenação Local a Comissão de Controle de Infecção (CCI).

A necessidade de optar pelos programas/ monitorizações existentes no domínio do controlo da infeção que melhor se adequam à remota realidade da USIFl, ao seu contexto e aos recursos

humanos existentes, torna-se essencial definir os **objetivos específicos**, a serem implementados durante este processo:

1. Implementar a Campanha da Estratégia Multimodal das PBCI;
2. Implementar os procedimentos das IACS mais frequentes, nomeadamente, recomendações de boas práticas para a colocação e manutenção de cateteres vasculares e de cateteres urinários.
3. Monitorizar os procedimentos de boas práticas.

Este projeto, uma vez aprovado pelo Conselho de Administração será para implementar em 4 anos.

1. Grupo de Cordenação Nacional do PPCIRA

Todos os indivíduos e profissionais são responsáveis pela redução do risco de infeção nos diversos contextos existentes. Isto implica a importância não só dos profissionais que prestam cuidados diretos aos doentes, mas também os líderes de topo, os equipamentos e produtos disponíveis e a sustentabilidade e aquisição de materiais bem como a estrutura física e organizacional.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2017), as Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são problemas a nível mundial e em crescimento sendo Portugal um dos países com taxas de IACS mais elevadas.

Face a esta problemática, a nível Nacional, é de modo a criar estruturas responsáveis pelos programas de controlo da infeção em Portugal, foi criado, em 2013, através do Despacho nº2902/2013 de 22 de fevereiro, onde se implementam os PPCIRA com as competências de desenvolvimento de estratégias de controlo de infeção e resistências aos antimicrobianos, promover mecanismos de notificações das IACS de acordo com sistemas de Vigilância epidemiológica, difundir estratégias multisectoriais quanto à prevenção e controlo e às resistências aos antimicrobianos.

Em 2013, O PPCIRA torna-se um programa prioritário que tem como objetivos a redução da taxa de IACS, promoção correta do uso de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com RAM (Despacho nº 15423/2013, 26 de novembro, p. 34563). É ainda neste despacho de 2013 que se encontram estabelecidos e determinados os requisitos legais para cada Grupo de coordenação local.

Considerando que a segurança do doente constitui uma dimensão de enorme importância e que todas as instituições de saúde são promotoras desta devem ser facultados cuidados de qualidade e melhoria da prática clínica (Despacho nº 9390/2021, 24 de setembro, p.96)

A implementação de estratégias de controle de infecção são uma exigência a nível internacional e mundial, pelo que neste contexto após ativação do GCL-PPCIRA competirá a promoção e correção de práticas na prevenção e controle de infecção como a higiene das mãos o uso das luvas e a importância da higienização, bem como nas restantes precauções básicas de controle de infecção (PBCI), diminuindo o risco de transmissão cruzada de infecção (Despacho nº 15423/2013, 26 de novembro, p. 34564).

Tendo em conta o contexto atual nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde pode ignorar o impacto destas IACS seja na instituição, seja nos utentes, profissionais ou comunidade. É necessário ter em consideração que estas IACS aumentam a morbilidade e mortalidade, aumentam o tempo de internamento bem como os custos associados. Estão ainda relacionadas com a segurança do doente aumentando as prescrições de antibióticos podendo ser um problema para o doente que poderá desenvolver resistências ou outros problemas de saúde, o que implica medidas de precaução adicionais, maior desgaste dos profissionais, mais custos com equipamento de proteção individual (EPI) bem como implicações físicas e emocionais para os doentes. (DGS, 2017).

Os líderes de topo devem ser capazes de influenciar e motivar os profissionais, estimulando a equipa e permitindo que a mesma se envolva, alcançando o sucesso quanto as medidas implementadas como resultado dos esforços diários e refletindo neste gestor líder o empenho da equipa num todo (Bunn et al., 2016).

Grupo Coordenador Local (GCL) do PPCIRA

Sendo o PPCIRA um programa prioritário orientado para o combate às IACS, e considerando que o objetivo mundial da segurança do doente tem muita relevância é importante aumentar a qualidade dos cuidados minimizando os riscos associados a estes. Tendo em conta os três vetores de intervenção principais e a minha realidade enquadram-se as PBCI e as vigilâncias epidemiológicas nomeadamente aos Cateteres intravasculares e vesicais. (Despacho nº3844-A/2016, 15 de março, p.9252-(2). Assim segundo o despacho acima referido será possível implementar o feixe de intervenções de prevenção da infecção urinária (ITUCV) de acordo com a norma 015/2015 da DGS e com o desenvolvido no decorrer do estágio, bem como a vigilância da infecção da corrente sanguínea relacionada com o cateter vascular, determinando recomendações de boas práticas e melhoria. Além disso aderindo e implementando a estratégia multimodal com a higiene das mãos e a utilização correta do uso das luvas iremos de encontro ao objetivo estratégico 5.3 do pilar das práticas seguras em ambientes seguros de acordo com o determinado no despacho nº 9390/2021, 24 de setembro.

Importa referir que isto será um trabalho multidisciplinar que deve ser visto como melhoria aos cuidados prestados, que implicará o esforço de todos promovendo a segurança dos cuidados e não

apenas de análise de dados após a avaliação dos diferentes profissionais da USIF, pelo que a sensibilização para isto será fundamental.

Os programas de prevenção e controle de infecção só são eficazes se incluírem atividades de vigilância, prevenção e formação. Isto implica que os profissionais sejam motivados e lhes sejam assegurados os recursos necessários, nomeadamente recursos humanos em número adequado ao contexto bem como alocação de horas para poderem desenvolver estratégias.

Sendo autorizado este projeto, esta reativação tem de ter em conta a necessidade de horas para os elementos que integrem esta equipa multidisciplinar de acordo com o estipulado em nº 15423/2013, (26 de novembro, p. 34564), nomeadamente incluindo médicos, enfermeiros, farmacêutica e a técnica de saúde ambiental, podendo envolver mais algum elemento chave.

Apesar de definido em despacho o número de horas para as atividades, considero que no nosso contexto devem ser inicialmente alocadas 7 horas semanais para atividade médica podendo ser divididas por diversos dias ou determinado um dia específico e a determinação de horas de enfermagem pois não justificará perante a carência de enfermeiros da nossa realidade a dedicação completa de um destes profissionais. Considero que isto será um ponto a determinar após a definição dos elementos envolvidos e com os mesmos. Para além disto deverão ser facilitadas horas aos restantes profissionais pois implicará reuniões para a ativação deste grupo e o início de funcionamento do mesmo, solicitando assim sensibilidade e organização aos líderes da USIF (Despacho nº 15423/2013, 26 de novembro, p. 34564).

Começando pela implementação da estratégia multimodal das PBCI, reforçada a sua importância pela DGS, esta descreve medidas de boas práticas que quando adotadas pelos profissionais na prestação de cuidados tem o objetivo e visam a redução do risco de infecção e transmissão cruzada, levando à melhoria dos cuidados de saúde e dos padrões de qualidade das instituições envolvidas. (DGS, 2017)

Projeto de IMPLEMENTAÇÃO

O plano nacional da segurança do doente tem como um dos seus objetivos estratégicos a implementação e melhoria das PBCI em que diversas instituições já são aderentes a nível nacional e a DGS fornece os materiais de implementação. A estratégia é composta por 3 módulos, higiene das mãos, auditoria de estruturas e processos das PBCI e uso das luvas nas unidades de saúde. O que proposto será o alcance destes módulos por fases, pois a implementação destas tem comprovado benefício para a melhoria dos cuidados e da prática dos diversos profissionais bem como para a cultura de segurança institucional.

Primeiramente preparamos a unidade para podermos avançar para a observação da higiene das mãos, posteriormente a auditoria de estrutura e processo às PBCI e por fim o uso de luvas. No site da DGS encontramos os materiais e os procedimentos de adesão à mesma que devem ser seguidos. Segundo a OMS (2006) esta estratégia envolve cinco componentes chave que devem ser desenvolvidos pelas unidades de cuidados de saúde:

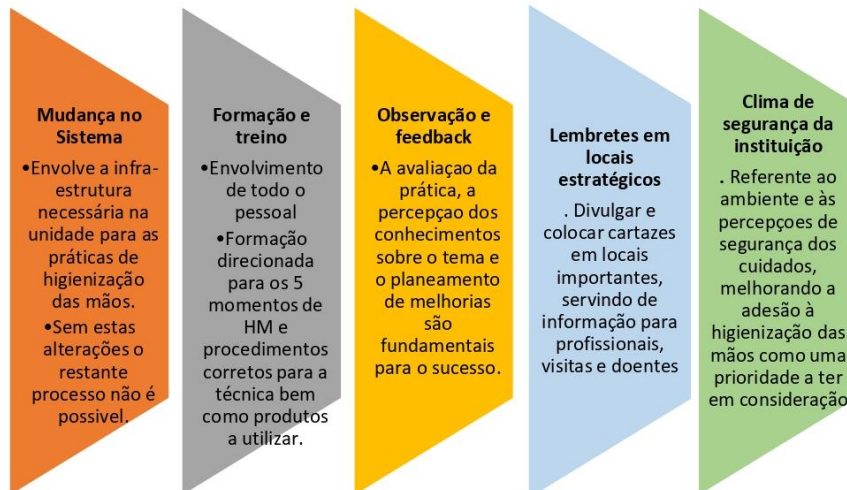


Figura 1- Componentes chave-OMS 2006

Tendo em conta que a realidade da unidade de Saúde é um nível local é necessário envolver elementos-chave, e por esses passam os órgãos de gestão, a direção clínica e de enfermagem e profissionais influentes que desde cedo se sintam envolvidos e motivem os colegas.

De forma a se conseguir implementar esta estratégia multimodal é necessário seguir os passos de orientação que são fundamentais e farão parte do cronograma de implementação. Em primeiro lugar é necessário efetuar uma avaliação e análise do contexto, verificar a sensibilidade para a mudança e estabelecer estratégias de mudança como a existência de Solução antisséptica de base alcoólica (SABA), existência de lavatórios, sabão e toalhetes descartáveis. Será necessário sensibilizar profissionais através de formação e treino, seguindo-se a informação de retorno dos resultados obtidos que se comprova em estudos anteriores que isto influencia a prestação dos colegas relembrando-os das medidas e voltando a sensibilizá-los. Implementando medidas de melhoria passamos pela existência de lembretes em locais estratégicos e a implementação de uma cultura de segurança, não punitiva com canais de comunicação dinâmicos e acessíveis. Permitir que os profissionais se envolvam nos projetos fará com que se sintam ativos no processo e válidos, tendo em consideração que todas estas medidas promovem a melhoria dos cuidados e visam os

cuidados de excelência. Não nos podemos esquecer de sensibilizar e ensinar também os utentes, doentes e visitas para estas medidas pois eles são parte ativa deste ciclo (OMS, 2006).

Os profissionais ao adquirirem *empowerment* são elementos fundamentais na implementação destas melhorias da prática clínicas. Assim, passamos às fases de implementação do mesmo na nossa realidade:



Figura 2- Fases de implementação (DGS 2006)

Preparação da unidade

É necessário planear e adequar medidas para a implementação destas medidas. Primeiro que tudo é preciso que a gestão de topo esteja envolvida na necessidade de adoptar esta estratégia tendo em vista o sucesso da mesma.

Efetuando o pedido de autorização de implementação para este projeto começamos por ser necessário nomear o coordenador da unidade bem como os elementos da equipa multidisciplinar de acordo com o determinado em despacho. Os elementos-chave envolvidos devem ser nomeados formalmente pois quanto mais motivados e sensibilizados para a temática mais se agrupam e mais sucesso tem a adesão à medida. O coordenador deve ser alguém com conhecimentos em PCBI e medidas de controle de infeção, um elemento dinâmico e ativo na comunidade laboral. O processo após devidamente formalizado deve ser divulgado dentro na unidade.

Nesta fase deve ser realizada a formação dos formadores e observadores e pode ser aplicado o questionário “Avaliação dos custos de aquisição de soluções antisépticas de base alcoólica (SABA), disponibilizado quando a Unidade se compromete à adesão. A análise destes dados permitirá realizar uma avaliação custo benefício e a demonstração de benefícios da prática e económicos permite a replicação do processo em outros sectores posteriormente. Prevê-se um tempo de preparação de 3 meses para esta fase.

Avaliação Básica

Nesta fase é realizada a colheita de informações através dos instrumentos disponibilizados pela DGS(microsite), de forma a realizar a reflexão sobre as práticas atuais da higiene das mãos e as alterações estruturais necessárias. Isto será um processo dinâmico com acompanhamento ao longo do processo todo.

Para além da aplicação dos questionários disponibilizados pela DGS também deve ser realizada a aquisição e monitorização do consumo do SABA. Os dados colhidos devem ser introduzidos e analisados na base de dados que poderá ser o excel, pelo que o serviço de informática também tem de estar sensível à colaboração com esta equipa.

Devem ser feitas observações iniciais que permitirão compreender os conhecimentos dos profissionais levando à atuação em virtude da melhoria dos mesmos com impacto direto na prática e melhoria dos cuidados e segurança dos mesmos. Estas observações devem ser vistas como uma melhoria para a adesão, uma vez que a higiene das mãos tem relação direta com as IACS e o objetivo é a redução destas e o aumento da cultura de segurança da instituição.

