



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Área de enfermagem à pessoa em situação crónica

**Barreiras à implementação de boas práticas na inserção e
manutenção de cateteres venosos periféricos em ambiente
hospitalar: Relatório Final de Estágio**

Maria de Fátima Cardoso de Oliveira de Sousa

Coimbra, setembro de 2025



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Área de enfermagem à pessoa em situação crónica

**Barreiras à implementação de boas práticas na inserção e
manutenção de cateteres venosos periféricos em ambiente
hospitalar: Relatório Final de Estágio**

Maria de Fátima Cardoso de Oliveira de Sousa

Orientadora: Professora Doutora Conceição Baía, Escola Superior de Enfermagem de
Coimbra

Coorientador: Professor Doutor Luís Paiva, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório Final de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica - Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Coimbra, setembro de 2025

AGRADECIMENTOS

Ao longo desta etapa académica, tive o privilégio de contar com o apoio, o contributo e a inspiração de várias pessoas, às quais expresso o meu mais profundo e sentido agradecimento.

À minha orientadora, Professora Doutora Conceição Baía, expresso o meu sincero reconhecimento pela orientação rigorosa, pela constante disponibilidade e pelo apoio prestado, fundamentais para a concretização desta etapa.

Ao meu coorientador, Professor Doutor Luís Paiva, expresso a minha profunda gratidão pelas orientações, sugestões e contributos partilhados, determinantes para o enriquecimento da prática clínica e para o desenvolvimento do presente relatório final.

À equipa de enfermagem dos serviços onde realizei os ensinamentos clínicos, expresso uma palavra de apreço pela forma como fui acolhida e pelos conhecimentos transmitidos. Ao enfermeiro Ricardo Conceição, endereço especial reconhecimento pelo incentivo contínuo e pela generosa partilha de saberes, que contribuíram não apenas para a minha aprendizagem, mas também para o meu desenvolvimento profissional.

Aos enfermeiros gestores António Janeiro e Celínia Antunes, agradeço o acolhimento e a integração no serviço, que me permitiram sentir parte das respetivas equipas.

Aos meus colegas de percurso, expresso sincera gratidão pela colaboração, espírito de entreajuda e companheirismo, que tornaram esta caminhada mais leve.

À minha família, verdadeiro pilar ao longo deste processo, deixo o meu mais profundo reconhecimento. Ao meu marido e aos meus filhos, agradeço o apoio incondicional e a compreensão, fundamentais para ultrapassar os momentos de maior exigência.

À minha mãe, expresso o meu agradecimento pela compreensão perante a minha ausência, pelo apoio discreto, mas sempre presente, e pelo carinho constante, mesmo à distância.

A todos, reitero o meu mais sincero e profundo agradecimento.

RESUMO

As doenças crónicas constituem um dos maiores desafios para a saúde pública, dada a elevada prevalência e o impacto na qualidade de vida. Em Portugal, 42,3% da população com dezasseis ou mais anos declarou ter pelo menos uma doença crónica, o que exige dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, uma atualização contínua de conhecimentos e competências, para garantir cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa.

O presente relatório, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, descreve e analisa criticamente o percurso formativo em dois ensinamentos clínicos, integrando ainda a componente de investigação em enfermagem. Este processo permitiu mobilizar conhecimento científico, desenvolver competências do enfermeiro especialista e promover o pensamento crítico, a resolução de problemas e a autonomia na tomada de decisão.

O relatório organiza-se em duas partes: a primeira apresenta uma análise crítica e reflexiva do percurso clínico, evidenciando aprendizagens, competências adquiridas e estratégias de cuidados à pessoa em situação crónica, a segunda corresponde a uma scoping review orientada pela questão “Quais as barreiras identificadas pelos enfermeiros à implementação de boas práticas na inserção e manutenção de cateteres venosos periféricos (CVP) em ambiente hospitalar?”.

A revisão, conduzida segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI), incluiu pesquisas em MEDLINE, CINAHL, RCAAP e literatura cinzenta, abrangendo estudos em português e inglês, sem restrição temporal. A análise de onze estudos identificou barreiras de natureza organizacional, individual e profissional, de documentação e comunicação, de responsabilização e definição de funções, bem como relacionadas com o envolvimento do doente.

A implementação de boas práticas nos cuidados com CVP é influenciada por fatores multidimensionais, que abrangem o ambiente organizacional, a formação e as atitudes dos profissionais, bem como a integração do doente no processo de cuidados. A adoção de estratégias eficazes requer a existência de normas claras e atualizadas, programas de formação contínua, auditorias regulares, liderança clínica ativa e uma cultura institucional centrada na qualidade dos cuidados e na segurança do doente.

Palavras-chave: Cateter venoso periférico; Barreiras; Boas práticas; Enfermeiros; Ambiente hospitalar

ABSTRACT

Chronic diseases represent one of the greatest challenges for public health, given their high prevalence and impact on quality of life. In Portugal, 42.3% of the population aged sixteen or over reported having at least one chronic disease, which requires health professionals, particularly nurses, to continuously update their knowledge and skills in order to ensure safe, effective, and person-centred care.

This report, developed within the framework of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the field of Nursing Care for the Person in a Chronic Situation at the Nursing School of Coimbra, describes and critically analyses the training path in two clinical placements, also integrating the nursing research component. This process made it possible to mobilise scientific knowledge, develop specialist nursing competencies, and foster critical thinking, problem-solving, and autonomy in decision-making.

The report is organised into two parts: the first presents a critical and reflective analysis of the clinical pathway, highlighting learning achievements, acquired competencies, and care strategies for the person in a chronic situation; the second corresponds to a scoping review guided by the question: "What barriers do nurses identify to the implementation of best practices in the insertion and maintenance of peripheral venous catheters in the hospital setting?"

The review, conducted according to the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology, included searches in MEDLINE, CINAHL, RCAAP, as well as grey literature, covering studies in Portuguese and English with no time restrictions. The analysis of eleven studies identified barriers of an organisational, individual, and professional nature, as well as those related to documentation and communication, accountability and role definition, and patient involvement.

The implementation of best practices in peripheral venous catheter care is influenced by multidimensional factors, encompassing the organisational environment, professionals' training and attitudes, as well as the integration of the patient in the care process. The adoption of effective strategies requires the existence of clear and updated guidelines, continuous training programmes, regular audits, active clinical leadership, and an institutional culture focused on quality of care and patient safety.

Keywords: Peripheral venous catheter; Barriers; Best practices; Nurses; Hospital setting

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CVC – Cateter Vascular Central

CVP – Cateter Venoso Periférico

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECDC – Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças

EPC – Enterobacterales produtores de carbapenemases

EPI – Equipamento de Proteção Individual

h – Horas

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

JBI – Joanna Briggs Institute

n.º – Número

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAPA – Programa de Apoio à Prescrição Antimicrobiana

PBCI – Precauções Básicas do Controlo da Infecção

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

PRISMA – ScR – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*

PBVT – Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

SAMR – *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina

SPCIRA – Serviço de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos

TAS – Técnico Auxiliar de Saúde

UL-PPCIRA – Unidade Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

ULS – Unidade Local de Saúde

vs. – Versus

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos Artigos.....	70
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estratégia de pesquisa (PubMed).....	67
Tabela 2. Estratégia de pesquisa para cada base de dados e repositório.....	68
Tabela 3. Artigos Selecionados.....	71
Tabela 4. Síntese dos Resultados dos Artigos Selecionados.....	72

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	11
PARTE I – ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	13
1. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	14
1.1. COMPONENTE CLÍNICA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA	15
1.2. ESTÁGIO COM RELATÓRIO FINAL	17
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DESENVOLVIDAS	22
2.1. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	22
2.2. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	27
2.3. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	29
2.4. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	31
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DESENVOLVIDAS ..	47
3.1. CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA E CUIDADORES QUE ESTÃO A VIVENCIAR A DOENÇA CRÓNICA.....	47
3.2. MAXIMIZA O AMBIENTE TERAPÊUTICO EM ARTICULAÇÃO COM A PESSOA E FAMÍLIA/CUIDADORES A VIVENCIAR A DOENÇA CRÓNICA.....	59
PARTE II - INVESTIGAÇÃO	62
4. BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS NA INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DE CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR	63
RESUMO.....	63
INTRODUÇÃO.....	64
METODOLOGIA	66
RESULTADOS.....	69
DISCUSSÃO	76
CONCLUSÃO	80
NOTA CONCLUSIVA	83
BIBLIOGRAFIA	85
ANEXOS	
ANEXO 1 – DECLARAÇÃO DE FORMADORA NO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO TAS: PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO	
ANEXO 2 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA PRÁTICA SIMULADA DE HIGIENE DAS MÃOS	
ANEXO 3 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO 30.º CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE INFEÇÃO HOSPITALAR	
ANEXO 4 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO SEMINÁRIO “DESAFIOS NA GESTÃO DE RESÍDUOS EM SAÚDE: CONTRIBUTOS PARA O AMBIENTE”	

ANEXO 5 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO ENCONTRO CIENTÍFICO “HOSPITAL LIMPO, HOSPITAL SEGURO”

ANEXO 6 – 6º CONGRESSO INTERNACIONAL IACS 2024: DESAFIOS E INOVAÇÃO EM CONTROLO DE INFECÇÃO

ANEXO 7 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO ENCONTRO CIENTÍFICO “SEMANA DO ANTIBIÓTICO - EDUCAR. PROMOVER. ATUAR AGORA”

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – PROJETO DE ESTÁGIO COM RELATÓRIO FINAL