A duração desta fase tem a previsão cerca de 2,5 meses

Implementação

Para a implementação de alguma medida ocorrer é necessário que o sistema esteja sensibilizado e preparado para a adoção das medidas. (JBI, 2020)

O primeiro passo para implementar a campanha passa pela divulgação e disseminação da mesma. Em primeiro lugar devem ser dados a conhecer os dados recolhidos na etapa 2 pois isso ajudará a sensibilizar os profissionais, devendo ser elaborado um relatório e divulgado internamente a todos os profissionais da USIFl.

O passo seguinte é a colocação em locais estratégicos de diferentes materiais, lembretes, folhetos distribuídos aos doentes e visitantes sensibilizando-os, divulgação de informações chave através dos meios digitais da instituição, a colaboração interinstituições como os lares e a divulgação de vídeos na unidade nas salas de espera.

Deve ser disponibilizado em sítios estratégicos o SABA tendo em conta a estrutura física da unidade, o sabão nos wc e salas de trabalho de acordo com as indicações da avaliação realizada inicialmente para deteção e aquisição de material.

Tem de ser realizadas formações aos diferentes profissionais, com momentos de prática que dinamize e tenha um maior impacto, sensibilizando os mesmos. Todos os profissionais desde médicos, enfermeiros assistentes administrativos, assistentes operacionais e técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica devem ser envolvidos e devem participar na formação, adequando a estratégia multidisciplinar aos diferentes grupos.

Devem ser promovidos momentos de treino em grupos mais pequenos, organizados pelos elementos da equipa deste projeto. Uma das metodologias mais eficaz neste tipo de formação é o uso da luz UV. Poderemos arranjar uma junto com o serviço de saúde ambiental e realizar a cada um dos profissionais um momento de verificação antes e após higienização das mãos. Veremos que ficam surpresos com os resultados. É necessário que estas formações e momentos de treino

vao sendo realizados com alguma periodicidade pois aí relembramos a importância do comportamento e a adesão melhoria.

As formações terão como temas as PBCI, os 5 momentos da higiene das mãos, o uso correto de luvas e a limpeza das superfícies. A equipa deve junto com o núcleo de formação da USIFL elaborar um cronograma de datas e momentos destas formações bem como incluir elementos chave na realização das mesmas. Solicitar-se-à à gestão a organização de horário de forma a facilitar a participação de todos. Seguindo a linha de orientação da DGS (2017) as PBCI são dez padrões de qualidade, como se comprova na figura 3 em anexo. Desde 2014 que tem sido notório o cumprimento e melhoria nestes padrões necessários aquando da prestação de cuidados. No contexto atual foi dado um enorme enfoque na adequação das medidas de isolamento dos doentes, os momentos da higienização das mãos, figura 4 em anexo, o uso do EPI e a descontaminação de materiais e ambiente institucional (DGS, 2017).

Esta estratégia multimodal das PBCI assenta em conceitos que não são novos, mas exigem cumprimento das PCBI – Norma 029/2012 da DGS, a adesão à higiene das mãos – Norma 007/2019 da DGS e Norma 013/2014, atualizada em agosto de 2015 de Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde com observação desta prática, que serão documentos fundamentais a ter em conta neste projeto. Estas medidas não são novidade para os profissionais apesar de nunca efetivamente implementadas na USIFL. De acordo com as orientações nacionais e internacionais, existem ações simples e sem custos, como a higiene das mãos, que provaram ao longo dos tempos serem eficientes na redução das taxas das IACS, bem como o conhecimento que ao diminuirmos as infeções reduz-se o tempo de internamento, os custos associados aos doentes e tratamentos e as taxas de morbilidade e mortalidade, e ainda os custos sociais implicados neste processo todo. (Joint Comission, 2015)

Ainda nesta fase através da monitorização do uso de SABA, sabão e mais alguns produtos implementados e integrados na nossa realidade poderemos realizar a análise e comparar com a adesão aos comportamentos, correlacionando e implementando ou inovando medidas estratégicas que visem a melhoria.

Em anexo segue uma proposta de cartaz a divulgar na USIFL, (anexo 4).

O desenvolvimento desta etapa esta padronizado para cerca de 2,5 meses.

Auditorias

Nesta fase pretende-se avaliar o impacto a curto prazo das medidas implementadas, dando conhecimento dos resultados obtidos para os envolvidos no processo e planejar as novas medidas de melhoria.

Aplicam-se novamente os questionários anteriormente realizados nas fases 1 e 2, bem como as observações e analisam-se os dados concluindo se houve melhoria em relação aos dados anteriores. Esta reavaliação permitirá que os elementos da equipa e a gestão de topo da unidade verifiquem o sucesso da implementação da estratégia na sua entidade. Importa manter a monitorização do consumo de produtos para se comparar estes dados com as taxas de adesão aos comportamentos dos profissionais.

O que se pretende nesta fase é que o aumento do consumo de SABA, a melhoria nas estruturas físicas de higienização das mãos estando disponíveis e funcionais, bem como a melhoria da percepção e conhecimentos dos profissionais sobre a higiene das mãos. Analisando os dados e consoante as conclusões deve-se atuar de forma a melhorar a prestação de cuidados e aos comportamentos assertivos dos profissionais. A duração prevista desta fase é de 3 meses.

Desenvolvimento do plano de ação e revisão de medidas

Nesta fase faremos a análise minuciosa dos resultados, dados que permitirão a elaboração de um relatório de todo o processo decorrente e dado conhecimento do mesmo à gestão de topo. É necessário o envolvimento de todos para o sucesso da medida, ou seja, da mesma forma que são solicitadas mudanças é necessário que quem as possa facilitar esteja sensibilizado para a importância destas medidas. Deve ser sempre tido em conta a disponibilidade, custo, eficácia e tolerância dos produtos solicitados, as fichas técnicas dos mesmos. Ainda com o relatório conseguir-se-á demonstrar o custo benefício da adesão a medidas tão simples mas eficazes e que fazem a diferença no dia a dia de quem necessita de cuidados.

Podemos implementar de forma faseada na unidade ou de forma total, devendo isto ser discutido com a gestão de topo e a equipa multidisciplinar envolvida no projeto. Caso a decisão seja por fases, esta é a altura em que se elabora o plano de alargamento a outros setores. A formação de elementos, a envolvimento destes no projeto permitirá a revisão do material e adaptação ao nosso contexto. O plano de atuação deverá envolver mais formações periódicas de “reciclagem”, momentos de treino divididos por categorias profissionais, disponibilização de elementos para a implementação e realização destas medidas e estratégias. Prevê-se a duração de dois meses.

Cronograma de atuação

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12	Mês 13
Preparação da unidade													
Avaliação básica													
Implementação													
Auditoria													
Desenvolvimento do plano de ação e revisão de medidas													

O objetivo deste projeto é melhorar a prática clínica dos profissionais da instituição protegendo aqueles que são mais suscetíveis e melhorando a literacia dos nossos visitantes e profissionais sensibilizando para a importância de medidas tão simples, mas com enorme impacto na segurança dos cuidados. Perante isto temos de agir e preparar a nossa unidade de saúde para a implementação desta prática e a sua monitorização, permitindo a avaliação da prática dos nossos profissionais e dinamizando a cultura de segurança na nossa instituição.

A adesão a este programa é voluntária e devem ser implementadas estratégias de acordo com o definido pela OMS adaptadas à realidade do contexto. (DGS, 2014)

Recomendações de Boas Práticas – catéteres vasculares e vesicais

Após a implementação da estratégia multimodal que é a base para podermos melhorar os cuidados prestados o PPCIRA desenvolve vigilâncias epidemiológicas (VE) que são fundamentais na componente do plano de ação. A implementação de VE adequadas ao contexto da USIFL permitirá monitorizar indicadores que nos levarão à identificação de problemas delineando estratégias de solução e posteriormente a análise da eficácia e eficiência das mesmas. (<https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/vigilancia-epidemiologica.aspx>)

O objetivo neste ponto seria de elaboração de recomendações de boas práticas mirando a melhoria do desempenho dos profissionais da USIFL relativamente aos procedimentos de colocação e manutenção do cateter intravascular e do cateter vesical. Os cuidados de saúde são complexos e cada vez mais dinâmicos tornando-se grandes desafios para os profissionais. Aumentando as boas práticas iremos reduzir os eventos adversos que possam ocorrer em ambos estes procedimentos, que são os mais frequentes na USIFL. Estaríamos a implementar uma VE de estruturas e processos, não conseguimos implementar a VE relativamente a resultados devido à limitação laboratorial existente, onde por exemplo a análise de uroculturas não se realiza na ilha e tem uma demora de cerca de 15 dias até retornar o resultado à unidade. Existem limitações que neste momento não

são ultrapassáveis e nos limitam na ação, contudo se atuarmos a nível dos procedimentos já estaremos a melhorar os cuidados prestados.

O pretendido seria a elaboração de um documento fundamentado nos feixes de intervenção existentes mas direcionado aos procedimentos de algáliação e colocação de cateter venoso periférico.

Inicialmente seriam feitas observações e os dados analisados de forma a conhecer a dimensão do problema e lacunas existentes, devendo depois ser implementadas medidas de melhoria que passado 5 a 6 meses seriam auditadas novamente com os mesmos instrumentos. Apartir daqui poderíamos elaborar normas de procedimentos de boas práticas/instruções de trabalho que são inexistentes no nosso serviço.

Sem dúvida que isto é ambicioso e é um enorme desafio, contudo a aquisição e partilha de conhecimentos e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à nossa população largamente vulnerável terá um impacto positivo em todos os aspetos.

Para esta implementação temos de passar pelo planeamento, implementação, monitorização e avaliação tal como o projeto da estratégia multimodal que será o primeiro passo, contudo esta VE tem de ser adaptada ao nosso contexto e realidade e é isso que pretendemos com esta abordagem sistematizada e afunilada.

Ciente de que existem mais barreiras que factores facilitadores a esta implementação, sabendo que a nossa abordagem seria alternativa devido à particularidade do nosso contexto, acredito que devemos inovar e melhorar a práxis dos diferentes elementos, visando a segurança dos cuidados e uniformizando os mesmos de forma a reduzir os riscos e as infeções associadas aos cuidados de saúde indo de encontro aos objetivos desta implementação promovendo ações intra e interinstitucionais, motivando o GCL-PPCIRA, analisando os dados de forma a num futuro podermos comparar com outras unidades e começar projetos de futuro de melhoria continua. (<https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/vigilancia-epidemiologica/infecoes-nosocomiais-da-corrente-sanguinea.aspx>).

Conclusão

O desenvolvimento deste projeto com delineamento do planeamento tem em conta estratégias já implementadas e com sucesso a nível mundial (OMS, 2014).

É de extrema importância que os gestores e os envolvidos estejam sensibilizados para estas medidas de forma a implementar as boas práticas. É ainda uma mais valia capacitar os elementos envolvidos para a disseminação e divulgação dos resultados aos profissionais, comunicando de forma assertiva e sempre com vista à melhoria clínica e à prática segura. A realidade e o contexto têm de ser tidos em conta, pois, as medidas instaladas a nível hospitalar não resultarão neste contexto.

Tendo em consideração as competências do Enfermeiro especialista no Domínio da melhoria contínua este deve garantir um papel dinamizador e de suporte estratégico com a instituição desenvolvendo práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e ambiente seguro. (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4745).

Sendo o PPCIRA um dos programas com prioridade pela DGS e com o objetivo de diminuir as IACS visto como um indicador de qualidade dos serviços e tendo impacto direto na segurança dos doentes, estando neste processo de aprendizagem e aquisição de competências considero que poderei levar a cabo esta medida de melhoria. Tendo em consideração o trabalho multidisciplinar e a capacidade dos elementos juntos verificarem a existência de evidência para suportar as boas práticas, pois a mudança custa e deve ser sempre bem fundamentada, desde as normas como Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde Norma 007/2019 de 16 de outubro 2019, Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde Norma 013/14 atualizada a 07.08.2015, Despacho n.º 15423/2013, Despacho n.º 9390/2021 a informação da DGS e OMS, como materiais chave para o início desta implementação.

O enfermeiro especialista também tem competências no domínio da gestão de cuidados otimizando e articulando a sua equipa de forma a gerir os cuidados garantindo a qualidade dos cuidados e sendo capaz de adaptar-se ao contexto e é isso que me proponho, mostrando capacidade de liderança e trabalho de equipa. Para além disso considerando as competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais este processo permitiu o desenvolvimento de assertividade e autoconhecimento que permitirá fundamentar a minha prática clínica, sempre.

Perante esta adesão inicial informal após análise de todos os prós e contras pela parte da gestão e chefias da instituição, considero que devemos iniciar o processo de melhoria de cuidados mesmo de que forma inicial e informal com o contributo de todos, garantindo a segurança de cuidados e qualidade dos mesmos e é nisto que considero ser um elemento que pode fazer a diferença.

Referências bibliográficas

- Associação Nacional de Controlo de Infecção – ANCI. (2022). *Higiene das Mãos*. <https://www.anci.pt/higiene-das-maos>
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S., (2021). *Guia Prático para a segurança do doente*. 1ª Edição. Lidel.
- Bunn, F., & Fumagalli, L.A.W. (2016). *A importância do líder na organização: influenciando pessoas para o atingimento dos resultados*. *Rev. FAE, Curitiba*, v. 19, n. 2, p. 132-147., <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/173>
- Despacho n.º 15423/2013 do Ministério da Saúde. (2013). *Diário da República: II série* n.º 229 (34563-34565) – (revogado). <https://files.dre.pt/2s/2013/11/229000000/3456334565.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021) *Diário da República: II série* n.º 187 (96-103). <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Duarte, A., & Martins, O., (2019). *Controlo da Infecção Hospitalar*. 1ª Edição. Lidel.
- Norma n.º 007/2019 de 16 de outubro (2019). *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (1-46). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Norma n.º 013/2014 de 25 de agosto (2015). *Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde*. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (1-36). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/uso-e-gestao-de-luvas-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *O Ano da Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. *Diário da República II série*, n.º 135 (16-07-2018) (19359-19370). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II série*, n.º 26 (06-02-2019) (4744-4750). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- World Health Organization. (2021). *Infection prevention and control Guidance to action tools PERSONAL*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341107>

ANEXOS

Anexo 1 - PBCI



Figura 3 PBCI <http://controloinfeccao.blogspot.com/2016/05/precaucoes-basicas-de-controlo-de.html>

Anexo 2 - 5 Momentos da Higiene das Mãos

OS CINCO MOMENTOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



Figura 4 - Os 5 momentos da HM

Fonte: Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. - ANVISA 2008 - modificado

Anexo 3 - Cartazes da Higiene das mãos



Figura 4 Lavagem das mãos

Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?



Figura 5 Fricção com SABA

Anexo 4 - Cartaz de divulgação visitantes

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



Alerta importante!

Apenas 5 em 100 pessoas lavam bem as mãos.

Quase metade das mortes de bebés recém-nascidos podem ser evitadas, se lavarmos as mãos várias vezes ao dia.

80 em cada 100 doenças transmissíveis são provocadas pelo toque das mãos.

Lavar as mãos pode reduzir até metade das mortes por diarreia. Imagine quantos microrganismos se juntam nas mãos de quem não as lava!

Lavar as mãos é um dos principais atos para combater as epidemias e pandemias.

Figura 6 Retirado do Manual de Boas Práticas ao serviço do Utente Centro Hospitalar do Tâmega Sousa

Se estiver doente não visite pessoas vulneráveis

Se visitar alguém no Hospital é muito importante que higienize as suas mãos

Proteja os doentes, os profissionais, a si mesmo e quem estiver à sua espera em casa!

Nunca toque nos equipamentos junto à unidade do doente, como soros, monitores

Utilize os produtos de higiene das mãos disponíveis no hospital SEM RECEIO!





5 MOMENTOS da HM

- Antes do contacto com o doente
- Antes de procedimentos asepticos
- Após risco de exposição a fluidos
- Após contacto com o doente
- Após contacto com ambiente do doente

Menor risco de transmissão de infeções

Menor custos económicos

Maior Segurança para doentes e profissionais

APÊNDICE VIII – OBJETIVOS DO ESTÁGIO

Objetivos e atividades delineadas



Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica

2º Ano – 3º Semestre

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE ESTÁGIO

SERVIÇO DE GCL-PPCIRA

Estudante: Natália de Lurdes Rodrigues Mendonça (nº 3660)

Orientadora: Professora Adjunta Sónia Alexandra de Lemos Novais

24 de março de 2022

INTRODUÇÃO

Este documento surge no âmbito do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na opção - área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica, tendo a finalidade de definir os objetivos específicos para este momento de estágio.

- Este segundo momento de estágio irá decorrer no Serviço Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controle de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), no Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira EPE – (HSEIT EPE), nos Açores, com início a 14 de março e término a 31 de maio de 2022.

As características desta campo de estágio permitirão a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, definidos no Regulamento n.º 429/2018, artigo 3º :

“a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

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

(Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018)

Este documento apresentará os objetivos gerais definidos no Guia de orientação de estágio e a descrição dos objetivos específicos e atividades propostas para os atingir.

1. OBJETIVOS/COMPETÊNCIAS

- ✓ Prestar cuidados à pessoa, família/pessoa significativa em situação urgente/emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- ✓ Demonstrar capacidade de tomada de decisão, em contexto de urgência/emergência, sobre os cuidados especializados à pessoa em situação crítica;
- ✓ Aplicar conhecimentos no processo de tomada de decisão na resolução de situações complexas, em contextos alargados e multidisciplinares, na área científica de enfermagem;
- ✓ Refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam do processo de tomada de decisão na área da enfermagem especializada;
- ✓ Conceber, formular e desenvolver um relatório de estágio que inclui a componente de investigação científica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica;
- ✓ Analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica;
- ✓ Disseminar os conhecimentos emergentes dos resultados da investigação em enfermagem;
- ✓ Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de forma autoorientada ou Autónoma

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

2.1 Integrar a equipa multidisciplinar e participar nas atividades delineadas por esta de forma ativa.

Atividades a desenvolver:

- ✓ Conhecer a dinâmica de organização e funcionamento do serviço e da equipa multidisciplinar.
- ✓ Realizar a visita guiada ao hospital e diversos serviços;
- ✓ Consultar as normas, protocolos e documentos de apoio da estrutura documental do GCL;
- ✓ Colaborar com a enfermeira tutora e com a equipa multidisciplinar na tomada de decisão para a resolução de situações complexas;
- ✓ Perceber o contributo de cada um dos membros da equipa do GCL;
- ✓ Demonstrar capacidade de trabalho em equipa multidisciplinar e interdisciplinar de forma eficaz e dinâmica, na equipa;

2.2. Desenvolver competências de diagnóstico de necessidades de intervenção, no domínio da prevenção e controlo de infeção, relacionadas com as IACS, PBCI'S e VE, de modo a planear ações de melhoria que assegurem a prática de cuidados ao doente crítico.

Atividades a desenvolver:

- ✓ Realizar pesquisa bibliográfica nas bases de dados do agregador de conteúdos Ebscohost e na literatura cinzenta sobre: prevenção e controlo de infeção e situações que surjam ao longo do estágio;
- ✓ Reconhecer a importância do controlo das IACS visando a melhoria dos cuidados de saúde:
 - Identificar as áreas problema das IACS dentro das especificidades deste contexto hospitalar;
 - Colaborar na elaboração da auditoria às ITU de acordo com a “bundle”;
 - Colaborar na análise de dados já recolhidos de acordo com o procedimento e auditoria aos cateteres Vasculares;
- ✓ Intervir com o GCL detetando necessidades ou por iniciativa do serviço ou da rede de serviços em matéria de prevenção e controlo de infeção e resistências aos antimicrobianos;
 - Sensibilizar os novos colaboradores para a importância da adoção das PBCI no seu dia a dia, através da realização de formação com a enfermeira tutora;
 - Participar com a enfermeira tutora na divulgação dos resultados das auditorias realizadas retribuindo informação aos serviços de forma a implementar medidas de melhoria da prática clínica;
 - Iniciar junto com a enfermeira tutora a auditoria à prática do uso das luvas no HSEIT;
- ✓ Identificar os sistemas informáticos e procedimentos adoptados pela enfermeira tutora nas Vigilâncias Epidemiológicas e atuar segundo estes padrões de qualidade;
- ✓ Construir um guia/ fluxograma, a ser distribuído pelos serviços, dos pontos essenciais do programa do controlo de infeção do HSEIT, com vista a contribuir para o *empowerment* dos profissionais de saúde;

2.3 Desenvolver competências de diagnóstico e aquisição de ferramentas para a realização de auditorias no domínio de prevenção e controlo de infeção, na área do doente crítico

Atividades a desenvolver:

- ✓ Realizar pesquisa bibliográfica nas bases de dados do agregador de conteúdos Ebscohost e na literatura cinzenta sobre: realização de ensinos, vigilância epidemiológica e auditorias
- ✓ Conhecer os protocolos, normas, condutas, e grelhas de auditoria do serviço;
- ✓ Participar ativamente na sensibilização para as boas práticas junto dos profissionais de saúde de forma a melhorar os cuidados prestados baseados na evidência;
- ✓ Realizar auditorias aos cuidados de saúde prestados, nomeadamente os 5 momentos da Higiene das mãos (HM), uso das luvas e colocação e remoção do EPI, após efetuar o curso de observador;
- ✓ Analisar os dados e definir as intervenções de melhoria dos cuidados que visem a redução das taxas de infeção, fomentando a sua implementação;
- ✓ Discutir com a enfermeira tutora estratégias de sensibilização eficazes;
- ✓ Adquirir ferramentas e sistemas de articulação entre entidades, capacitando-me para a liderança de projetos de melhoria da prática clínica, que me permitam implementar programas de vigilância epidemiológica de estrutura e de processo no meu contexto profissional.



Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica

2º Ano – 3º Semestre

OBJETIVOS ESPECIFICOS DE ESTÁGIO

SERVIÇO DE URGÊNCIA

Estudante: Natália de Lurdes Rodrigues Mendonça (nº 3660)

Orientadora: Professora Adjunta Sónia Alexandra de Lemos Novais

10 de janeiro de 2022

INTRODUÇÃO

Este documento surge no âmbito do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na opção - área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica, tendo a finalidade de definir os objetivos específicos para este momento de estágio.

O primeiro momento de estágio irá decorrer no Serviço de Urgência do Hospital da Horta EPE (HH EPE), na ilha do Faial, Açores, em contexto de prática clínica com início a 03 de janeiro e término a 11 de março de 2022.

As características desta campo de estágio permitirão a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, definidos no Regulamento n.º 429/2018, artigo 3º :

“a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

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

(Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018)

Este documento apresentará os objetivos gerais definidos no Guia de orientação de estágio e a descrição dos objetivos específicos e atividades propostas para os atingir.

1. OBJETIVOS/COMPETÊNCIAS

- ✓ Prestar cuidados à pessoa, família/pessoa significativa em situação urgente/emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- ✓ Demonstrar capacidade de tomada de decisão, em contexto de urgência/emergência, sobre os cuidados especializados à pessoa em situação crítica;
- ✓ Aplicar conhecimentos no processo de tomada de decisão na resolução de situações complexas, em contextos alargados e multidisciplinares, na área científica de enfermagem;
- ✓ Refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam do processo de tomada de decisão na área da enfermagem especializada;
- ✓ Conceber, formular e desenvolver um relatório de estágio que inclui a componente de investigação científica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica;
- ✓ Analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica;
- ✓ Disseminar os conhecimentos emergentes dos resultados da investigação em enfermagem;
- ✓ Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de forma autoorientada ou Autónoma

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

2.1 Conhecer a dinâmica de organização e funcionamento do serviço e da equipa multidisciplinar

Atividades a desenvolver:

- ✓ Realizar a visita guiada ao SU;
- ✓ Consultar as normas, protocolos e documentos de apoio à prestação de cuidados;
- ✓ Prestar cuidados aos doentes do SU, em regime de turnos;
- ✓ Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados ao doente crítico;
- ✓ Discriminar as funções do enfermeiro chefe, enfermeiro responsável de turno e enfermeiro especialista visando a melhoria da prática, gestão e organização dos recursos existentes no SU;

2.2 Reconhecer e cumprir com os princípios de triagem e atuação perante a ativação das vias verdes implementadas no serviço

Atividades a desenvolver:

- ✓ Assistir e colaborar com o enfermeiro tutor;
- ✓ Rever os procedimentos de atuação do Modelo Triagem de Manchester;
- ✓ Consultar as normas, protocolos e circulares implementadas sobre as Vias Verdes no SU;
- ✓ Desenvolver sentido crítico na elaboração do plano de cuidados, vigilância e monitorização dos doentes, adaptando à situação clínica;
- ✓ Reconhecer e cumprir os circuitos implementados no SU face a cada tipo de situação clínica a partir da triagem;
- ✓ Prestar e adequar a prestação de cuidados tendo em conta os critérios de qualidade e segurança preconizados, relativamente à preparação e administração de terapêutica garantindo o cumprimento dos protocolos instituídos e a tabela de incompatibilidades disponível no serviço;

2.3 Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais, gerindo prioridades, na prestação de cuidados de enfermagem especializados, ao doente crítico e respetiva família em situação urgente/emergente e antecipando a instabilidade e o risco de falência orgânica, no contexto de serviço de urgência

Atividades a desenvolver:

- ✓ Observar e colaborar com o enfermeiro tutor;
- ✓ Executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica;
- ✓ Definir as prioridades de atuação de acordo com a condição clínica dos doentes;
- ✓ Revisar os algoritmo de SBV, SAV;
- ✓ Revisar conhecimentos sobre a abordagem à vítima de trauma;
- ✓ Operar com o equipamento e com o material necessário para o procedimento da gasimetria e adquirir destreza manual na sua execução;
- ✓ Interpretar e demonstrar espírito crítico na análise dos resultados gasimétricos, analisando-os com o tutor e restantes elementos da equipa;

- ✓ Selecionar material para revisão da literatura sobre situações que surjam ao longo do estágio;
- ✓ Integrar a equipa de trabalho, atuando de forma dinâmica e eficaz;
- ✓ Demonstrar conhecimentos sobre estratégias de comunicação eficazes e terapêuticas, tanto com o doente como com a família, identificando a pessoa de referência face à atual situação pandémica (SARS-Cov 19)
- ✓ Detetar e resolver dentro das possibilidades as necessidades não só do doente, mas também da família;

2.4 Demonstrar competências técnicas, científicas e conhecimentos na área de controle de infeção na prestação de cuidados de enfermagem especializados, ao doente crítico e respetiva família em situação urgente/emergente e antecipando a instabilidade e o risco de falência orgânica, no contexto de serviço de urgência

Atividades a desenvolver:

- ✓ Observar e colaborar com o enfermeiro tutor;
- ✓ Atuar de acordo com protocolos de colheita assética para os procedimentos habituais, como Gasimetria e Hemoculturas;
- ✓ Escolher o EPI's de acordo com o implementado no serviço, tendo em conta o contexto pandemico atual e demonstrando sentido crítico perante as situações individuais;
- ✓ Validar os circuitos estabelecidos e medidas implementadas no serviço para a prevenção do risco de infeção;
- ✓ Redefinir o plano de cuidados, devidamente fundamentado diminuindo o risco para o doente em situação crítica;
- ✓ Apoiar a Comissão de Controle de Infeção diagnosticando necessidades no serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção;
- ✓ Avaliar os resultados e as situações vivenciadas com o tutor, sendo capaz de fundamentar com evidência as decisões tomadas;

2.5 – Diagnosticar necessidades do serviço

- ✓ Desenvolver um documento baseado em evidência científica que sistematize a informação para a passagem de turno no SU, aplicado fundamentalmente a

doentes em SO, pelo quadro de instabilidade clínica, necessidade de transmissão segura de informação clínica e continuidade de cuidados.