APÊNDICE 2 – FORMAÇÃO “FEIXE DE INTERVENÇÕES” PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

APÊNDICE 3 – PLANEAMENTO DA FORMAÇÃO TÉCNICO AUXILIAR DE SAÚDE

APÊNDICE 4 – DISPOSITIVOS ESTRATÉGICOS NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DA CORRENTE SANGUÍNEA RELACIONADAS COM O CATETER VASCULAR CENTRAL

APÊNDICE 5 – FOLHETO CISTECTOMIA RADICAL COM NEOBEXIGA ORTÓTOPICA

APÊNDICE 6 – NORMALIZAÇÃO DO “FEIXE DE INTERVENÇÕES” PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

APÊNDICE 7 – “FEIXE DE INTERVENÇÕES” PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO RELACIONADA COM O CATETER VASCULAR CENTRAL

APÊNDICE 8 – INSTRUÇÃO TRABALHO “HIGIENE DO AMBIENTE DA UNIDADE DO DOENTE”

APÊNDICE 9 – INSTRUÇÃO TRABALHO “PREPARAÇÃO DA ESTAÇÃO DE LIMPEZA TTS DILUIÇÃO DO DETERGENTE E RECONSTITUIÇÃO DO DESINFETANTE”

APÊNDICE 10 – ESTRATÉGIA DE PESQUISA (EBSCOHOST/CINAHL)

APÊNDICE 11 – ESTRATÉGIA DE PESQUISA RCAAP

APÊNDICE 12 – EXTRAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente relatório, elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, constitui requisito para a obtenção do grau de Mestre, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Conceição Baía, e resulta da experiência desenvolvida durante a componente clínica em pessoa em situação crónica e no estágio com relatório final, ambos realizados numa Unidade Local de Saúde (ULS) da Região Centro.

Nas últimas décadas, a educação e a aprendizagem ao longo da vida tornaram-se temas de crescente relevância social, económica e política, integrando as agendas das principais organizações internacionais. Esta prioridade reflete o reconhecimento da importância do conhecimento e da educação nas sociedades contemporâneas, assentando em processos educativos contínuos, indispensáveis à produção, difusão e apropriação do saber. O prolongamento da educação ao longo da vida surge da necessidade constante de atualização de conhecimentos e competências, um requisito essencial face à rapidez, intensidade e alcance global das transformações sociais que afetam múltiplas dimensões da nossa existência (Ávila, 2023).

No setor da saúde, tal exigência é particularmente evidente, dada a complexidade crescente dos cuidados e ao aumento da prevalência das doenças crónicas, que constituem um dos maiores desafios atuais para os sistemas de saúde. Em 2023, 42,3% da população portuguesa com 16 ou mais anos declarou ter uma doença crónica ou um problema de saúde prolongado, valor mais elevado entre mulheres e idosos, colocando Portugal entre os países da União Europeia com maior prevalência (Instituto Nacional de Estatística, 2024).

Tendo em conta a elevada prevalência das doenças crónicas e o impacto que estas têm na vida das pessoas, torna-se essencial considerar os fatores que influenciam a vulnerabilidade destes doentes a complicações adicionais, nomeadamente infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). A idade, o estado imunitário e a doença de base são aspetos determinantes na suscetibilidade à infeção, sendo que idosos e pessoas com doenças crónicas apresentam um risco acrescido. Além disso, determinadas condições, como tumores malignos, leucemia, diabetes e insuficiência renal, aumentam a probabilidade de infeções oportunistas. Fatores como o uso de fármacos imunossupressores, radioterapia, desnutrição e procedimentos invasivos, contribuem ainda mais para a fragilidade destes doentes (Morais, 2017).

Neste contexto, o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica reveste-se de especial relevância por proporcionar uma formação diferenciada, assente em conhecimento científico atualizado, na tomada de decisão fundamentada e na promoção da qualidade e segurança dos cuidados (Regulamento n.º

140/2019, 2019; Regulamento n.º 429/2018, 2018). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2021), os estágios clínicos constituem uma oportunidade essencial de aprendizagem prática, de desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e de consolidação da identidade profissional.

A componente clínica em pessoa em situação crónica foi desenvolvida no Serviço de Urologia A; o estágio com relatório final decorreu no Serviço de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos (SPCIRA). A análise crítica e reflexiva deste percurso, orientada pelos objetivos definidos no projeto de estágio (Apêndice 1), revelou-se essencial para a consolidação das aprendizagens, bem como para o desenvolvimento pessoal, profissional e académico.

O relatório tem por objetivos: descrever e analisar criticamente o percurso formativo nas componentes clínicas realizadas; refletir sobre o desenvolvimento de competências no âmbito da enfermagem especializada à pessoa em situação crónica; e apresentar a metodologia e os resultados da *scoping review* centrada nas barreiras identificadas pelos enfermeiros à implementação de boas práticas na inserção e manutenção do CVP em ambiente hospitalar.

O trabalho foi desenvolvido em conformidade com os princípios éticos e deontológicos da profissão, respeitando a dignidade da pessoa, a confidencialidade da informação e os normativos institucionais aplicáveis.

Metodologicamente, seguiu-se uma abordagem descritiva, analítica e reflexiva, apoiada em literatura científica atualizada, orientações normativas e referenciais legais nacionais. Para a componente de investigação, foi conduzida uma *scoping review* de acordo com as recomendações metodológicas do JBI e reportada em conformidade com a extensão PRISMA-ScR.

O relatório encontra-se estruturado em três partes: descrição dos contextos clínicos e análise crítica das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista desenvolvidas; *scoping review*, onde são detalhados a metodologia e os principais resultados obtidos; e nota conclusiva, com discussão das limitações do trabalho, das estratégias implementadas e das perspetivas futuras.

PARTE I – ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

1. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

Os estágios da componente clínica dos mestrados em enfermagem que conferem o título de enfermeiro especialista têm por objetivo aprofundar os conhecimentos e as competências em enfermagem na área de especialidade do respetivo ciclo de estudos (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Deste modo, na elaboração deste relatório, considerámos essencial incluir a descrição dos contextos clínicos onde decorreram os estágios.

A Componente Clínica em Pessoa em Situação Crónica decorreu no Serviço de Urologia A de uma ULS da Região Centro, entre 15 de abril e 21 de junho de 2024, com a duração de 10 semanas (200 horas em contexto prático). A escolha deste serviço foi motivada pela experiência profissional prévia no Serviço de Cirurgia Geral da mesma ULS, onde são frequentemente internados doentes desta especialidade, possibilitando o desenvolvimento de competências comuns e específicas fundamentais para a prática profissional como futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

A unidade curricular Estágio com Relatório Final decorreu no Serviço de SPCIRA da mesma ULS, entre 18 de setembro de 2024 e 21 de fevereiro de 2025 (18 semanas; 400 horas em contexto clínico). O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica assume, neste domínio, um papel central na definição de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de IACS e da resistência a antimicrobianos, promovendo estratégias proativas adaptadas às necessidades específicas de cada unidade (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A decisão de realizar o estágio neste serviço foi influenciada pela experiência adquirida durante a pandemia de COVID-19, período em que colaborámos com esta equipa na organização de unidades de internamento para doentes com infeção por SARS-CoV-2. Esta vivência evidenciou a relevância de uma abordagem especializada e integrada na gestão de cuidados complexos e na prevenção de infeções em pessoas em situação crónica. A nomeação como elo do SPCIRA reforçou a necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área, visando o desenvolvimento de competências diferenciadas, a promoção de cuidados seguros e de excelência e o contributo ativo em equipas multidisciplinares.

Para contextualizar os estágios realizados, apresentamos uma breve caracterização da ULS da Região Centro, criada em janeiro de 2024. A instituição tem como missão prestar cuidados de saúde integrados e de elevada qualidade, centrados na pessoa, visando a melhoria do bem-estar da população. Abrange cerca de 410.530 utentes, distribuídos por 21 concelhos, através de oito unidades hospitalares e 26 centros de saúde. Com mais de 10.000 profissionais, dos quais aproximadamente 3.700 são enfermeiros, a ULS assume-se como unidade hospitalar de referência regional, nacional e internacional, distinguindo-se em

diversas especialidades. É igualmente o maior centro de formação médica do país, em estreita parceria com a Universidade, potenciando o ensino e a investigação clínica. Esta colaboração tem impulsionado a inovação, reforçando o posicionamento da ULS na vanguarda científica, sendo reconhecida nacional e internacionalmente pela qualidade assistencial e pela participação em redes de referência europeias (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 2025).

1.1. COMPONENTE CLÍNICA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

O Serviço de Urologia A integra diversas áreas de prestação de cuidados, nomeadamente internamento de doentes do sexo masculino, consulta externa, setor de técnicas e a unidade de litotrícia.

A unidade de internamento dispõe de uma estrutura organizada, com espaços essenciais ao acolhimento e acompanhamento da pessoa e família: sala de espera/visitas, gabinetes de apoio (gestão de enfermagem, médico e secretariado clínico), sala de terapêutica, gabinetes de enfermagem, áreas de higiene assistida, vestiário e sala de pausa. Conta ainda com várias arrecadações, destinadas a roupa limpa, material clínico e equipamentos, assegurando a adequada organização de recursos. A lotação é de vinte e oito camas, distribuídas por quatorze quartos (seis individuais, um de quatro camas, três de duas camas e quatro de três camas).

Na consulta externa, existem seis gabinetes, um deles reservado à realização de consultas e procedimentos de enfermagem. O setor de técnicas inclui uma sala de acolhimento, que também funciona como gabinete de apoio aos profissionais, equipada com recursos informáticos, e duas salas para exames e procedimentos: uma destinada a técnicas endoscópicas (como cistoscopias para diagnóstico ou vigilância de neoplasias da bexiga e remoção de duplos “J”) e outra dedicada a procedimentos com apoio ecográfico, como biópsias e colocação ou substituição de cateteres de nefrostomia percutânea. Após o acolhimento e validação dos dados, os utentes são encaminhados para a sala correspondente ao procedimento a realizar.

A equipa multidisciplinar do Serviço de Urologia A integra médicos, enfermeiros, uma técnica superior de serviço social, três assistentes técnicas e treze técnicos auxiliares de saúde. No internamento, a equipa de enfermagem inclui vinte e sete elementos, dos quais dois são enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e três são especialistas em enfermagem de reabilitação. Na consulta externa e no setor de técnicas, a equipa é constituída por sete enfermeiras, incluindo duas especialistas em enfermagem médico-

cirúrgica, e uma técnica auxiliar de saúde. Na unidade de litotricia, a equipa é composta por uma enfermeira e uma técnica auxiliar de saúde.

O funcionamento do serviço organiza-se em três turnos diários: das 08h00 - 15h00 (turno da manhã), das 14h30 - 23h00 (turno da tarde) e das 22h30 - 08h30 (turno da noite). No turno da manhã, estão habitualmente ao serviço um enfermeiro responsável de turno, cinco enfermeiros na prestação de cuidados, um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e três a quatro técnicos auxiliares de saúde. Durante o turno da tarde, a equipa é composta por quatro enfermeiros (um dos quais assume a função de responsável de turno) e dois técnicos auxiliares de saúde. No turno da noite, permanecem dois enfermeiros e um técnico auxiliar de saúde (TAS).

O método de trabalho adotado é o método individual, em que cada enfermeiro assume a responsabilidade integral pelos cuidados a vários doentes, distribuídos com base no Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem da Administração Central do Sistema de Saúde, que permite determinar as necessidades de cuidados em horas de prestação (Regulamento n.º 533/2014, 2014). De acordo com Ventura et al. (2021), o método de trabalho é um pilar essencial da prática profissional em enfermagem, influenciando diretamente a qualidade e segurança dos cuidados prestados. No método individual, o enfermeiro é responsável por todas as fases do processo de cuidados, conceção, implementação e avaliação, assegurando uma abordagem holística e personalizada.

A passagem de turno de enfermagem cumpre o Procedimento Geral 15.00/2021 - Normalização da Passagem de Turno de enfermagem, da Direção de Enfermagem da ULS, garantindo a comunicação eficaz de dados clínicos, diagnósticos ativos, intervenções e outras informações relevantes sobre o doente e a sua família, em linha com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021), que no Pilar 3, Comunicação, reforça a importância de uma comunicação segura e eficiente em momentos de transição de cuidados.

As admissões no serviço ocorrem por via do serviço de urgência, da consulta externa ou por agendamento de cirurgia eletiva. As patologias mais frequentes incluem carcinoma da próstata e da bexiga, hiperplasia benigna da próstata, cancro do testículo, infeções do trato urinário e litíase renal ou ureteral. Este perfil epidemiológico acompanha a realidade nacional e internacional. De acordo com a *International Agency for Research on Cancer* (2024), em 2022, o cancro da próstata representou 19,9% dos casos em Portugal (7.529 novos diagnósticos), enquanto o cancro da bexiga em homens teve uma incidência de 7% (2.660 casos).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, até 2045, os diagnósticos de cancro aumentem mais de 20% na Europa, e até 55% globalmente, sendo determinantes fatores como o envelhecimento da população, tabagismo, consumo de álcool, obesidade e poluição atmosférica. Prevê-se que uma em cada cinco pessoas desenvolva cancro ao longo da vida, e que um em cada nove homens e uma em cada doze mulheres venha a morrer devido à doença (Chadwick, 2024).

Perante este panorama, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica desempenha um papel crucial na educação para a saúde, na promoção da adesão ao regime terapêutico, na aceitação do estado de saúde, na capacitação para o autocuidado, particularmente no acompanhamento de pessoas com ostomias urinárias, envolvendo ativamente cuidadores formais e informais no processo de reabilitação, como estratégia fundamental para assegurar cuidados seguros, personalizados e de excelência.

1.2. ESTÁGIO COM RELATÓRIO FINAL

O estágio com relatório final realizou-se no SPCIRA da ULS da Região Centro, o que permitiu o desenvolvimento de competências diferenciadas na prevenção e controlo das IACS e da resistência aos antimicrobianos. Deste modo a segurança do doente e o controlo dessas infeções têm merecido uma atenção crescente, refletida numa abordagem legislativa progressiva que evidencia a preocupação nacional e europeia com a qualidade e segurança dos cuidados.

Face à evidência de que Portugal apresentava, na União Europeia, taxas elevadas de IACS, distorções corrigíveis na prescrição de antibióticos e níveis preocupantes de resistência antimicrobiana, foi criado, pelo Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), resultante da fusão do Programa Nacional de Controlo de Infeções com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos. Entre os objetivos centrais destacam-se: reduzir as IACS, promover o uso adequado de antimicrobianos e diminuir a resistência aos antimicrobianos (Despacho n.º 15423/2013, 2013).

Na sequência da criação do PPCIRA, foram constituídos Grupos de Coordenação Regionais e Locais, substituindo as anteriores Comissões de Controlo de Infeção e Comissões de Antibióticos, com vista a uma resposta mais eficaz, coordenada e integrada (Despacho n.º 15423/2013, 2013). Posteriormente, o Despacho n.º 10901/2022 (2022) reforçou e clarificou os critérios para o funcionamento das Unidades Locais do PPCIRA (UL-PPCIRA), determinando a constituição de equipas multidisciplinares com médicos, enfermeiros,

farmacêuticos, microbiologistas e outros profissionais, com dedicação parcial ou total, e a articulação preferencial com os serviços de epidemiologia, qualidade e segurança.

Em conformidade com este enquadramento, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar da Região Centro deliberou, em 18 de maio de 2023, a criação do SPCIRA, que substituiu a anterior designação de UL-PPCIRA, assumindo competências executivas e de assessoria técnica, com autonomia técnica e autoridade institucional, para a implementação das estratégias definidas no âmbito do PPCIRA.

Paralelamente, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026, (Pilar 5 – Práticas seguras em ambientes seguros) consolidou a importância da prevenção de IACS e da contenção da resistência antimicrobiana como pilares fundamentais para a segurança do doente (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Os dados mais recentes reforçam a pertinência e atualidade destas estratégias: o Inquérito de Prevalência de IACS e Uso de Antimicrobianos em Hospitais Europeus 2022-2023, coordenado pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC), posiciona Portugal na terceira taxa mais elevada de infeções hospitalares na União Europeia e no Espaço Económico Europeu, com prevalência de 11,6%, quase o dobro da média europeia (Campos, 2024). Estes resultados evidenciam a importância de uma estrutura organizada, tecnicamente competente e permanentemente e dedicada, como o SPCIRA.

O SPCIRA desenvolve atividade transversal e integrada, alinhada com os objetivos definidos pelo PPCIRA e Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, bem como com as recomendações do ECDC e do Conselho da União Europeia (SPCIRA, 2025). De acordo com o seu Regulamento Interno, é um órgão executivo e de assessoria técnica, que apoia o Conselho de Administração, por solicitação deste ou por iniciativa própria, dispondo de autonomia técnica, autoridade institucional e independência para implementar o PPCIRA.

As suas competências incluem: elaboração, implementação e revisão periódica de normas institucionais de prevenção e controlo de infeção baseadas na evidência científica; coordenação de programas de vigilância epidemiológica; monitorização do consumo de antimicrobianos e da resistência microbiana, assegurando o retorno estruturado desta informação aos serviços; participação em programas nacionais e europeus de vigilância; auditorias clínicas internas; implementação de práticas de isolamento, sempre que clinicamente indicado, de acordo com a via de transmissão.

Este serviço presta consultadoria técnica em projetos de obras, requalificação de espaços e reorganização de circuitos hospitalares, bem como na seleção de materiais clínicos e não clínicos com impacto na prevenção e controlo de infeção. Participa na política de desinfeção e esterilização, incluindo a seleção de antissépticos, desinfetantes e métodos de esterilização,

e intervém na gestão de resíduos hospitalares, promovendo o cumprimento rigoroso da legislação.

A formação contínua dos profissionais de saúde é uma área estruturante, o SPCIRA desenvolve ações formativas, campanhas e outros momentos educativos, nomeadamente sobre precauções básicas de controlo de infeção, precauções baseadas nas vias de transmissão (PBVT), higienização das mãos, uso racional de antimicrobianos. Integra os programas de integração de novos profissionais, nomeadamente enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde, em articulação com o Serviço de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Cada serviço clínico da ULS da Região Centro conta com dois enfermeiros elo e um elo médico do SPCIRA, com descritor de funções definido e que atuam como interlocutores privilegiados para a aplicação local das normas. Os enfermeiros elo recebem 35 horas de formação teórico-prática ministrada pelos profissionais deste serviço e dispõem de quatro horas semanais dedicadas às suas funções, realizando atividades de monitorização, formação, apoio técnico e articulação com a equipa.