APÊNDICE IX – GUIÃO

Guião de entrevista semiestruturada

Guião de entrevista

Perante o cenário pandemico a nível mundial os serviços de saúde tiveram de se adaptar e reajustar as suas instalações de forma a garantir os cuidados e a proteger os seus profissionais.

1. É relevante para si que a sua equipa siga as orientações nacionais ou internacionais atualizadas sobre a proteção individual? Porquê?
2. As medidas exigidas foram adaptadas de forma prática à vossa realidade, tendo em conta a opinião/sugestões de elementos chave da equipa?
3. Foi garantido e considerado importante o acesso e conhecimento das guidelines mais atualizadas a todos os elementos da equipa, incluindo AO, AT, não só enfermeiros e médicos? Através de que meios/formas?
4. Tendo em conta o contexto e a multiplicidade de orientações que saem quase diariamente foi tido o cuidado de as apresentar de forma clara, sintetizada e compreendida e de acesso por todos?
5. Considera que as orientações sobre o EPI e a limpeza do serviço neste contexto pandemico aumentam a carga de trabalho e tornam mais demoradas as rotinas podendo dificultar a dinâmica do serviço? Que estratégias delineou e implementou para ultrapassar esta dificuldade?
6. Tendo em conta a infraestrutura do serviço estão delineados circuitos funcionais e salas de isolamento sem colocar em causa o atendimento diário? Há melhorias implementadas por sugestão dos profissionais?
7. Quanto à disponibilização de EPI este é de acesso aos profissionais em quantidades e tamanhos suficientes?
8. Foi realizado ou já pensou em realizar sessões de treino quanto ao uso adequado do EPI de forma a reduzir erros que podem levar a infeção cruzada ou do profissional? Ou considera que os elementos da sua equipa têm treino e conhecimento suficientes?
9. Qual a taxa de infeção por Sars-CoV2 na vossa equipa nos últimos dois anos?
10. Quanto às auditorias de higiene das mãos e uso adequado de luvas considera que a sua equipa tem uma boa taxa de adesão/sensibilização para a sua utilização e técnica correta?
11. Existem medidas de melhoria implementadas no serviço? Quais como?
12. Está comprovado que os gestores influenciam as suas equipas e podem levar a maior adesão de determinadas medidas. Estas temáticas são importantes para si e para a melhoria da prestação de cuidados na sua instituição/serviço?
13. Existem no serviço auditorias implementadas e monitorização das medidas de controle de infeção? Dê 2 exemplos.

APÊNDICE X – TABELA

Tabela de artigos incluídos

Título	Autor/Ano	Ano/ País	Objetivo	Tipo de estudo	Materiais e métodos	População/ Amostra	Resultados	Conclusões
Personal protective equipment use and COVID-19: a snapshot and recommendations from the frontline of a university teaching hospital	Key, T., Mathai, N., Wynter, A., S., Farnell, D., & Mohanty, K. (2020)	Cardiff, Wales, UK	Avaliar a implementação da equipa sobre as orientações do uso dos EPI, as percepções de EPI e as preocupações com o uso do EPI durante a abordagem de pessoas com COVID-19.	Não referido no estudo	Questionário online com 3 dimensões: 1) conhecimento sobre a utilização dos EPI; 2) percepção das medidas de EPI; 3) atitudes em relação aos EPI e à COVID-19.	Os critérios de inclusão foram todos os funcionários que trabalham em áreas hospitalares, clínicas, de enfermagem e outros profissionais de saúde (como fisioterapeutas, radiologistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, enfermeiros e auxiliares de saúde). 315 funcionários participaram do estudo: 110 médicos (34,9%), 114 enfermeiros (36,2%) e 91 outros profissionais de saúde (28,9%).	Conscientização sobre orientação para o uso dos EPI: Os resultados mostraram altos níveis de conhecimento sobre a utilização dos EPI entre os três grupos de funcionários relacionados ao conhecimento do COVID-19: familiaridade com as diretrizes de utilização dos EPI de saúde pública do governo, e conhecimento das diretrizes de uso dos EPI do centro de saúde. Os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os três grupos de participantes, onde os médicos tiveram classificações significativamente mais altas para todas as três questões relacionadas ao conhecimento do COVID-19 e conhecimento das diretrizes de utilização dos EPI em comparação com enfermeiros e outros profissionais de saúde. Percepção das medidas de EPI: Ao todo, 52,4% dos participantes responderam que concordam ou concordam fortemente que receberam os EPI adequados na sua área de atuação, de acordo com as diretrizes de utilização dos EPI. Da mesma forma, 55,2% dos afirmaram que concordam ou concordam fortemente que receberam treino formal na utilização dos EPI e 45,1% responderam que concordam ou concordam fortemente que se sentem bem apoiados pelo hospital com quaisquer necessidades relacionadas aos EPI. A equipa de enfermagem apresentou valores médios e medianos inferiores à ao valor intermédio de 3 para a questão relativa ao conhecimento das diretrizes de utilização dos EPI, embora no entanto não tenha sido significativo. Esse resultado indica que os enfermeiros continuam insatisfeitos com o nível do treino formal. Atitudes em relação aos EPI e à COVID-19: Os participantes demonstraram uma forte ética de trabalho com 67,9% dizendo que concordava ou concordava fortemente que ainda desejava trabalhar apesar da pandemia de COVID-19. Os participantes concordaram com a ética de trabalho, com 87,4% respondendo que concordavam ou concordavam fortemente que estavam preocupados em contrair o coronavírus, apesar de usar EPI e 81,8% dizendo que concordavam ou concordavam fortemente que estavam preocupados em transmitir a doença para sua família ao vir trabalhar.	São propostas 4 medidas para melhorar a utilização dos EPI e diminuir a ansiedade: 1) líderes para a utilização do PPE de departamento/da nomeada; 2) possibilidade de notificação anónima das preocupações com a utilização dos EPI; 3) sessões de educação sobre EPI e 4) sessões de aconselhamento para funcionários.

Título	Autor/Ano	País	Objetivo	Tipo de estudo	Materiais e métodos	População/ Amostra	Resultados	Conclusões
Healthcare workers' behaviors and their determinants during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study based on the theoretical domains framework in Wuhan, China	Yang, Q., Yang, Wang, X., Zhou, Q., Tan, L., Zhang, X., & Lai, X. (2020)	Wuhan, China	Explorar determinantes dos comportamentos de prevenção e controle de infecção de profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19, com base nos teóricos do Theoretical Domains Framework (TDF), que se mostrou eficaz para orientar a mudança de comportamento.	Estudo Transversal.	Questionário estruturado anônimo, com autoavaliação dos profissionais sobre comportamentos, medidas e características.	Profissionais de saúde de um hospital de Wuhan. Administradores e técnicos de medicina foram excluídos.	Dos 768 questionários válidos (99%), a adesão variou de 33,77 a 92,23%. A adesão ao uso de máscara e luva foi superior a 95%, enquanto o uso de óculos foi inferior a 50%. De fato, os profissionais de saúde asceraram e relataram melhoria de adesão às medidas de prevenção e controle de infecção durante a pandemia. A adesão baixa ao uso dos óculos deve-se susceptíveis a infecção pelas características da transmissão do vírus.	Materiais humanos, equipamento de proteção individual adequado, momentos de treino e formação, conhecimento teórico e prático, procedimentos e orientações são essenciais para a melhoria de comportamentos.
Personal Protective Equipment: Attitudes and Behaviors Among Nurses at a Single University Medical Center	Shive, S., Sharma, A.A., Lee, P.K. (2021)	California	Determinar como a Covid-19 afetou as percepções e comportamentos no uso de EPI.	Estudo Transversal	Questionário online anônimo, utilizando a ferramenta SurveyMonkey, aplicado entre 20 de março e 20 de junho 2021	311 Enfermeiros de um centro médico	93% considera o EPI mais importante após a pandemia versus 80% e dentes 80% assume usualo com mais frequência versus 54%. 46% assume que a pandemia teve um impacto importante na sua percepção da importância do EPI. Os resultados mostram que 73% higieniza com álcool antes de usar o EPI, 35% usa proteção facial/máscara com protetor ocular, 41% luva, 34% gorro e 75% proteção de sapatos. Dos entrevistados 23% assumiu ter sofrido um resguardo na face durante procedimentos onde não usaram proteção facial ou a combinação de máscara e proteção para os olhos.	São multifatoriais os fatores que levam à não adesão do EPI, como conhecimento insuficiente, falta de treino, acesso inadequado, a cultura da organização, desconforto associado ao uso de EPI. A pandemia teve um grande impacto na percepção da importância do EPI bem como na adesão ao seu uso, fatores como treino, formação, acesso garantido, EPI adequado, conscientização dos profissionais e promovem um clima de segurança e melhoraram a adesão.
Assessment of Health Workers' Knowledge, Beliefs, Attitudes, and Use of Personal Protective Equipment for Prevention of COVID-19 Infection in Low-Resource Settings	Alao, M.A., Duradola, A.O., Ibrahim, O.A., & Yusuf, O.A. 2020	Sudeste e noroeste da Nigéria	Avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre crenças, atitudes e comportamentos em relação ao uso de EPI para prevenir a infecção por SARS-CoV-2 num ambiente de recursos limitados	Estudo transversal aprovado pelo Comitê Institucional de Ética.	A seleção dos participantes foi realizada por meio de amostragem aleatória simples, usando um questionário autopsicável de 33 itens, baseado na web, por meio de uma rede de mídia social. Dados analisados usando o SPSS. Realizado antes da sua aplicação um estudo piloto para validação.	Participaram 290 indivíduos, dos quais 114 eram médicos (40,9%), 104 enfermeiros (36,2%), 52 estudantes de medicina e 20 estudantes de enfermagem.	279 (96,3%) dos entrevistados conheciam os EPIs, 102 (36,6%) sabiam usar corretamente e 22 (7,9%) conseguiram identificar a imagem corretamente. 101 (42,2%) dos profissionais de saúde tiveram treino em meses antes do surto da infecção por SARS-CoV-2. Notou-se que os sujeitos mais jovens (45 anos), tanto os enfermeiros (44,2%) quanto os estudantes de medicina (41,6%), tinham mais conhecimento sobre o EPI entre os vários profissionais de saúde em comparação com os médicos (36,9%) e estudantes de enfermagem (33,3%). Quanto ao conhecimento sobre a seleção e uso seguro das luvas, apenas 38/272 (14,0%) conhece a luva recomendada para EPI e a necessidade de desinfetar as mãos após o uso. Com relação à habilidade de EPI dos profissionais de saúde na prática 174 (62,5%) dos profissionais de saúde afirmaram que a taxa média 80/174 (46,0%) sabe selecionar corretamente o	Este estudo mostrou que o conhecimento, as atitudes e as crenças dos profissionais de saúde sobre EPI e suas habilidades em EPI na prática na Nigéria eram notavelmente pobres. Uma intervenção educacional de treinamento em todo o país sobre o uso de EPI para reduzir a disseminação da infecção por SARS-CoV-2 entre os profissionais de saúde.