O SPCIRA dispõe de um gabinete principal, localizado no polo Hospitais da Universidade e de gabinetes nos restantes polos, garantindo presença física e operacionalização em toda a organização. O gabinete funciona em *open space*, com áreas de trabalho partilhadas para os enfermeiros e gabinetes para a enfermeira gestora e o secretariado clínico, em espaço distinto situam-se o gabinete do diretor de serviço, o vestiário, a sala de reuniões do Programa de Apoio à Prescrição Antimicrobiana (PAPA) e a arrecadação de equipamentos, nomeadamente máquinas de nebulização seca com peróxido de hidrogénio para a descontaminação ambiental de áreas críticas.

A equipa integra uma enfermeira gestora, um diretor clínico interino (especialista em infeciologia), doze enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, quatro médicos com dedicação parcial ao PAPA, uma farmacêutica e uma microbiologista. Conta ainda com o apoio de oito TAS com formação teórico-prática em prevenção e controlo de infeção, que colaboram na descontaminação ambiental por nebulização seca com peróxido de hidrogénio e em várias atividades logísticas e operacionais. Diariamente, encontra-se escalado um TAS das 08h00 às 20h00.

O horário do SPCIRA é das 08h00 - 16h00, em dias úteis, garantindo-se a continuidade da resposta com escala de prevenção até às 20h00, assegurada por um enfermeiro contactável por DECT (telefone móvel interno hospitalar). Este profissional assegura a vigilância epidemiológica, monitoriza notificações laboratoriais e ocorrências reportadas pelos serviços, e presta consultoria sobre alocação de doentes, as colheitas microbiológicas e a interpretação

de resultados laboratoriais, entre outras necessidades urgentes. Perante a identificação de um microrganismo epidemiologicamente relevante, nomeadamente um agente multirresistente como as *Enterobacterales* produtoras de carbapenemases (EPC), informa de imediato o enfermeiro responsável de turno, assegura a implementação das PBVT e presta consultoria na tomada de decisão. Compete-lhe, ainda, verificar/realizar a desinfeção mecânica ambiental com nebulização seca de peróxido de hidrogénio após alta, transferência de doentes infetados/colonizados por EPC e, no final do turno, enviar comunicação por correio eletrónico ao diretor do serviço, garantindo o registo a nível institucional.

Durante o estágio, foi possível acompanhar o enfermeiro tutor nos dias em serviço de prevenção até às 20h00, o que permitiu vivenciar o apoio em tempo real às equipas, participar na avaliação de casos, observar a comunicação interprofissional e colaborar na implementação das medidas de controlo de infeção.

Aos fins de semana e feriados, há um enfermeiro em prevenção no período compreendido entre as 09h00 e as 22h00, responsável pela vigilância epidemiológica e pela realização de procedimentos de desinfeção mecânica com nebulização seca de peróxido de hidrogénio, garantindo a continuidade da resposta.

Cada enfermeiro da equipa possui áreas clínicas e funcionais atribuídas, prestando assessoria técnica regular aos respetivos serviços, com base numa articulação contínua e especializada. No período do estágio neste serviço, acompanhámos diretamente o trabalho do enfermeiro tutor, responsável pelos serviços clínicos de Gastroenterologia, Pneumologias, Neurologias, Ortopedias do Hospital Geral e os Serviços de Urgência de ambos os polos, bem como por áreas funcionais partilhadas (Fibroscopia, Provas Ventilatórias, Área Técnica da Gastrenterologia), perfazendo um total de 191 camas. O método de trabalho baseia-se em equipas de dois elementos, assegurando continuidade de resposta na ausência de um deles.

No início de cada turno, realiza-se a passagem de turno, conduzida pelo profissional que termina funções às 20h00, com síntese do trabalho desenvolvido desde as 16h00 e partilha da informação relevante para o planeamento do turno. Este momento é central para a reflexão sobre a tomada de decisão clínica e para a partilha de preocupações de vigilância epidemiológica, como a identificação de rastreios e culturas positivas para EPC, e de dificuldades de alocação dos doentes face ao risco de transmissão cruzada e à escassez de quartos individuais.

As reuniões semanais do SPCIRA são essenciais à articulação técnico-operacional e à melhoria contínua. Nestas, partilham-se experiências, atualizam-se orientações, planeiam-se ações formativas e analisam-se indicadores de vigilância epidemiológica, permitindo

acompanhar tendências, identificar precocemente alterações nos perfis microbiológicos e ajustar, de forma fundamentada, estratégias de prevenção e controle de infecção.

A participação neste contexto permitiu uma compreensão integrada do funcionamento do SPCIRA e consolidou o reconhecimento do papel do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica como agente ativo na implementação de práticas clínicas baseadas na melhor evidência científica, com foco na vigilância epidemiológica, na segurança e na qualidade dos cuidados.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DESENVOLVIDAS

O Enfermeiro Especialista deve exercer a sua prática de forma segura, profissional e ética, recorrendo a uma tomada de decisão fundamentada na melhor evidência científica, nos princípios ético-deontológicos e nas preferências da pessoa. A sua competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e na consideração dos valores e expectativas da pessoa/ família. Assim, as competências comuns do enfermeiro especialista organizam-se em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Estes domínios constituem o referencial para a prática especializada em enfermagem e orientam a prestação de cuidados especializados, assegurando elevados padrões de qualidade e segurança.

2.1. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

No âmbito da enfermagem, a responsabilidade profissional, ética e legal comporta uma dimensão ética, que abrange o respeito e a proteção da dignidade humana, e uma dimensão moral, dado que a sociedade espera dos enfermeiros um desempenho competente e de qualidade. O desenvolvimento de competências nesta área pressupõe a aquisição e aplicação de conhecimentos que integrem conceitos, princípios, valores e deveres, em conformidade com a regulamentação vigente (Nunes & Amaral, 2022).

Nos artigos 97.º, 99.º e 100.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015, 2015), estabelece-se que o enfermeiro deve exercer a sua atividade com base em conhecimentos científicos e técnicos atualizados, assentando no respeito pela vida, pela dignidade humana e pelos direitos dos utentes. Este compromisso ético-profissional concretiza-se na adoção de práticas que promovem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, bem como na defesa de princípios fundamentais como a liberdade responsável, a justiça e a verdade. Assim, o enfermeiro assume a responsabilidade de cumprir integralmente as normas deontológicas e legais da profissão, responsabilizando-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, contribuindo para o bem comum e para a excelência do exercício profissional.

A Entidade Reguladora da Saúde (2021) remete para a alínea b) da Base 2 da Lei de Bases da Saúde, que consagra o direito de todas as pessoas a aceder a cuidados de saúde adequados à sua condição, de forma digna, com base na melhor evidência científica disponível e em conformidade com as boas práticas de qualidade e segurança. A proteção da saúde está, assim, intrinsecamente ligada ao princípio da dignidade da pessoa humana.

Quando a lei determina que os utentes devem ser tratados com humanidade e respeito, tal exigência traduz o dever das instituições prestadoras de cuidados de saúde de assegurar que o atendimento e o tratamento se realizem de acordo com esse princípio.

O Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Portugal, aprovados pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica em 2017, estabelecem diretrizes fundamentais para a prática profissional do enfermeiro especialista, em consonância com os princípios éticos que regem a profissão. Nesse contexto, o enfermeiro especialista desenvolve estratégias de resolução de problemas em colaboração com a pessoa em situação de doença, fundamentando a sua tomada de decisão no conhecimento e na experiência; participa ativamente no processo de tomada de decisão em equipa, selecionando as respostas mais adequadas; e assegura que as suas decisões respeitam os princípios deontológicos, promovendo a sua aplicação no exercício profissional e na equipa de enfermagem em que se insere (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Ao longo dos ensinamentos clínicos, tanto no Serviço de Urologia A como no SPCIRA, mantivemos sempre presente o enquadramento deontológico que orienta a prática profissional do enfermeiro especialista, reconhecendo a sua relevância na prestação de cuidados éticos, seguros e humanizados.

Durante o ensino clínico no Serviço de Urologia A, participámos ativamente na tomada de decisão em colaboração com os enfermeiros tutores e em articulação com os doentes, assegurando, em todas as circunstâncias, o respeito pelos princípios éticos e pelos direitos fundamentais da pessoa.

Nos turnos da tarde, assumimos o acolhimento dos doentes no serviço, garantindo um ambiente seguro, acolhedor e humanizado desde o primeiro contacto. Este acolhimento era realizado na sala própria, salvaguardando a privacidade e a confidencialidade das informações partilhadas pelos doentes e seus acompanhantes. Este momento inicial proporcionava também um espaço adequado para o esclarecimento de dúvidas e ações de ensino ajustadas às necessidades identificadas na avaliação inicial. Em todas as situações, mantivemos um compromisso ético-deontológico, respeitando valores, cultura, idade e, sempre que aplicável, a fragilidade das pessoas. Assegurámos que a informação era partilhada apenas com os profissionais diretamente envolvidos na continuidade dos cuidados, em conformidade com o dever de sigilo profissional previsto no artigo 106.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015, 2015).

Importa referir que a pandemia de COVID-19 impôs novos desafios aos serviços de saúde, exigindo adaptações significativas na organização e na prestação de cuidados. Neste hospital, procedeu-se à desativação das salas de tratamento, passando todas as intervenções a ser

realizadas nos quartos dos doentes. Atendendo a que o serviço dispunha apenas de um quarto com cortinas, recorremos sistematicamente aos biombos para salvaguardar, tanto quanto possível, a dignidade e a privacidade durante procedimentos como cuidados de higiene no leito, tricotomia, administração de enemas, tratamentos de feridas cirúrgicas e ensinamentos dirigidos à pessoa e aos cuidadores.

Neste contexto, tornou-se essencial cumprir os princípios consagrados no artigo 105.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015, 2015), que estabelece o dever do enfermeiro de informar o utente sobre os cuidados a prestar e de respeitar, defender e promover o seu direito ao consentimento informado, no respeito pela sua autodeterminação. Assim, assegurámos que os doentes eram devidamente informados sobre os procedimentos a realizar, promovendo o esclarecimento de dúvidas e garantindo o consentimento informado. Estes momentos foram também aproveitados para realizar ensinamentos pertinentes e personalizados, reforçando a participação ativa no processo de cuidados e valorizando a autonomia.

No âmbito do ensino pré-operatório, salientamos o caso de um doente acolhido que, no dia seguinte, seria submetido a prostatectomia radical. Entregámos o guia informativo elaborado pela equipa e confirmámos a informação previamente transmitida na consulta externa, abordando aspetos clínicos e funcionais relevantes para a compreensão do procedimento e das suas potenciais implicações. O doente encontrava-se numa enfermaria de quatro camas, o que constituiu um desafio adicional à privacidade e à confidencialidade; para mitigar este constrangimento, mantivemos as cortinas corridas ao redor da cama e adequámos o tom de voz, criando um ambiente mais reservado.

Durante a conversa, constatou-se que o doente desconhecia algumas alterações possíveis decorrentes da cirurgia, nomeadamente incontinência urinária e disfunção erétil, manifestando visível desconforto. Perante esta reação, ajustámos a abordagem com empatia e respeito, permitindo tempo para assimilação da informação e retomando o diálogo quando se sentiu mais confortável. Esta interação reforçou a importância de uma comunicação terapêutica centrada na pessoa, respeitadora do seu tempo, das suas emoções e da sua autonomia.

Para além do esclarecimento individualizado, enfatizámos, nos ensinamentos pré-operatórios, a capacitação funcional para o período pós-operatório, incentivando a participação ativa na reabilitação. Ensinámos exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico (exercícios de Kegel), explicando a identificação correta dos músculos a contrair para recuperação da função urinária e recorrendo a material didático simples, uma bola, para exemplificação. Considerámos fundamental iniciar estes ensinamentos no pré-operatório, uma vez que, na ausência

de dor, a pessoa consegue identificar melhor a musculatura pélvica e treinar os exercícios com maior eficácia, facilitando a recuperação pós-cirúrgica.

Nos cuidados a um doente que, à data da alta, necessitava de manter o cateter urinário, realizámos ensinamentos à pessoa e ao cuidador sobre os cuidados de manutenção do dispositivo, em conformidade com a Norma n.º 019/2015, atualizada em 29/08/2022 da Direção-Geral da Saúde (DGS), “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. As orientações-chave transmitidas foram:

- Higienizar as mãos antes e após qualquer manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem;
- Cumprir técnica limpa no manuseamento do cateter e do sistema, mantendo a conexão em circuito fechado; manter o cateter seguro e o saco coletor sempre abaixo do nível da bexiga;
- Esvaziar o saco coletor quando atingir cerca de dois terços da capacidade, para recipiente individual, evitando o contacto da válvula de despejo com as paredes do recipiente.
- Realizar a higiene diária do meato urinário;
- Realização de lavagem vesical para remoção de muco e prevenção de obstruções;
- Vigiar sinais de alerta (febre/arrepios, dor suprapúbica, ou lombar, redução ou ausência de débito urinário, extravasamento peri-cateter, urina muito turva ou hemática, mau odor persistente) e procurar orientação clínica

Estas medidas reduzem o risco de infeção, preservam o circuito fechado e promovem a segurança e a autonomia no domicílio (Norma n.º 019/2015, 2022).

Ao longo do ensino clínico no serviço de Urologia A, demonstrámos um compromisso consistente com a tomada de decisão ética e deontológica, garantindo cuidados de qualidade, seguros e centrados na pessoa, em conformidade com os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros para os Cuidados Especializados de Enfermagem Médico-Cirúrgica. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2017a), os enfermeiros, pela proximidade e pelo tempo que passam com a pessoa, têm a responsabilidade de criar e manter um ambiente terapêutico. Este ambiente é composto pelos elementos físicos, humanos e organizacionais aos quais a pessoa está exposta durante a prestação de cuidados de saúde, contribuindo, de forma direta ou indireta, para o seu sucesso terapêutico.

Durante o estágio no SPCIRA, fundamentámos a nossa prática profissional nos princípios éticos, legais e deontológicos que regulam o exercício da profissão.

Embora a nossa intervenção não envolvesse contacto direto com doentes, o foco manteve-se, desde o início, na promoção da cultura de segurança do doente, na confidencialidade da

informação clínica e no cumprimento rigoroso dos protocolos institucionais, com o objetivo de contribuir, de forma eficaz, para a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.

Neste âmbito, o dever de sigilo, consagrado no artigo 106.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015, 2015), constituiu princípio orientador da atuação. Este artigo estabelece que o enfermeiro deve manter confidenciais todas as informações sobre os doentes e suas famílias, partilhando-as apenas com os profissionais diretamente envolvidos no plano terapêutico, salvaguardando assim o seu bem-estar e os seus direitos.

Assim, garantimos que os dados clínicos fossem tratados com o máximo rigor e confidencialidade, partilhando apenas a informação estritamente necessária para prevenir a transmissão cruzada de infeções, e recorrendo aos canais institucionais apropriados. Paralelamente, assegurámos o registo adequado das informações relevantes no processo clínico e na base de dados do serviço, em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis. Ao longo do estágio, mantivemos este compromisso com o sigilo profissional, assegurando que qualquer informação sensível partilhada no seio da equipa fosse tratada com responsabilidade, critério e respeito.

Tivemos, ainda, múltiplas oportunidades de reflexão crítica sobre a tomada de decisão em contexto clínico, quer com o enfermeiro tutor, quer com a restante equipa. Momentos como a passagem de turno e as reuniões semanais foram particularmente enriquecedores, permitindo discutir dificuldades associadas à alocação adequada de doentes colonizados ou infetados, muitas vezes condicionada pela escassez de quartos individuais ou pela organização dos setores de internamento. Debatesmos também os desafios relacionados com a implementação dos rastreios microbiológicos à admissão e durante o internamento, de acordo com a Norma n.º 004/2023, Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento, ponderando estratégias que permitissem minimizar o risco de infeção cruzada, em consonância com os princípios da segurança e da não maleficência.

Um dos momentos mais exigentes, ocorreu perante a necessidade de iniciar PBVT para um doente internado, numa situação em que os quartos individuais estavam ocupados e a mobilização de doentes não era possível. A equipa desafiou-nos a refletir sobre a tomada de decisão mais adequada naquele contexto. Após análise no sistema SClínico, verificámos o grau de dependência do doente e a configuração do quarto onde se encontrava. Tratando-se de um doente com alta prevista para o dia seguinte, dependente nos autocuidados em grau elevado e alocado junto à janela num quarto duplo, decidimos manter a sua alocação, por

considerarmos reduzido o risco de transmissão ao outro utente. Esta decisão foi partilhada e validada com o enfermeiro responsável e com o nosso enfermeiro tutor. Em simultâneo, reforçaram-se as precauções padrão e o uso de material clínico dedicado, garantindo que a opção tomada respeitava o equilíbrio entre a segurança e os direitos dos doentes. Este episódio constituiu uma oportunidade significativa de aprendizagem, em que a decisão clínica foi suportada por evidência, reflexão ética e trabalho em equipa.

2.2. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental no desenvolvimento e implementação de práticas que promovem a qualidade dos cuidados. A sua responsabilidade inclui a gestão e a colaboração em programas de melhoria contínua, com o objetivo de garantir um ambiente terapêutico seguro (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026 sublinha a importância de implementar programas de vigilância epidemiológica do PPCIRA, com o objetivo de reduzir a incidência das IACS (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

No SPCIRA, a vigilância epidemiológica é ativa e sistemática, com monitorização contínua dos microrganismos epidemiologicamente relevantes. No início de cada turno, os enfermeiros acedem aos alertas laboratoriais e às admissões de doentes portadores desses microrganismos, através do correio eletrónico do serviço, recebendo notificações enviadas pelo HEPIC (sistema de informação para vigilância epidemiológica em unidades de saúde). Este sistema, ao promover a interoperabilidade em tempo real, envia automaticamente alertas para os elos SPCIRA dos serviços clínicos, permitindo resposta célere e eficaz, contribuindo para a prevenção e controlo de infeções, mitigando o risco transmissão cruzada e garantindo a segurança dos doentes.

Acompanhámos e colaborámos com o enfermeiro tutor, na vigilância epidemiológica, nomeadamente na análise e interpretação de dados relativos à suspeita de surtos por EPC e na monitorização das doenças respiratórias (integradas no Plano para a Resposta Sazonal em Saúde - Módulo Inverno 2024/2025 da ULS) nos serviços sob a sua responsabilidade. Um exemplo prático foi a suspeita de um surto por EPC, após aumento de notificações no HEPIC, num dado período, comparativamente ao ano anterior. Após levantamento exaustivo, verificou-se tratar-se de falso alarme: o acréscimo correspondeu ao internamento de doentes previamente colonizados e não a novos casos.

O aumento de notificações não correspondia à identificação de novos casos, mas sim ao internamento de doentes previamente colonizados, não configurando, portanto, um surto.