Título	Auto/Año	País	Objetivo	Tipo de estudo	Material e métodos	População/ Amostra	Resultados	Conclusões
Assessment of perceived compliance and barriers to equipment use among healthcare workers during the COVID-19 pandemic's second wave surge: Walk to Talk' cross-sectional study	Bedran, E.F., Jarrah, S., Masadeh, R., Al-Sayid, R., Shihab, S., Alwahab, N., Al-Jabri, M., Bayan, A., Medi, T., & Hassan, S., 2021	Norte, centro e sul da Jordânia	Avaliar a conformidade e as barreiras percebidas pelos profissionais de saúde em relação ao EPI e examinar os fatores que afetam sua adesão e as barreiras.	Análise transversal	Método de amostragem não aleatória por conveniência para recrutar profissionais de saúde que atenderam aos seguintes critérios de inclusão e foram incluídos no estudo: profissionais de saúde com capacidade de ler, escrever e compreender inglês, ter acesso online ao material do estudo dando consentimento. O tamanho da amostra foi calculado usando o software Gpower (Heinrich Heine University, Dado colhido entre 28 de janeiro de 2021 e 28 de fevereiro de 2021, após obter a aprovação ética necessária. Os instrumentos utilizados foram adaptados do formulário de avaliação de conformidade de profissionais de saúde no contexto da COVID-19, outras perguntas foram adicionadas para fazer uma análise secundária. A validação foi feita a face foi usada por 5 especialistas para validar a validade e a confiabilidade dos dados básicos. A ferramenta foi lançada e concebida como uma pesquisa online autoaplicável em inglês. Dados analisados pelo SPSS.	Profissionais de saúde de emergência do hospital de emergência de Amman, Jordânia com COVID-19	285 participantes. Mais de um terço dos entrevistados sempre usou EPIs completos para os pacientes (59,3%). Cerca de 14,4% dos entrevistados não usaram EPIs completos para os pacientes. Cerca de 44,9% dos entrevistados relataram o uso de luvas, considerados equipamentos básicos de proteção. Um total de 19,3% dos entrevistados às vezes lava as mãos após remover as luvas, enquanto 50,5% dos entrevistados sempre lava as mãos após remover as luvas. Cerca de 21,4% dos entrevistados mencionam que os supervisores raramente incentivam o treinamento em EPIs e apenas 34,7% dos profissionais de saúde possuem treinamento em EPIs. Os profissionais de saúde mencionam que os EPIs nem sempre estão disponíveis (14,4%). Os profissionais de saúde sentem que o uso de EPIs, como luvas, aventais, aventais e óculos pode causar medo nos pacientes (20,6%). Quase 29% dos profissionais de saúde mencionam que os EPIs sempre interferem na capacidade de cuidar. Como resultado da exposição imprevisível à infecção, 18,9% dos entrevistados às vezes não cumprem os EPIs, 15,1% dos profissionais de saúde sentem que às vezes são ineficazes, 14,4% dos entrevistados relatam que há uma emergência. Quanto à disponibilidade de sabão e água corrente, 45,3% declaram que nunca falam e, caso não estejam disponíveis, 48,4% mencionam que havia álcool em gel com pelo menos 60% de álcool com pacientes com COVID-19 e aqueles que foram diagnosticados com COVID-19 e aqueles que relataram ter contato direto com um familiar com mais de 45 anos apresentaram nível de barreiras significativamente maior.	Os resultados deste estudo apontam que é necessário garantir o uso adequado dos EPIs para fornecer a capacidade dos profissionais de saúde. As organizações de saúde devem priorizar a aquisição e distribuição de EPI e fornecer treinamento adequado aos profissionais de saúde em relação à adesão aos Protocolos de Prevenção de Infecções.
Adherence to protective measures among healthcare workers in the UK: a cross-sectional study	Smith, L.E., Sefton, D., Weston, D., Gremberg, N., & Rubin, G.J., 2020	Entre 12 e 16 Junho de 2020	Determinar o uso do EPI e o distanciamento físico no local de trabalho para investigar fatores associados à adesão	Estudo transversal	Entrevistas telefônicas. Excluímos os profissionais de saúde que não trabalhavam no seu local de trabalho nas últimas 6 semanas. Utilizámos Amostragem de cota com base no grupo ocupacional com metas definidas para refletir a pesquisa do pessoal do NHS.	1033 profissionais de saúde	Três 1.035 profissionais de saúde que responderam, 831 estiveram nos seus locais de trabalho nas 6 semanas anteriores, sendo a maioria (78%) de profissionais de saúde da comunidade (uso de EPI: 80,0%; higienização das mãos: 67,8%; distanciamento físico: 25,3%). Os fatores independentemente associados à adesão completa foram idade avançada; ter recebido todos os EPIs necessários para a adesão completa; ter recebido todos os EPIs suficientes sobre qual o EPI a usar, incluindo	Três 1.035 profissionais de saúde que responderam, 831 estiveram nos seus locais de trabalho nas 6 semanas anteriores, sendo a maioria (78%) de profissionais de saúde da comunidade (uso de EPI: 80,0%; higienização das mãos: 67,8%; distanciamento físico: 25,3%). Os fatores independentemente associados à adesão completa foram idade avançada; ter recebido todos os EPIs necessários para a adesão completa; ter recebido todos os EPIs suficientes sobre qual o EPI a usar, incluindo

4

					um paciente antes de procedimentos limpos ou asépticos, após exposição a fluidos corporais, após tocar num paciente, imediatamente após a remoção das luvas e entre contatos com o paciente. Antes da coleta de dados propriamente dita, seis enfermeiros (especialistas em saúde pública) foram treinados durante dois dias de acordo com as técnicas de higiene das mãos e utilização de EPI da OMS com foco em cada item da lista de verificação observacional, além de tempo adicional para discussão da prática e considerar questões éticas.			laboratório, seguidos por enfermeiros e médicos. O número geral de profissionais de saúde que tiveram boa adesão à higiene das mãos foi de 294 (22.3%) (IC 95%: 18.8–26.0). Fatores associados à utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) foram: falta de espaço físico para higienização das mãos, falta de conhecimento sobre a importância da higiene das mãos para prevenção de infecções e baixa cultura de segurança sem feedback para parte dos gestores para aumentar o treino e adesão a estas medidas necessárias para a segurança dos profissionais.	segura e das intenções nas mãos. Também pode ser devido à colocação inconveniente do esfregão ou pia, falta de sabonete no dispensador ou sabonete na pia, distração por emergências médicas, falta de conhecimento sobre a importância da higiene das mãos para prevenção de infecções e baixa cultura de segurança sem feedback para parte dos gestores para aumentar o treino e adesão a estas medidas necessárias para a segurança dos profissionais.
Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding COVID-19 prevention among Vietnamese Healthcare Workers in 2020	Tien T.Q, Tuong-Hanh T.T, Linh T.N.Q., Phuc H.H., & Nhu H.V. 2020	Vietnam	Examinar o conhecimento, as atitudes e as práticas relacionadas à prevenção do COVID-19 e os fatores que influenciam a adesão entre os profissionais de saúde na província de Daklak, Vietnam.	Estudo transversal	Os participantes foram selecionados por amostragem aleatória simples auto-indicada. Os profissionais de saúde neste estudo incluem médicos, farmacêuticos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Questionário on line	963 profissionais de saúde		Os profissionais de saúde têm bom conhecimento (91.3%), atitude positiva (71.5%) e prática adequada (83.1%) em relação à prevenção do COVID-19. Houve 59.0% dos participantes que tinham conhecimento prático adequado sobre as medidas preventivas. Especificamente, entre 863 profissionais de saúde que tiveram dificuldades para implementar medidas, mais de metade (56.4%) sentiu dificuldade em mudar os seus hábitos diários, 40% deles não possuíam EPI's adequados, 36% não tinham conhecimento sobre as medidas preventivas, 30% não tinham aversão, batas e desinfetante. Outras barreiras foram relatadas, incluindo inconveniência para praticar essas medidas (14.4%), sentir-se desconfortável (8%) e sentir ser desnecessário (1.7%). Os fatores associados à implementação de boas práticas foram: falta de espaço físico, falta de conhecimento sobre o COVID-19.	Diretrizes adicionais e programas de educação em saúde para profissionais de saúde e a implementação de medidas necessárias para implementar e manter práticas seguras. Além de fornecer equipamentos de proteção individual adequados para profissionais de saúde, são necessários estudos aprofundados sobre a implementação de medidas bem como comparações comportamentos durante e após a pandemia.
Healthcare worker perception of a global outbreak of novel coronavirus (COVID-19) and personal protective equipment: Survey of a pediatric tertiary-care hospital	Piché-Renaud, P., Groves, H.E., Klano, K., McChem, C.A., Thomas, A., Streitenberger, L., Alexander, L., Morris, S.K., & Science, M. 2020	Toronto Canada	Identificar atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde em relação às medidas de COVID-19 e controle de infecções especialmente relacionadas com os EPI's e identificar fatores que influenciam o conhecimento dos profissionais de saúde e o uso autorreferido de equipamentos de proteção individual (EPI).	Estudo transversal	O questionário foi distribuído por e-mail para uma lista de correio eletrónico de 951 profissionais de saúde do Hospital for Sick Children do departamento de emergência, unidade de triagem intensiva, enfermarias pediátricas e ambulatórios. As respostas foram colhidas anonimamente usando o Research Electronic Data Capture (REDCap). O mesmo foi validado antes do envio.	Profissionais de saúde do Hospital for Sick Children, em Toronto		Este estudo forneceu informações importantes sobre o conhecimento e as atitudes dos profissionais de saúde em relação às medidas de prevenção da infecção durante a fase inicial da pandemia. Como parte dos planos de resposta à pandemia, as instituições de saúde devem ter treino contínuo para profissionais de saúde com foco na implementação de medidas de prevenção de transmissão sobre os modos de transmissão do COVID-19.	Este estudo forneceu informações importantes sobre o conhecimento e as atitudes dos profissionais de saúde em relação às medidas de prevenção da infecção durante a fase inicial da pandemia. Como parte dos planos de resposta à pandemia, as instituições de saúde devem ter treino contínuo para profissionais de saúde com foco na implementação de medidas de prevenção de transmissão sobre os modos de transmissão do COVID-19.

Título	Autor/Ano	País	Objetivo	Tipo de estudo	Material e métodos	População/ Amostra	Resultados	Conclusões
Compliance of healthcare workers to the proper use of personal protective equipment during the first wave of COVID-19 pandemic	Eisckary, R.H., Knater, W.S., El-Khatib, A., S.M., Gad, D.M., Bahgat, S., Negm, E.E.M., El Kholy, J.A., Mowafy, S., Mahmoud, E., & El-Masry, E.M. 2020	Egito	Caracterizar o padrão de uso de EPI entre profissionais de saúde (PS) durante a primeira onda de infecção por coronavírus-2019 (COVID-19) no Egito e determinar os fatores associados à adesão e ao uso adequado de EPI.	Estudo transversal descritivo	Questionário online elaborado no Google Forms, distribuído de acordo com as diretrizes internacionais de Fortalecimento do Relatório de Estudos Observacionais em Epidemiologia (ESTROBO). Uma bola de neve e a técnica de amostragem intencional foram usadas para recrutar profissionais antes da aplicação por 30 profissionais. Dados analisados pelo SPSS.	Profissionais de saúde que trabalharam no Egito durante a primeira onda da pandemia COVID-19	Total de 404 respostas válidas. Profissionais de saúde não aderentes representaram 53,2% dos participantes. Os dados mostram que 66,1% e 55,7% dos participantes do estudo aderiram ao uso adequado de máscaras médicas/cirúrgicas e luvas descartáveis, respectivamente. Enquanto apenas 29,5% dos participantes aderiram ao uso adequado de EPI. A maioria dos participantes (82,4%) reclamou da falta de fornecimento de EPI. A escassez de respiradores veio em primeiro lugar (91,3%), seguida de batas descartáveis (52,6%) e máscaras cirúrgicas (51,1%). Além disso, a maioria dos participantes (88,1%) não usou EPI corretamente. Os principais problemas relatados foram: falta de conhecimento, negligência, falta de conhecimento e desconforto pessoal. A alta percentagem de profissionais não aderentes é um sinal de alerta. É altamente recomendável que os profissionais de saúde sejam treinados para priorizar seu uso, dar mais foco ao treino dos profissionais de saúde e monitorar sua conformidade.	Muitos fatores podem contribuir para o uso inadequado de EPI, incluindo falta de conhecimento, negligência, falta de conhecimento e desconforto pessoal. A alta percentagem de profissionais não aderentes é um sinal de alerta. É altamente recomendável que os profissionais de saúde sejam treinados para priorizar seu uso, dar mais foco ao treino dos profissionais de saúde e monitorar sua conformidade.
Frontline healthcare workers' experiences with personal protective equipment during the first wave of COVID-19: a rapid qualitative appraisal	Hoernle, K., Djelloul, N., Andrews, L., Lewis-Jackson, S., Minby, L., Martin, S., Vandersloot, S., & Vandersloot, C. 2020	Reino Unido	Entender os medos e preocupações de profissionais de saúde em relação ao EPI, as suas experiências seguindo a sua orientação e a sua capacidade de prestar cuidados durante a pandemia COVID-19.	Abordagem iterativa de dados	Estudo de avaliação qualitativa que combina três fontes de dados, entrevistas individuais e em grupo, com uma linha da frente (n=48), reportagem da mídia (n=39 artigos de jornal) e 145.000 posts em mídias sociais e políticas governamentais de EPI (n=25).	Profissionais de saúde em amostragem intencional, bola de neve, de cuidados intensivos, emergência e enfermarias de cuidados respiratórios, bem como centros de saúde comunitários e redutíveis em centros de prestadores de cuidados de saúde em todo o Reino Unido	Uma grande preocupação era a falta de EPI, colocando profissionais de saúde e doentes em risco de infecção. As orientações a nível nacional não eram válidas quando havia mudanças nos procedimentos, reutilização e improvisos de EPI. Diretrizes em constante mudança geravam conflito e desconfiança. EPI foi reservado para cuidados secundários de alto risco e isso se traduziu-se em exclusão de profissionais de saúde de cuidados intensivos e emergências. Os participantes preocuparam-se com o acesso diferenciado ao EPI adequado, particularmente para mulheres e negros, continuaram a prestar cuidados apesar do desconforto físico, problemas de comunicação associados ao uso de EPI.	Este estudo descobriu que os profissionais de saúde da linha de frente persistiram no uso de máscaras, luvas e EPI múltiplos. Apesar do fornecimento inadequado de EPI, o treinamento inadequado e a orientação inconsistente. É necessário garantir materiais suficientes e apropriados de EPI, treino para o seu uso, tal como orientações consistentes.
Adherence to personal protective equipment among healthcare workers caring for confirmed COVID-19	Neuwirth, M.M., Mattner, F., & Otchwemah, R. 2020	Alemanha	Investigar a adesão ao uso de EPI em enfermarias COVID-19 e não-COVID-19 durante a primeira fase	Estudo observacional prospectivo	Uma Check list que continha itens para avaliar a adesão ao uso de EPI, a retirada do EPI com as etapas de trabalho necessárias, como a desinfecção das mãos	Profissionais de saúde em enfermarias Covid e não Covid	Foram observadas 22 situações de uso de EPI em 87 enfermeiros, 27 médicos e 18 outros funcionários (93 mulheres; 34 homens) (várias observações múltiplas). Os resultados das observações mostraram uma adesão geral	Uma razão para uma melhor adesão à higiene das mãos e desempenho na colocação e retirada de EPI pode ser devido à maior experiência das enfermarias COVID-19 em lidar com