O enfermeiro especialista analisa a qualidade das práticas clínicas e participa na realização de auditorias (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Em 5 de fevereiro integrámos o Inquérito Global de Prevalência de Antimicrobianos e Resistência (Global-PPS versão 2022), inserido no programa Drive-AMS, projeto europeu que visa reduzir a utilização inapropriada de antimicrobianos através de programas de apoio à prescrição. Na ULS, o inquérito decorreu ao longo de vários dias; a equipa de enfermagem do SPCIRA organizou-se em pares e contou com a colaboração de infeciologistas do PAPA.

Colaborámos com o enfermeiro tutor no preenchimento dos formulários dos serviços cirúrgicos auditados. Posteriormente, verificámos os doentes internados às 08:00 desse dia, identificando os que tinham antimicrobianos prescritos. Para cada doente foi preenchido um formulário que incluía:

- Dados demográficos (idade e sexo);
- Antimicrobianos prescritos (nome, dose e unidade prescrita, número de doses diárias, via de administração);
- Data de início da prescrição;
- Diagnóstico e justificação da prescrição;
- Tipo de tratamento (empírico ou dirigido).

Após a recolha a equipa deslocou-se aos serviços, onde, em conjunto com o enfermeiro e o médico elos do SPCIRA, validou os dados. Na discussão clínica constatou-se que, em alguns casos, a indicação para tratamento/profilaxia não estava devidamente registada no processo clínico, evidenciando a necessidade de melhorar a documentação da prescrição antimicrobiana. Por fim, colaborámos na inserção dos dados na plataforma Global-PPS, assegurando o correto registo e submissão.

A participação nestas atividades permitiu-nos aprofundar competências na recolha, análise e interpretação de dados clínicos, e reconhecer a importância da auditoria e da monitorização contínua como pilares da segurança do doente. O envolvimento em processos de vigilância epidemiológica e no projeto de âmbito europeu reforçou a compreensão da responsabilidade do enfermeiro especialista na promoção da qualidade e na implementação de práticas baseadas na evidência. Estas experiências contribuíram de forma significativa para a nossa maturidade profissional, consolidando uma prática crítica, ética e centrada na segurança e efetividade dos cuidados.

2.3. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

No domínio das competências da gestão dos cuidados, compete ao enfermeiro especialista gerir os cuidados de enfermagem, otimizar a resposta da equipa e a articulação com a restante equipa multidisciplinar, adaptar a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto e garantir a qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Durante o ensino clínico no serviço de Urologia A, observámos o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro tutor enquanto responsável de turno. Na elaboração do horário mensal, o enfermeiro gestor do serviço designa os profissionais que assumem essa função.

O enfermeiro responsável de turno desempenha um papel central na gestão dos cuidados, cabendo-lhe: otimizar os recursos humanos; elaborar o plano de trabalho da equipa de enfermagem e dos técnicos auxiliares de saúde em cada turno; distribuir equitativamente os doentes segundo o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (Regulamento n.º 533/2014, 2014), de acordo com o sistema de classificação de doentes; designar profissionais para acompanhar doentes transferidos e/ou para a realização de meios complementares de diagnóstico ou consultas.

Integra ainda as suas atribuições a supervisão do cumprimento do plano de trabalho dos técnicos auxiliares de saúde e o assegurar do cumprimento das normas institucionais e das necessidades de cuidados.

Este enfermeiro é também responsável pela gestão das vagas no serviço e pelo agendamento e gestão de visitas, em conformidade com o regulamento interno da ULS. Adicionalmente, garante a gestão eficiente dos recursos materiais e equipamentos, promovendo a sua utilização adequada, supervisionando a conferência de materiais e encaminhando para reparação os equipamentos danificados.

No que respeita à qualidade compete-lhe supervisionar a execução das intervenções de enfermagem, prevenir desvios na sua implementação, gerir conflitos no seio da equipa e coordenar a resposta em situações de emergência. Deve ainda registar e comunicar incidentes, documentar as ocorrências relevantes e transmiti-las ao responsável do turno seguinte e ao enfermeiro gestor, assegurando a continuidade dos cuidados.

Durante os turnos da tarde e da noite, o responsável de turno acumula a gestão com a prestação direta de cuidados, o que aumenta a exigência do papel e requer gestão eficiente do tempo, priorização e tomada de decisão rápida.

A nossa experiência profissional, enquanto enfermeira responsável de turno no serviço onde exercemos funções, confirmou os desafios e exigências inerentes a esta competência. Destacamos a necessidade de gestão do tempo, tomada de decisão baseada na segurança

e na qualidade e comunicação clara e assertiva com a equipa multidisciplinar, assegurando a articulação entre todos intervenientes. É, ainda, fundamental a capacidade de adaptação a imprevistos, a supervisão do cumprimento das normas e a promoção de um ambiente colaborativo orientado para a excelência.

A gestão de recursos humanos e materiais, bem como a supervisão da execução dos cuidados, exige um olhar atento e proativo, garantindo a continuidade dos cuidados e a segurança dos doentes.

Assim, a experiência adquirida reforçou a importância das competências de liderança e gestão inerentes ao enfermeiro especialista, permitindo consolidar conhecimentos e desenvolver estratégias para otimizar a resposta da equipa e assegurar cuidados de qualidade.

No contexto do estágio realizado no SPCIRA, o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista foi evidente, designadamente na assessoria prestada aos enfermeiros e às equipas, na colaboração nos processos de decisão da equipa de saúde e na qualificação para a tomada de decisão no processo de cuidar (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A colaboração com o enfermeiro tutor na assessoria aos enfermeiros e os do SPCIRA, nos diversos serviços clínicos sob a sua responsabilidade, permitiu-nos compreender com maior profundidade o papel nuclear do enfermeiro especialista do SPCIRA na implementação de estratégias que promovem e consolidam a cultura de segurança do doente. Observámos, de perto, a relevância da sua intervenção na sensibilização das equipas, na monitorização do cumprimento das boas práticas e na implementação de medidas eficazes de prevenção e controlo de infeção, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Acompanhámos o enfermeiro tutor em visitas aos serviços clínicos, com o objetivo de conhecer a sua estrutura física e identificar constrangimentos com impacto na prevenção da transmissão cruzada. Participámos na assessoria prestada aos enfermeiros e os que solicitaram apoio, sobretudo para esclarecimento de dúvidas. Ficou patente que a comunicação eficaz e a relação de confiança entre o enfermeiro tutor e os enfermeiros e os são determinantes para a implementação de melhorias na prática clínica.

No âmbito da assessoria ao Serviço de Contingência Sazonal, acompanhámos várias visitas no contexto do Plano para a Resposta Sazonal em Saúde - Módulo Inverno 2024/2025 da ULS. Tratando-se de uma área com PBVT por gotículas, foi reforçada a etiqueta respiratória e a observância do uso de máscara FFP2 pelos profissionais em contacto com os doentes, conforme orientação institucional.

Durante as visitas, o enfermeiro tutor alertou-nos para a importância de observar a dinâmica dos serviços, nomeadamente: circulação dos profissionais e doentes nos corredores;

reposição de materiais nos dispensadores de equipamento de proteção individual (EPI); utilização correta do EPI pelos profissionais; e higiene do ambiente na unidade do doente.

Verificámos, ainda, a conformidade dos panos de microfibra pré-impregnados (limpeza) e dos toalhetes descartáveis pré-impregnados (desinfecção) com as orientações do SPCIRA, incluindo o acondicionamento e o manuseamento adequados. Foi também confirmada a utilização da estação de limpeza TTS, disponibilizada a todos os serviços, visando uniformizar procedimentos e reforçar o controlo ambiental na prevenção de infeções por transmissão cruzada.

Ao longo do estágio, a nossa capacidade de observação foi sendo aperfeiçoada, a ponto de, em diversas situações, identificarmos de imediato potenciais falhas e propormos correções adequadas, evidenciando maior autonomia na aplicação de procedimentos e normas institucionais.

Estas experiências aprofundaram e clarificaram o papel do enfermeiro especialista na gestão dos cuidados, evidenciando a necessidade de liderança situacional e de gestão eficiente dos recursos humanos e materiais. O contacto direto com a coordenação de cuidados e a participação na assessoria do SPCIRA permitiram-nos desenvolver, de forma sistemática, competências de gestão, coordenação interprofissional e comunicação clínica, bem como a tomada de decisão informada pela evidência. Estas aprendizagens foram determinantes para consolidar competências essenciais do exercício especializado, traduzindo-se em processos assistenciais mais articulados e seguros e na garantia, em equipa, da qualidade, continuidade e segurança dos cuidados.

2.4. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais o enfermeiro especialista alicerça a tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador dos processos de aprendizagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Ao longo dos ensinamentos clínicos, investimos no autoconhecimento, condição essencial para estabelecer relações terapêuticas eficazes com os doentes e promover uma colaboração produtiva com a equipa multiprofissional. A nossa capacidade de comunicação aberta e a facilidade em criar vínculo com doentes e profissionais constituíram pontos fortes, favorecendo um ambiente de confiança e empatia.

Esta experiência permitiu-nos, ainda, reconhecer e gerir as próprias emoções, sobretudo em situações de pressão, ajustando a nossa atuação às necessidades do contexto e da equipa. Este processo revelou-se determinante para manter o foco no bem-estar da pessoa e na qualidade dos cuidados prestados.

Durante o período de integração no serviço de Urologia A, e sempre que necessário, consultámos normas e procedimentos institucionais, assegurando a uniformização de práticas, a segurança do doente e a qualidade dos cuidados. Mantivemos, de forma sistemática, a atualização científica, recorrendo à pesquisa bibliográfica sempre que se justificou, com vista a melhorar a qualidade dos cuidados.