and - alleged non-COVID-19 patients	epidemia de SARS-CoV-2 num hospital universitário alemão.	conduzido em 8 enfermeiras	obrigatória aplicada por enfermeiras de controle de infecção. A adesão é considerada suficiente se o valor percentual for maior ou igual a 80%.	significativamente maior para enfermarias COVID-19 com infecções do trato respiratório em comparação com enfermarias não COVID-19, especialmente no que diz respeito à higiene das mãos e uso de EPI. As enfermarias COVID-19 apresentaram maior adesão ao uso de EPI em comparação com enfermarias não COVID-19 com adesão total de 76%. Particularmente, o aumento da adesão nas áreas de higiene das mãos e uso de EPI teve um grande impacto na adesão geral. Não houve diferença significativa na adesão entre enfermarias COVID. A adesão à higiene das mãos e uso de EPI foi significativamente maior nas enfermarias COVID-19 em comparação com as enfermarias não COVID-19. Foi claramente acima do padrão nacional (mediana de 79% para todas as indicações em unidades de terapia intensiva).	O estudo destacou a importância de ter em consideração as experiências e preocupações do pessoal da linha da frente, simplificados as procedimentos simplificados às profissionais de saúde, gestão e administração na dispensa de EPI bem como reconhecimento dos efeitos de reconhecimento dos efeitos de EPI na prática de rotina são importantes. A cultura organizacional também pode ser um fator para a adesão. Para melhorar a adesão, permitindo especialmente em processos de melhoria na prestação de cuidados, em contexto de pandemia.			
Título	Autor/Ano	País	Objetivo	Tipo de estudo	Material e métodos	População/ Amostra	Resultados	Conclusões
Infection prevention and control compliance among exposed healthcare workers in COVID-19 treatment centers in Ghana: A descriptive cross-sectional study	Ashinye M.E., Dabik S.D., Dudi, V., Amegah, K.E., Ashinye A., Aare, B.A., Adon, A.A., Akorley S.K., & Kuma-Aboagye P. 2020	Gana	Avaliar a adesão aos protocolos de prevenção e controle de infecções (PCI) entre profissionais de saúde em tratamento de COVID-19 do Gana	Pesquisa transversal descritiva	O tamanho da amostra foi calculado pela fórmula de Cochran, amostra por conveniência. 408 questionários completos.	Profissionais de saúde clínicos e não clínicos que trabalhavam em unidades de tratamento de COVID-19	Dos 408 questionários, 328 entrevistados foram expostos a um paciente com COVID-19 e, portanto, qualificados para responder a perguntas sobre a adesão às medidas de IPC durante as interações de saúde com doentes com COVID-19. Dos 328 entrevistados, 248 profissionais de saúde realizaram procedimentos de controle de infecção e aerossóis. A conformidade com as medidas de IPC ao realizar procedimentos geradores de aerossóis foi, portanto, avaliada por apenas 80 dos participantes do estudo. Observamos que a conformidade com o PCI durante as interações foi de 88,4%, para higiene das mãos e 90,6% para o uso de EPI. A adesão ao IPC durante a realização de procedimentos geradores de aerossóis foi de 97,5% para higiene das mãos e 97,5% para uso de EPI. Para a higiene das mãos durante as interações de cuidados de saúde, menor adesão foi observada entre enfermeiras e médicos. A adesão à prevenção e controle de infecções dos profissionais de saúde foi alta, mas esta adesão difere entre os diferentes grupos de saúde	A adesão dos profissionais de saúde aos protocolos de PCI nos centros de tratamento foi alta. O estudo mostrou que os profissionais de saúde aderiram ao IPC em diferentes grupos de profissionais de saúde com pessoal não clínico e que relataram insucesso de EPIs em risco de não conformidade com os protocolos de controle de infecção. A adesão à legislação de prevenção e controle de infecção associado a intervenções de mudança de comportamento e prestar atenção especial à equipe não clínica é fundamental para minimizar o risco de transmissão de COVID-19 nos centros de tratamento
Perceptions and experiences of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the UK	Vindrola-Padros, C., Andrews, L., Williams, N., Dillamore, H., Filmore, H., Gonzalez, E.B., Javadi, D., Lewis-Jones, S., Minby, L., Mitchinson, L., Smith, S.H., Regier, N., Martin, S., Regier, N., Robinson, H., Singlet, G., Sunray, K., Vindrola-Padros, C., Vindrola-Padros, S., & Johnson, G. 2020	Reino Unido	O objetivo deste estudo foi para explorar as percepções e experiências de cuidadores de saúde trabalhadores (profissionais de saúde) em relação ao COVID-19 e prestação de cuidados em modelos implementados para lidar com a pandemia no Reino Unido.	Não refere no estudo	O estudo foi concebido como uma avaliação rápida combinando: (1) uma revisão das políticas de saúde do Reino Unido (n=35 políticas), (2) análise de mesa e análise de experiências e percepções de equipes (n = 101 artigos de jornal, n=1,46,000 posts) e (3) (telefone) entrevistas com a linha da frente dos profissionais (n=30 entrevistas). Os resultados de todos os fluxos foram analisados usando análise de estrutura	O objetivo da revisão da política de saúde foi entender como a prestação de cuidados de saúde foi reorganizada durante a pandemia COVID-19. A revisão foi seguida a estrutura estabelecida por Trico et al.19 para evidências rápidas de síntese. O objetivo da análise da mídia foi capturar as percepções e experiências dos profissionais de saúde relatadas por eles ou terceiros na mídia. Entrevistas com profissionais da linha de frente foram realizadas por telefone.	Equipamento de proteção individual (EPI) limitado e a falta de testes de rotina criou ansiedade e angústia e teve um impacto angustante na força de trabalho. Quando EPI estava disponível, o tamanho incorreto e superaquecimento complicado trabalho de rotina. Falta de treinamento para o pessoal realocado e a falta de EPI bem como reconhecimento dos efeitos de EPI na prática de rotina são importantes. A cultura organizacional também pode ser um fator para a adesão. Para melhorar a adesão, permitindo especialmente em processos de melhoria na prestação de cuidados, em contexto de pandemia.	

APÊNDICE XI – TABELA

Tabela de categorização das entrevistas com unidades de registro

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
RECURSOS HUMANOS	Reorganização dos recursos humanos	“... Não é que implementei as medidas, mas de acordo com o que acompanhei reforçaram-se equipas, mobilizaram-se elementos de serviços menos movimentados, o que por vezes causou constrangimentos não sendo fácil de gerir...” E4 ”
	Adaptação	“... a equipa pronta a dar resposta... em termos comunicacionais e organizacionais à situação E2 .” “As pessoas eventualmente podem não ter a noção, mas quando veem que não desenvolveram que num meio de uma infeção nosocomial ou quando os procedimentos que... que são adotados permitem eventualmente garantir segurança e confidencialidade E3 ...” “Exigiu de nós formas esforços adicionais do pessoal envolvido ... os assistentes operacionais ficaram mais assobetados... E4 ”
	Trabalho em equipa	“O grupo ajudou imenso, a partilha de dúvidas, sugestões de melhoria de todos E1 ...” “articulam também com a medicina do trabalho, com o seu gabinete de saúde ocupacional, o que está aqui é um trabalho em conjunto de maneira que se promovam todas as orientações para que sejam adaptadas internamente E3 ...”
	Gestão dos recursos humanos	“...com o Covid, as triagens e encaminhamentos implicou novas medidas internas. A equipa foi reorganizada, equipa espelho. Os assistentes operacionais que fazem a limpeza do serviço sem dúvida que ficaram mais sobrecarregados e aí foi necessário reforçar o que não foi fácil também. No SO respiratório, inclusive nas salas de tratamentos que implicavam apos saída do doente desinfeção total isso acarretou uma sobrecarga maior E1 ...” “...programas ocupacionais...durante muito tempo os assistentes operacionais eram regularmente trocados...e havia uma sempre integrações para além deles ser integrados pelos seus colegas claro que eles depois lidam com a enfermagem e então eu tinha sempre o cuidado E3 ...” “...Foi necessário contratar mais gente, mas aqui nesta realidade temos a dificuldade de não existirem pessoas para trabalhar, a mão de obra é muito escassa E4 ...”
RECURSOS MATERIAIS	Adesão às medidas de controlo de infeção	“...se nós formos ver isso no na questão do ADR, na questão do ABC, eu julgo que isso é cumprido de uma forma a preceito. Se nós formos ver as outras áreas de prestação de cuidados já não é tão bem assim. tão mais sensíveis à colocação de proteção de bata impermeável ou de avental,... muitas vezes em áreas que não são Covid, há algum relaxamento. E2 ” “Do controlo de infeção eu gostava a utilização dos EPI's fosse mais criteriosa, não... mais consciente... passa pela colaboração... continuada, passa pelo PCIRA, passa pela própria departamento de formação do hospital, passa por mim também. E2 ” “... antes foi difícil que percebessem a adesão é uso correto, agora é o deixar de usar que por medo alguns ainda usam o EPI completo não se justificando neste momento... E4 ” “...profissionais estão muito sensíveis a estes procedimentos, aliás agora é difícil que usem o EPI mais reduzido... E4 ” “...houve restrições como houve no país todo no mundo todo quanto à necessidade de produção de EPI's... não correspondia à procura, houve algumas restrições, na verdade, mas depois isso normalizou...houve também que estar muito atento à qualidade dos EPI's e no sobretudo às máscaras porque houve tentativas de fornecedores externos à região, de fornecer máscaras que não eram das FFP2 das FFP2 e isso foi detetado. ... recusei terminantemente porque eram chinesas.... e eu não aceitei equivalências só no papelinho... E2 ” “A escassez de EPI's, todos a procurar o mesmo foi muito complicado... a gestão teve de ser muito bem feita, para poupar o material mas salvaguardar e proteger os nossos profissionais, evitando o desperdício desnecessário. Foi necessário ditar regras de atuação específicas... E4 ”
	Gestão dos recursos materiais	
	Comunicação	“E muitas vezes nós temos de estar sempre a relembrar..... aquilo que não deverá ser feito E1 .” “nós trabalhamos todas.... as situações, todas as linhas de orientação comunicadas a equipa por escrito e fixado em todo o serviço...fizemos normas que foram de conhecimento e afixamos no serviço E2 ...” “As medidas são a união. São a chamada de atenção não há ..neste momento não fazemos nada específico no sentido da melhoria da higiene das mãos... E2 ’’ política deve ser transmitida de uma forma clara e consistente e continuada E2 ’” “...foram divulgadas através de normas de serviço, reuniões de grupo, grupos criados nas redes sociais nas diferentes equipas. Por exemplo existe um grupo de whatsapp do serviço Covid do hospital... E4 ” “começa na gestão das instituições, na transmissão de informação através de comunicação clara....Os serviços também tem de ser proactivos e aproveitar os profissionais de que dispõe... E4 ”

RECURSOS ESTRUTURAIS E ORGANIZACION AIS	Conhecimento das orientações	"...as orientações estiverem bem definidas penso que é uma mais valia ao serviço e a organização e delimitação de medidas... assim cada um faz de forma similar e permite que seja dado a conhecer de forma clara e pertinente a todos os envolvidos. Sem dúvida que considero que é uma ajuda E1". "... foi tido o cuidado de informar todos os profissionais... Criamos grupos de Whatsapp, enviamos normas de serviço/orientações para todos os serviços...E1" "... as referências que são fundamentadas, que são transversais aos serviços e dão-nos a garantia de que será melhor em termos de proteção para nós e para os doentes. E2" "Acabamos por chegar a umas medidas de referência, medidas chave.... Porque a nossa experiência e o nosso bom senso e a nossa noção da realidade E2". também através de uma forma que nós enviamos que é o Whatsapp, que é outra forma de divulgação que nós usamos...fizemos briefings, debriefings. E2" "...importante nós seguirmos uma linha que seja consonante com tudo o que seja feito a nível nacional e internacional...Muitas emanadas através da direção regional da saúde e também há os seus veículos de entrada..E3" "... ativado entretanto o PPCIRA para orientar as suas orientações..E3" "... as normas e orientações que devem reger e orientar a nossa atuação e só dessa forma poderemos estar a prestar um cuidado adequado e mantendo os nossos profissionais seguros..E4". penso que se chegou a todos os profissionais e estavam todos a par das medidas implementadas, ate porque a informação era transmitida aquando de passagens de turno... manter os serviços atualizados, exigiu um enorme esforço ..E4"
	Ambiente físico	"...nós reitramos parte que havia ali do SU e do SA respiratório. Mas havia os circuitos instalados, mas dividimos o SA em dois um dos quais po respiratório. Eu acho também que a pandemia veio foi fazer que as pessoas tivessem agora muito mais cuidado com a higienização das mãos que não tinham dantes. Também depois eleva a taxa de adesão à higienização das mãos.. colocação de mais luvas em diferentes sítios como a colocação de EPI's em diferentes sítios, colocação de soluções alcoólicas em alguns sítios que ainda não tinham apesar de até já termos bastantes, mais cuidado às vezes na higienização dos cadeirões onde os doentes tiveram sentados E1.." "havia um circuito programado para tal e os doentes eram basicamente todos encaminhados UT3, UT4 que depois servia como retaguarda... circuitos e alterar-se mais uma vez. E3" "... devido a situação pandémica, atualmente a existência de mais SABA em diferentes sítios, cartazes sobre lavagem e higiene das mãos ajuda não só os profissionais mas também as visitas e acompanhantes..E4"
	Reorganização dos serviços e cuidados	"...elementos chave foi determinado o que melhor se adaptaria a cada serviço, como reorganizar desde escalas a disposição e dispensa de material e a partilha das informações atualizadas, uniformizando procedimentos. mas não foi fácil. E1". "...Em relação à carga de trabalho no início da pandemia criou-se orientações de serviço, de forma a ajudar a reorganização do serviço, diversas atividades, suspendeu-se atividade cirúrgica, tudo coisas que tinham as suas rotinas e planeamentos. Isto implicou reorganizar equipas e criar um novo serviço E1.. " E1.. "Quando se suspendeu as sanções e o respiratório houve alguns circuitos que foram criados no serviço de urgência, entretanto esses circuitos também foram sendo alterados..E1.." "... desde a limpeza dos circuitostudo o que é de higiene do serviço nós fizemos Levava mais tempo, mais desgaste físico mais consumo, mais gastos financeiros..E2" "...situação como é que era o encaminhamento entre o hospital e o centro de saúde E3.." "conselho de administração que entretanto estava cá foi quem lidou mais com este processo e que foi elaborado desde o princípio foi elaborado um plano de contingência,que permitiu ser uma ferramenta de trabalho para delinear circuitos, para delinear tudo o que são aspetos relativamente aos internamentos, aos isolamentos E3.." "... adaptação relativamente ao regulamento de visitas, em que foi diminuído..E3" "o nosso serviço de urgência, que foi bastante dinâmico e continua a ser uma vez que proporcionou através daquela estratégia do ADR e do ADC há também aqui um trabalho enorme relativamente aquilo que são a triagem dos próprios utentes. E3" "... Reorganizaram horários de limpeza...uma reorganização financeira com mais custos financeiros e encargos não previstos..E4"
	Formação/ treino	"No início foi realizado...agora não se organiza porque o pessoal já tem algum treino. Mas é importante para se voltar a rever algumas coisas... já há aqui talvez um excesso de confiança...talvez deveríamos voltar a fazer o refresh de algumas medidas. E1.." "foi organizado pelo PPCIRA. Fizera uma sensibilização sobre a forma de vestir o EPI, colocar as luvas, Higiene das mãos.... aí foi uma medida pontual...mas internamente nós fizemos isso. Nós fizemos formação com um EPI testado do serviço quer para os profissionais de enfermagem quer para os assistentes operacionais e médicos, que nos solicitaram que nós dessemos formação a eles, e nós demos essa formação internamente E2.. " ... foi sempre feito naturalmente um refresh. E2.." "A entrada é feita uma formação para os enfermeiros.... a partir do momento que que houve esta pandemia uma formação integral por todos os serviços..E3"

	“... uma reciclagem um reforço... era importante fazer era que este tipo de formação fosse uma formação continua, ou seja que se permitisse fazer se calhar não numa forma como se fez na preparação da pandemia, mas fosse por exemplo feito nos serviços.... promover momentos de reflexão E3...” “...hospital é importante que estas medidas de formação, estas ações de formação sejam continuadas E3...” “acho que sabem usar adequadamente o EPI sim, mas foi necessário ensinar a utilizar o EPI e isso é feito aos elementos novos que chegam a este hospital mas no dia a dia não. Talvez tenha benefício sim.... E4...”
Gestão/ monitorização dos serviços e cuidados	“Não temos propriamente auditorias mas também sei que a Enfiª S. faz a monitorização depois por causa dos cateteres E1...” “É dinâmica. A chamada de atenção...é fazer perceber que o que se passa aqui em termos de infeção não é o Covid o único e se calhar não é o pior e isso é feito.... É feito regularmente em conversa. E2” “Não posso dizer que exista de uma forma regular e consistente a não ser o PPCIRA que faz..... da Higiene das mãos aliás e dos EPI’s faz auditorias sim...de resto em termos deda parte de controle de infeção não tenho qualquer informação. E2” “proposta de relatório de atividades vários projetos que também vão no sentido de fazer estas auditorias. E3” “...são as auditorias que a enfiª S. realiza aos diferentes serviços e o feedback de informação que é dado de forma a sensibilizar e alertar quem lá trabalha. E4” “temos o controle de infeção que faz auditoria no hospital todo da higiene das mãos e depois reporta através de um relatório e é dado a conhecer aos diferentes serviços E4”.
TOMADA DE DECISÃO	“...foram tidas em conta ideias de elementos da equipa. Do Controle de infeção, do risco, da urgência, do gabinete de comunicação E1...” “...evolução da situação pandémica, mas as alterações que se fizeram foi por sugestão dos profissionais. Tendo sempre em conta a opinião dos profissionais E1...” “Mais uma vez começando primeiramente pela chefia, por exemplo na reativação da reunião de enfermagem... convidai o PPCIRA para fazer uma alusão aos colegas relativamente aquilo que são os resultados, portanto isto é um princípio não é bem formação mas é por um ponto de situação e ver para também trilharmos o caminho... E3” “...ajudou junto com os colegas e diferentes serviços a implementar as medidas de proteção e funcionamento dos serviços.... reuniões com o controle de infeção, o gabinete de comunicação...davam posteriormente as normas que eram dadas a conhecer aos profissionais... E4” “...são tidas em conta as sugestões e ideias dos profissionais, são eles que estão no terreno....E4”

ANEXOS

ANEXO I: CERTIFICADOS

Certificado SAV e ITLS 2021



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Natália de Lurdes Rodrigues Mendonça, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date
6/16/2021

course site
CESPU, Oliveira de Azeméis,

course director
Dr. Filomena Horta Correia MD

course coordinator
Dr. Fernando Goncalves EMT, RN, CNS, ENP



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21-ITLS-P2-0262 CEH Type: Advanced

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to: <https://www.capce.org/Certificates/About/index>

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0028)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

329030-44396

Natália de Lurdes Rodrigues Mendonça, RN

has successfully completed the cognitive skills
evaluation in accordance with the standards of
International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date 6/16/2021 Expiration Date 06/2024

Course Number 44396

Course Location CESPU, Oliveira de Azeméis

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT

**ACLS
Provider**

**American
Heart
Association.**

NATÁLIA LURDES RODRIGUES MENDONÇA
**has successfully completed the cognitive and skills evaluations
in accordance with the curriculum of the American Heart Association
Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Program.**

Issue Date
26/05/2021

Training Center Name
ENFARTE Lda. TC

Training Center ID
ZL20716

Training Center City, Country
Guimaraes, Portugal

Training Site Name
ENFARTE Lda. TS

Renew By
31/05/2023

eCard Code
1hrs363lga3w7ijeosrwgcv

QR Code


To view or verify authenticity, students and employers should scan this QR code with their mobile device or go to
<https://certificates.heart.org/certificates>

© 2020 American Heart Association. All rights reserved. 20-2862 4/20



CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Enfarte Lda – Formação e Consultoria em Saúde, matriculada sob o número 508514207 na Conservatória do Registo Comercial de Braga, entidade detentora da marca **PLANOSAÚDE**, com sede em Vila Nova de Famalicão, Portugal, Centro Internacional de Treino da **American Heart Association** e entidade creditada pelo **INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica** para os programas de SBV com DAE e SAV, certifica que:

NATALIA LURDES RODRIGUES MENDONÇA

portador do documento de identificação nº 12949767, frequentou com aproveitamento (17 valores) o curso de **SUPORTE AVANÇADO DE VIDA CARDIOVASCULAR**, incluído no **Programa Curricular de Formação em Emergência e Trauma** da **PLANOSAÚDE**, destinado a *profissionais de saúde*, segundo com as recomendações da **American Heart Association (AHA)**, com uma carga horária de **14 horas lectivas** e realizado nos dias 25 e 26 de maio de 2021 .

PlanoSaúde, 26 de maio de 2021

O Responsável pela Entidade Formadora

Assinado por: **ESTÊVÃO MANUEL DO COITO LAFUENTE**
Num. de Identificação: BI065703367
Data: 2021.06.02 19:58:43 +0100

Estêvão Lafuente, MD

Instrutor AHA nº 04110002065



Este Documento Certifica que o titular acima completou com sucesso as avaliações nacionais e cognitivas e de capacidade, de acordo com o currículo da American Heart Association para o Programa de Suporte Avançado de Vida, com a validade de dois anos.

ANEXO II CERTIFICADOS

Comprovativos de formação 2022



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
NÚCLEO DE FORMAÇÃO DO HOSPITAL DA HORTA

DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que, **Natália de Lurdes Rodrigues Mendonça** participou, como formadora, na formação intitulada: **Comunicação Eficaz - Transmissão de Informação Entre Pares no Serviço de Urgência**, que decorreu no dia **06 fevereiro 2022**, promovida pela **Urgência**, no âmbito da Formação em Serviço, com a duração de **1h**.

Horta, 15 de fevereiro de 2022

A coordenadora do Núcleo de Formação


Orlanda Goulart-André

DECLARAÇÃO N.º 01/2022

ESTRADA PRÍNCIPE ALBERTO DO MÓNACO – 9900-038 HORTA
TELEF. 292 201 126 - FAX. 292 201 194
EQUIPA TÉCNICA: ORLANDA.GA.ANDRE@AZORES.GOV.PT
SECRETARIADO: HUGO.FL.ROMBEIRO@AZORES.GOV.PT
NF.IMP.0.92.03





Certificado

Para os devidos efeitos, certifica-se que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a)

Natalia de Lurdes Rodrigues Mendonça

Participou no **Congresso Internacional de Controlo de Infecção 2022**

Que se realizou via On-Line, ZOOM, nos dias 31 de Março e 01 de Abril de 2022,

com a duração total de 16 horas.

Porto, 04 de abril de 2022

A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira

O Diretor da Entidade Formadora
Josué Moraes





PRÊMIO VALOR E EXCELÊNCIA

Menção Honrosa

[illegible]

Por mais verdadeiras e bonitas que possam ser as palavras utilizadas neste momento, nunca serão suficientes para demonstrar o nosso agradecimento.

Os méritos merecem reconhecimento.

Obrigada.

7 de Maio de 2022

DATA

Antônio Carlos
BASTONÁRIA

BASTONÁRIA



Digitizada com CamScanner

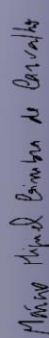


Certificado

Certifica-se que Natalia Mendonça, com o cartão de
cidadão nº 12949767, participou como **Congressista** no **1º Congresso de
Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de
Coimbra (CHUC)**, que se realizou no Centro de Congressos do CHUC, nos dias 19 e
20 maio 2022.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para
efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de **0,6** Créditos de
Desenvolvimento Profissional (CDP).

Coimbra, 26 maio 2022



Márcio Carvalho
Presidente da Comissão
Organizadora



Aurea Andrade
Enfermeira Diretora do CHUC

Organização:  **TERTÚLIA EMERGENTE**
ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS

1º CONGRESSO DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra

DESAFIO EMERGENTE

Centro de Congressos do CHUC
19 e 20 maio 2022





III Jornadas da Associação de
**Enfermagem
Cirúrgica dos Açores**
18 a 20 MAIO 2022

CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Para os devidos efeitos certifica-se que,

NATÁLIA MENDONÇA

participou nas **COMUNICAÇÕES LIVRES** das **III Jornadas de Enfermagem Cirúrgica dos Açores**, de 18 a 20 de maio de 2022, que decorreram em Ponta Delgada, ilha de São Miguel, no Teatro Micaelense, com a apresentação do tema:

**“ADESÃO AOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
INDIVIDUAL NA URGÊNCIA: PROJETO DE
MELHORIA”**

Ponta Delgada, 20 de maio de 2022

A Presidente da Associação de Enfermagem
Cirúrgica dos Açores

Lídia Dias

LÍDIA MÁRIA RIBEIRO DIAS



III Jornadas da Associação de
Enfermagem
Cirúrgica dos Açores
18 a 20 MAIO 2022

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Para os devidos efeitos certifica-se que,

NATÁLIA DE LURDES RODRIGUES MENDONÇA

esteve presente nas **III Jornadas de Enfermagem Cirúrgica dos Açores**,
de 18 a 20 de maio de 2022, com duração de 12h, em Ponta Delgada,
Ilha de São Miguel, no Teatro Micaelense, Região Autónoma dos Açores.