A oportunidade de acompanhar a enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica em contexto da consulta externa, foi particularmente enriquecedora. Destacamos a consulta de enfermagem dirigida a pessoas com urostomias e nefrostomias percutâneas. A enfermeira, detentora da Competência Acrescida Avançada em Estomaterapia, conferida pela Ordem dos Enfermeiros, desempenha um papel crucial na gestão das complicações associadas à ostomias urinárias, bem como na capacitação da pessoa ostomizada e dos prestadores de cuidados.

Sendo a ostomia de eliminação intestinal uma das nossas áreas de interesse profissional, este acompanhamento revelou-se especialmente pertinente. A observação e participação neste contexto permitiram aprofundar conhecimentos sobre boas práticas na gestão de complicações associadas a ostomias de eliminação e desenvolver competências específicas orientadas para a prestação de cuidados de qualidade à pessoa em situação crónica.

Esta experiência evidenciou a importância dos cuidados centrados na pessoa ostomizada e nos seus cuidadores, integrando não apenas a gestão técnica da ostomia, mas também o suporte emocional e educacional necessário para melhorar a qualidade de vida da pessoa. A tomada de decisão partilhada, entre a pessoa, o cuidador e o enfermeiro especialista, fundamentada na melhor evidência, favorece uma abordagem personalizada, eficaz e segura.

No contexto do estágio no SPCIRA, foi essencial adquirir e consolidar conhecimentos sobre as normas nacionais, internacionais e internas que orientam as práticas de prevenção e controlo de infeção, bem como sobre a resistência aos antimicrobianos. Esta aprendizagem foi determinante para compreender os procedimentos gerais e as instruções de trabalho específicas do serviço.

Participámos ativamente na dinâmica do SPCIRA, adotando uma atitude responsável, proativa e de confiança. Procurámos compreender criticamente as práticas e procedimentos implementados, analisando a organização e os métodos de trabalho.

Garantimos que a nossa colaboração fosse pautada por rigor e segurança, reconhecendo o papel do serviço na qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Estivemos plenamente conscientes da responsabilidade associada, tratando-se de uma metodologia altamente específica e, até então, pouco familiar para nós.

Empenhámo-nos também em integrar os valores e objetivos do SPCIRA, reforçando a importância de uma abordagem multidisciplinar e baseada na evidência científica. Este envolvimento permitiu não só aprofundar conhecimentos, como também consolidar práticas alinhadas com os mais elevados padrões de prevenção e controlo de infeção.

Ao longo do estágio surgiram diversas oportunidades de colaboração com o enfermeiro tutor, sobretudo em momentos de formação informal no âmbito de assessoria prestada aos serviços sob a sua responsabilidade. Nesses contextos, privilegiámos a partilha de conhecimentos, a discussão de boas práticas, nomeadamente a higienização das mãos, a utilização adequada de EPI e a higienização da unidade do doente, e a definição de estratégias de melhoria contínua, com vista a otimizar os cuidados e fortalecer as equipas.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), o enfermeiro especialista assume a responsabilidade de ser facilitador da aprendizagem no ambiente de trabalho e desempenha a função de formador adequado ao contexto de trabalho. Neste sentido, destacamos algumas atividades desenvolvidas:

Durante o ensino clínico na Urologia A, identificámos incumprimentos do “Feixe de Intervenções” preconizadas para a prevenção da infeção do local cirúrgico (ILC), previsto na Norma n.º 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022. Em particular: a tricotomia era realizada no turno da tarde do dia anterior à cirurgia, tanto para o primeiro como para o segundo tempo operatório, contrariando as recomendações da Norma; e o banho pré-operatório com clorhexidina 2% ou 4%, previsto para a véspera da intervenção, nem sempre era cumprido.

Para promover a reflexão crítica da equipa e a melhoria contínua da prática, propusemos ao enfermeiro gestor a inclusão de uma ação formativa sobre esta temática no horário mensal. Embora tal não tenha sido possível nesse período, a formação ficou elaborada e foi manifestada total disponibilidade para a sua apresentação logo que surja oportunidade, conforme documentado no Apêndice 2.

Como referido, o SPCIRA colabora com o Serviço de Formação e Aperfeiçoamento Profissional no Programa de Integração de TAS da instituição. Na sequência da criação da carreira especial de TAS, pelo Decreto-Lei n.º 120/2023 (2023), foi estabelecido um período experimental de 90 dias, durante o qual o trabalhador deve frequentar um programa de integração de 30 dias, especificamente definido pelo profissional responsável pelo processo

e homologado pelo órgão máximo de gestão, atendendo às particularidades do serviço a que está afeto. Este programa integra sessões teóricas em sala, organizadas pelo serviço de formação, e uma componente prática nos respetivos serviços, incidindo, entre outros conteúdos, nas medidas de prevenção e controlo de infeção e na utilização adequada de EPI.

No âmbito deste programa, planeámos e realizámos, sob supervisão e com a colaboração do enfermeiro tutor, formação com prática simulada sobre Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) dirigida aos TAS em integração no Serviço de Cirurgia Geral, realizadas a 28 de novembro de 2024, conforme apresentado nos Anexo 1 e Apêndice 3. A formação foi precedida de análise prévia das instruções de trabalho do serviço e contemplou os seguintes conteúdos:

- Apresentação dos detergentes e desinfetantes utilizados na instituição, segundo as orientações do SPCIRA, com destaque para as situações específicas de utilização;
- Explicação detalhada da estação de limpeza TTS: composição, organização do material necessário à higienização do ambiente e momentos de reposição;
- Demonstração da preparação das diluições e do processo de pré-impregnação de panos de microfibra, toalhetes secos mopas destinados à limpeza e desinfecção das unidades dos doentes;
- Apresentação da técnica de higienização da unidade do doente, segundo o método de dois passos (limpeza e desinfecção), da zona mais limpa para a mais suja e das superfícies mais elevadas para as mais baixas;
- Demonstração e monitorização da higienização das mãos, de acordo com os cinco momentos preconizados pela OMS, e da sequência correta de colocação e remoção do EPI, ajustada ao procedimento a realizar.

A formação decorreu de forma produtiva e eficaz, com elevado envolvimento dos participantes. Na componente prática simulada, observámos a aplicação correta dos conteúdos demonstrados, e a formulação de questões pertinentes, evidenciando proatividade, espírito crítico e motivação para a aprendizagem. Globalmente, os objetivos pedagógicos foram alcançados, contribuindo para o reforço da segurança do doente e para a uniformização de práticas de prevenção e controlo de infeção.

Esta experiência revelou-se particularmente enriquecedora enquanto enfermeira especialista em formação, permitindo desenvolver competências pedagógicas, reforçar o papel de facilitadores da aprendizagem entre pares e consolidar a identidade profissional num contexto orientado para a qualidade e segurança dos cuidados.

Paralelamente, elaborámos e apresentámos, em colaboração com os colegas de estágio, um póster intitulado Dispositivos Estratégicos na Prevenção de Infecções da Corrente Sanguínea Relacionadas com o Cateter Vascular Central (CVC), conforme documentado no Apêndice 4.

O principal objetivo foi promover uma reflexão crítica sobre os dispositivos médicos com potencial para reduzir a incidência de infeções da corrente sanguínea relacionadas com o cateter venoso central, enquanto medidas complementares de segurança do doente.

O CVC é amplamente utilizado em contexto hospitalar e associa-se, com frequência, ao desenvolvimento de infeções da corrente sanguínea relacionadas com este dispositivo, complicação com impacto clínico, social e económico significativo. A evidência científica mostra que este tipo de infeções estão associadas a prolongamento do internamento em cerca três semanas e mortalidade atribuível que pode variar entre 14% e 40% (Xu et al., 2024).

Face esta realidade, têm sido definidas recomendações normativas e feixes de intervenção (*bundles*) com o objetivo de promover boas práticas de prevenção e controlo da infeção e melhorar os indicadores de qualidade e segurança dos cuidados (Norma n.º 022/2015, 2022). Em simultâneo, os avanços tecnológicos têm impulsionado o desenvolvimento de dispositivos médicos inovadores, visando reduzir a incidência de infeções da corrente sanguínea relacionadas com o CVC e promover práticas baseadas na evidência.

Realizámos, assim, uma revisão da literatura, com o objetivo de identificar e analisar os dispositivos médicos utilizados na prevenção de infeções da corrente sanguínea relacionadas com o CVC. A pesquisa bibliográfica foi conduzida nas bases de dados científicas MEDLINE (PubMed) e CINAHL (EBSCOhost), privilegiando publicações dos últimos cinco anos, para assegurar atualidade e aplicabilidade à prática clínica.

A questão orientadora foi:

Quais os dispositivos que contribuem para a prevenção de infeção da corrente sanguínea relacionada com o CVC?

Com base na evidência científica mais recente, identificaram-se três categorias de dispositivos médicos cuja eficácia na prevenção de infeção da corrente sanguínea relacionada com o CVC se encontra amplamente documentada:

- CVC com revestimento/impregnação antimicrobiana;
- Pensos impregnados com gluconato de clorexidina;
- Tampas de barreira antisséptica.

A revisão sistemática com meta-análise conduzida por Cao & Wang (2024) demonstrou que, em adultos, o uso de CVC impregnados ou revestidos com clorexidina, sulfadiazina de prata ou outros antimicrobianos, reduziu significativamente a taxa de colonização do CVC e a

incidência de infecção da corrente sanguínea relacionada com o CVC, em comparação com o CVC convencional e com a aplicação isolada de feixes de intervenção. Os autores concluem que o revestimento antimicrobiano constitui uma estratégia eficaz na redução do risco de infecção, recomendando, contudo, a realização de uma avaliação do custo-benefício antes da sua implementação generalizada.