Ponta Delgada, 20 de maio de 2022

A Presidente da Associação de Enfermagem
Cirúrgica dos Açores

LIDIA MARIA RIBEIRO DIAS



III Jornadas da Associação de
Enfermagem
Cirúrgica dos Açores
18 a 20 MAIO 2022

DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos certifica-se que,

NATÁLIA MENDONÇA

participou nas **COMUNICAÇÕES LIVRES** das *III Jornadas de Enfermagem Cirúrgica dos Açores*, de 18 a 20 de maio de 2022, que decorreram em Ponta Delgada, ilha de São Miguel, no Teatro Micaelense, com a apresentação do tema **“ADESÃO AOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NA URGÊNCIA: MELHORIA CONTÍNUA”**, ao qual foi atribuído o 2º lugar.

Ponta Delgada, 20 de maio de 2022

A Presidente da Associação de Enfermagem
Cirúrgica dos Açores

Lídia Dias

LIDIA MARIA RIBEIRO DIAS

**RISCOS**
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE RISCOS, PREVENÇÃO
E SEGURANÇA



**I SEMINÁRIO
DO GRUPO DE
MEDICINA DE
CATÁSTROFE**

CERTIFICADO

Certifica-se que **Natália de Lurdes Rodrigues Mendonça** participou no I Seminário do Grupo de Medicina de Catástrofe, subordinado ao tema “Pandemias no século XXI: dos Riscos à Medicina de Catástrofe”, organizado pela Associação Portuguesa de Riscos, Prevenção e Segurança (RISCOS), em colaboração com o Departamento de Geografia e Turismo da FLUC, a UEFIS - Unidade Experimental de Investigação e Formação para Intervenção em Socorro dos Bombeiros Voluntários de São Pedro da Cova e a Liga dos Bombeiros Portugueses, e com os seus parceiros Institucionais, realizado nos dias 7 a 9 de junho de 2022, no Teatro Paulo Quintela, da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, sendo autora de uma comunicação apresentada no Seminário, intitulada:

VIVER A PANDEMIA NUMA ILHA – ESTUDO DE CASO (Poster).



(Prof.ª Doutora Fátima Velez de Castro)
Presidente da Direção da RISCOS)



(Prof. Doutor Romero Bandeira)
Coordenador do Grupo de Medicina de Catástrofe)





RISCOS
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE RISCOS, PREVENÇÃO
E SEGURANÇA

Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra
Largo da Porta Férrea | 3004-530 Coimbra
Email: riscos@riscos.pt

**I SEMINÁRIO
DO GRUPO DE
MEDICINA DE
CATÁSTROFE**



Declaração

Declaro, para os devidos efeitos, que o resumo **“VIVER A PANDEMIA NUMA ILHA - ESTUDO DE CASO”** tendo como autores **Natália Mendonça da Unidade de Saúde da Ilha das Flores, Açores, Fábio Coelho da Escola Superior de Saúde, da Universidade dos Açores e Sónia Novais da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis**, foi aceite e publicado no livro de resumos e a comunicação em poster apresentada no **I Seminário do Grupo de Medicina de Catástrofe**, subordinado ao tema ***“Pandemias no século XXI: Dos Riscos à Medicina de Catástrofe”***, o qual decorrerá nos dias 7 a 9 de junho de 2022, no Teatro Paulo Quintela da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

A Presidente da Direção da RISCOS



DEPGEOTUR
DEPARTAMENTO
DE GEOGRAFIA
E TURISMO





NursID 2022

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Natalia de Lurdes Rodrigues Mendonça** participou no evento **Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem - NursID 2022**, realizado de 14 de julho a 15 de julho de 2022, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, com a duração de 20 horas.

Atividades em que participou:

Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem

ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida • 4200-072 Porto • Portugal • Tel.: 225 073 500 • Fax: 225 096 337 • esep@esenf.pt • www.esenf.pt

ANEXO III CONSENTIMENTO

Consentimento informado da entrevista



**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA¹ E A CONVENÇÃO DE OVIEDO²

*Este documento, designado **Consentimento, Informado, Esclarecido e Livre**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi como convidado a participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assinie.*

Título do estudo: Adesão à utilização do equipamento de proteção individual na urgência – projeto de melhoria contínua

Enquadramento: No final de 2019, os profissionais de saúde em todo o mundo foram confrontados com a necessidade de aderirem e cumprirem rigorosamente as normas de utilização dos equipamentos de proteção individual no sentido de minimizarem o risco de serem contaminados com o vírus SARS-CoV-2. Porém, sabemos que vários foram os profissionais que ficaram infetados no decurso das suas funções, acarretando consequências individuais e coletivas. Considerando que a adesão é um fenómeno que não depende unicamente da vontade pessoal é importante, no sentido da melhoria contínua dos contextos da prática clínica identificar os fatores que influenciam a adesão às normas e à utilização dos equipamentos de proteção individual.

Objetivo: Identificar quais os fatores que influenciam a adesão ao uso de Equipamento de proteção individual (EPI) pelos profissionais de saúde num serviço de urgência (SU) em contexto pandémico.

Explicação do estudo: Este projeto de melhoria surge impulsionado por um estudo realizado em 2020 onde se identificam fatores que facilitam e dificultam o uso do EPI em situação de doença respiratória. Será utilizado o Modelo de Joana Briggs Institute (JBI) implementation framework – Model of Evidence - Based Healthcare, que assenta em 4 princípios gerais: cultura, capacidade, comunicação e colaboração. O modelo apresenta um fluxo bidirecional, demonstrando que todas as suas partes são fundamentais para a compreensão e colaboração da implementação de evidência. Apesar do modelo apresentar uma cunha interna específica da implementação da evidência esta nunca é revista sozinha e os seus componentes são três, análise de contexto, facilitação da mudança da prática e avaliação do processo e do resultado, orientadores das sete etapas seguintes fundamentadas, no “ciclo de auditoria/ feedback/ mudança/ reauditoria” (Porritt et al. 2020, p.8). Perante o contexto atual decidiu-se analisar o que influencia o uso do EPI em contexto de urgência. Na etapa 1 identificamos o problema e analisamos o contexto fundamentando o mesmo com evidência científica, através da realização de uma Scoping Review. Na etapa 2 e 3 envolvemos os profissionais que serão os agentes da mudança e avaliamos o contexto através da participação dos gestores e da aplicação de um questionário online aos profissionais do SU totalmente confidencial e anónimo com objetivo de verificar os seus conhecimentos sobre a temática. Na etapa 4 serão realizadas observações do uso do EPI, da higiene das mãos e do uso das luvas, baseadas nas check list da DGS, e sendo práticas devidamente fundamentadas como eficazes no combate a esta pandemia. As observações serão realizadas junto com a enfermeira responsável pelo GCL-PPCIRA das instituições. Na etapa 5 os dados serão tratados através do excel e as entrevistas através da análise de conteúdo. Após a análise dos dados, consoante os resultados serão desenvolvidas e implementadas medidas adaptadas à realidade, tendo em conta a estrutura, a cultura da instituição, a comunicação, a liderança, disponibilidade de recursos, os conhecimentos e atitudes, o compromisso com a gestão de qualidade e as relações interdisciplinares.” (Munn et al. 2020. p.20)

O modelo preconiza e prevê as etapas 6 e 7 mas no âmbito do trabalho académico estas não serão realizadas, pois o término deste momento escolar é 30 de junho de 2022, contudo pretende-se dar continuidade e apoiar no sentido da melhoria e disponibilidade e apoio no contexto.

Já dispomos das autorizações dos Conselhos de Administração (CA) e das Comissões de ética (CE) do HH e do HSEIT, em anexo.

Este projeto ainda poderá ser utilizado futuramente para avaliação do impacto de determinadas medidas neste serviço, considerando determinados indicadores.

Condições e Financiamento: Esta pesquisa não prevê custos para a ESSNorteCVP, nem se prevê nenhum financiamento ou apoio externo.

Confidencialidade e anonimato: A permissão será concedida pelo Hospital da Horta EPE e pelo Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira EPE, antes da realização das observações no SU e das entrevistas necessitando de gravação. Apenas a autora terá acesso aos dados de pesquisa. O anonimato será assegurado na divulgação dos resultados, uma vez que os participantes não serão identificados pelo nome. Será garantida a confidencialidade e privacidade, sendo utilizados os dados com a única finalidade de pesquisa para o trabalho. Não serão colhidos quaisquer dados pessoais ou informações nem publicados em qualquer tipo de relatório. A participação no projeto não provocará nenhum dano ou custo para o público alvo ou a instituição.

Será assegurado o respeito pela autoria dos estudos e a sua correta referência relativamente à bibliografia existente sobre a temática.

A autora salienta a não existência de conflitos de interesse.

Assinatura do investigador: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura do participante/representante legal: _____

Data: __/__/__

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:

ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE

¹ http://portal.arsorte.min-justia.pt/portal/page/portal/ARSorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsingia_2008.pdf

² <https://doi.org/10.1002/A0000140036.pdf>

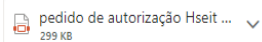


ANEXO IV AUTORIZAÇÕES

Autorização dos Conselhos de Administração e Comissões de ética

FW: Pedido de autorização - Mestrado A/C CA do HSEIT

Para: Você



Serve o presente para informar que por despacho do Senhor Enfermeiro Diretor, datado de 01 de março de 2022, está autorizada a realizar observações no SU, entre os meses de março e maio de 2022 e entrevistas, conforme solicitado.

Com os melhores cumprimentos,

Elisabete Costa
Secretariado do Conselho de Administração



Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, E.P.E.R.
Canada do Breado
9700-049 ANGRA DO HEROÍSMO

Telf. geral 295 403 200 (ext. 11009)
Telf. direto 295 403 215
Fax 295 240 087
E-mail elisabete.ms.costa@azores.gov.pt



HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO
DA ILHA TERCEIRA

PARECER

Comissão de Ética para a Saúde -

PARECER

– N.º 01 /2022 –

Data: 09-03-2022

A Comissão de Ética do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, analisou um pedido de parecer que foi enviado ao presidente da Comissão, em 16 de fevereiro de 2022, pela Enfermeira Natália de Lurdes Rodrigues Mendonça, aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica.

A área a abordar na tese de mestrado será a “Adesão à utilização do equipamento de proteção individual na urgência – projeto de melhoria contínua”.

Para a colheita de dados serão realizados momentos de observação aos profissionais de saúde do SU, em parceria com o PPCIRA do Hospital de acordo com momentos de higienização das mãos, utilização de luvas e colocação e remoção do EPI em diferentes momentos, inclusive lidando com doentes Covid, tendo em conta os circuitos implementados. Por profissionais de saúde definiu-se não só enfermeiros e médicos, mas inclui-se os assistentes operacionais com contacto direto com os doentes e os associados ao serviço de limpeza e os assistentes técnicos/administrativos do SU.

Será também realizada uma entrevista ao enfermeiro/diretor do SU e ao enfermeiro diretor do Hospital com o objetivo de perceber as suas perceções e incluir as intervenções e estratégias que priorizam no projeto final de melhoria contínua utilizando a metodologia da implementação de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de acordo com o Modelo de JBI – Model of Evidence - Based Healthcare.

O anonimato estará garantido, uma vez que os participantes não são identificados pelo nome. Apenas a autora do estudo terá acesso aos dados da pesquisa. Não serão colhidos quaisquer dados pessoais.

Assim, analisado o processo e depois de apreciar os documentos, a CE do HSEIT, E.P.E.R. decidiu por unanimidade emitir o seguinte parecer:

“Não se vê qualquer inconveniente na realização do projeto de investigação, com vista à elaboração da tese de mestrado, pelo que o mesmo poderá ser levado a efeito, caso a Administração do Hospital o venha a autorizar”.

A CE do HSEIT, E.P.E.R.

[Assinatura]

[Assinatura]
Ana Maria Melo Sousa, Lurdes
[Assinatura]

[Assinatura]
[Assinatura]

Código:

IMP.CES.005.05

1/1



Maria FTS. Pereira <Maria.FT.Pereira@azores.gov.pt>

sex, 04/02/2022 10:37



Para: Você

Encarrega-me o Presidente do Conselho de Administração do Hospital da Horta, EPER, Dr. João Morais, de informar V. Ex^a. que foi autorizado o seu pedido em reunião do Conselho de Administração de 02/02/2022.

Filomena Pereira
Secretariado da Administração
Hospital da Horta, EPE
Estrada Príncipe Alberto do Mónaco
9900-038 Horta
Telefones: 292 201 205
Telefax: 292 391 453
Email: Maria.FT.Pereira@azores.gov.pt

	NOTA INTERNA	CÓD. SERVIÇO: CETICA
	Distribuída a: Enfª, Natália Mendonça e Professora Doutora Sónia Alexandra de Lemos Novais	Nº DOC.: 20 DATA: 02.03.2022 PÁGS: 1/1

ASSUNTO: Projeto de estudo de Investigação, denominado - Adesão à utilização do equipamento de proteção individual na urgência – projeto de melhoria contínua.

A Comissão de Ética dá parecer favorável ao estudo em apreço.

Relativamente à autorização para acesso ao Serviço de Urgência para observações e contactos, informa-se que esta matéria não é da competência desta Comissão.

Horta, 02 de março de 2022

O Presidente da Comissão de Ética


(Dr. Fernando Menezes)