Sabe-se que, entre os 7 e os 10 dias após a inserção do CVC, a microbiota cutânea pode migrar ao longo da superfície externa do cateter, favorecendo a colonização e, consequentemente, a infecção. A aplicação de pensos impregnados com gluconato de clorexidina tem sido identificada como uma medida preventiva eficaz. A revisão sistemática de literatura de Xu et al. (2024) reforça esta evidência, demonstrando uma redução significativa das taxas de colonização e de infecção da corrente sanguínea relacionada com o CVC, contribuindo para a segurança dos cuidados e para os ganhos em saúde. Contudo, os autores alertam para a importância de ponderar o impacto económico da utilização generalizada deste dispositivo. Puig-Asensio et al. (2020) corroboram estas conclusões em contexto de população adulta, mas salientam a escassez de evidência robusta em contexto pediátrico e neonatal, onde o risco de eventos adversos é mais elevado.

As tampas de barreira antisséptica, que contêm agentes desinfetantes como álcool isopropílico a 70% ou gluconato de clorexidina, atuam como método de desinfecção passiva, prevenindo a contaminação intraluminal do CVC. Mantêm a válvula anti-refluxo desinfetada até sete dias, devendo ser substituídas após cada utilização do cateter. De acordo com Gillis et al. (2023), a sua utilização reduz as taxas de infecção da corrente sanguínea relacionada com o CVC, sobretudo em unidades de cuidados intensivos. Os autores destacam ainda a facilidade de uso, a aceitação pelos profissionais e a otimização do tempo de cuidados, promovendo a adesão às boas práticas. Apesar dos benefícios, recomendam a realização de ensaios clínicos randomizados para avaliar a sua custo-efetividade em diferentes contextos clínicos.

A evidência analisada está em consonância com o documento de posição da *International Society for Infectious Diseases* (Rosenthal et al., 2025), que reforça a eficácia dos CVC impregnados com agentes antimicrobianos em adultos (com evidência de qualidade moderada em pediatria), bem como a utilização de pensos de gluconato de clorexidina em crianças com mais de dois meses de idade, para a qual se verifica evidência de alta qualidade. Adicionalmente, a desinfecção passiva proporcionada pelas tampas antissépticas constitui uma estratégia eficaz e complementar à desinfecção ativa, com impacto relevante na prevenção das infeções da corrente sanguínea relacionada com o CVC

O enfermeiro especialista baseia a sua prática na melhor evidência científica disponível, reconhece lacunas no conhecimento e contribui ativamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019 (2019).

Tendo como objetivo o desenvolvimento de competências em prevenção e controlo das IACS, participámos em diversos eventos e atividades ao longo dos ensinos clínicos, que se descrevem seguidamente.

No âmbito do Dia Mundial da Higiene das Mãos, assinalado a 5 de maio de 2024, o SPCIRA da ULS da Região Centro promoveu a campanha “5 MOMENTOS 5 DIAS”, alinhada com a iniciativa da OMS “SALVE VIDAS: Higienize as suas mãos”, conforme apresentado no Anexo 2.

A campanha centrou-se na sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da higienização das mãos como medida fundamental de prevenção e controlo das IACS, com impacto direto na segurança dos doentes. O objetivo foi reforçar o conhecimento e capacitar os profissionais através de ações formativas inovadoras e treinos de elevada qualidade.

Neste contexto, o SPCIRA organizou, no Centro de Simulação Biomédica da ULS, sessões de simulação de alta fidelidade sobre higiene das mãos, nas quais participámos. Considerámos esta abordagem formativa particularmente pertinente para a partilha de conhecimento, o reforço de boas práticas e a reflexão crítica sobre os “cinco momentos” de higiene das mãos, permitindo identificar áreas de melhoria e consolidar comportamentos que contribuem para a segurança do doente e para a qualidade dos cuidados prestados.

Participámos no 30.º Congresso da Associação Portuguesa de Infecção Hospitalar e no 2.º Encontro de Benchmarking dos SPCIRA, com o tema “Investigar, Implementar, Integrar”, realizados em Lisboa nos dias 22, 23 e 24 de maio de 2024, conforme apresentado no Anexo 3.

O congresso revelou-se particularmente enriquecedor para o nosso percurso enquanto elo do SPCIRA e para a consolidação do perfil de futura enfermeira especialista.

As comunicações assentaram na evidência científica mais recente e abordaram temáticas atuais e de elevada relevância na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.

A participação neste evento favoreceu a reflexão crítica sobre a prática, evidenciando a importância do contributo de cada profissional de saúde e das organizações para a qualidade dos cuidados e a segurança do doente.

Foram ainda apresentadas estratégias de implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade, que proporcionaram ferramentas e abordagens úteis para o aperfeiçoamento

dos cuidados. A partilha de experiências e conhecimentos entre profissionais reforçou a importância da formação contínua, da adoção de práticas baseadas na evidência e do trabalho colaborativo entre equipas, como forma de prevenir as IACS e melhorar globalmente a qualidade e segurança dos cuidados.

No dia 5 de junho de 2024, assistimos ao Seminário “Desafios na Gestão de Resíduos em Saúde: Contributos para o Ambiente”, conforme apresentado no Anexo 4, que teve por objetivos:

- Sensibilizar para a relevância da gestão adequada de resíduos em diferentes setores, evidenciando o seu impacto ambiental, económico e na saúde pública;
- Desenvolver competências na gestão de resíduos produzidos no ensino, nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares;
- Divulgar o programa Eco Escola da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, promovendo uma escola e uma sociedade mais sustentáveis;
- Formar para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e para a saúde global.

Partindo do pressuposto de que os desafios da gestão de resíduos em saúde exigem uma abordagem diversificada, combinando regulamentação eficaz, inovação tecnológica e educação ambiental, foi sublinhado o papel determinante do programa Eco Escolas.

O seminário foi organizado em três mesas redondas:

- Gestão de Resíduos na área do Ensino Superior
- Gestão de Resíduos na área dos Cuidados de Saúde Primários
- Gestão de Resíduos na área dos Cuidados de Saúde Diferenciados

O Politécnico de Coimbra esteve representado e foi destacado pelo seu percurso em sustentabilidade ambiental. A instituição foi distinguida com o galardão Eco Escolas, atribuído pela Associação Bandeira Azul da Europa, afirmando-se como um dos maiores Eco Politécnicos do país e pioneiro na implementação do programa em contexto académico. Entre os resultados evidenciados contam-se a redução e o tratamento adequado de resíduos, em áreas comuns e laboratoriais, com vista à minimização do impacto ambiental.

A Escola Superior de Enfermagem de Coimbra apresentou um protocolo inovador para combater o desperdício alimentar, associado às sobras de refeições fornecidas pelo Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH). Este protocolo permite o aproveitamento das refeições excedentes por estudantes elegíveis e a sua redistribuição segura.

Na mesa dedicada à “Gestão de Resíduos nos Cuidados de Saúde Primários”, discutiram-se dificuldades quotidianas à produção, triagem e armazenamento de resíduos de saúde,

frequentemente realizados de forma inadequada, bem como os constrangimentos do transporte de resíduos gerados no domicílio.

Foram apresentadas estratégias para mitigar riscos para a saúde pública e para o ambiente, reforçando a importância da formação contínua e do envolvimento de toda a equipa multidisciplinar.

Na última mesa subordinada à “Gestão de Resíduos nos Cuidados de Saúde Diferenciados”, foram partilhadas estratégias e desafios em contexto hospitalar.

Nas áreas clínicas, os resíduos devem ser triados e eliminados na própria área de produção, procedendo-se à separação imediata de acordo com o grupo a que pertencem (por exemplo, os resíduos provenientes dos quartos dos doentes são classificados como grupo III). Foi enfatizada a importância das precauções básicas de controlo de infeção e da existência de circuitos adequados de resíduos, com contentores fechados, higienizáveis e de abertura sem contacto manual, colocados na área de produção. Sublinhou-se ainda que, embora a reciclagem seja relevante, é insuficiente por si só, atendendo aos custos significativos associados aos resíduos hospitalares. Após o acondicionamento adequado, os resíduos são recolhidos e transportados pela empresa contratada pela organização.

Participámos no encontro científico “Hospital Limpo, Hospital Seguro”, dinamizado pelo SPCIRA da ULS da Região Centro, que teve lugar no dia 20 de outubro de 2024, nos Hospitais da Universidade, conforme apresentado no Anexo 5.

Esta iniciativa, realizada pela primeira vez, enquadrou-se na campanha internacional *Clean Hospitals Day*, celebrada anualmente a 20 de outubro, com o objetivo de aumentar a consciencialização sobre a importância da higiene ambiental nos serviços de saúde e de promover o envolvimento ativo das instituições de saúde a nível mundial.

O encontro reuniu gestores, profissionais de saúde e serviços de apoio, com o intuito de reforçar a relevância da higiene ambiental hospitalar para a segurança do doente e para a qualidade dos cuidados prestados.

Temáticas abordadas no âmbito do controlo ambiental:

- Impacto Económico das IACS

Foi evidenciada a relação entre higiene ambiental e redução dos custos decorrentes de infeções, destacando a prevenção como uma estratégia eficaz para minimizar gastos com internamentos prolongados e tratamentos adicionais. Foram partilhados dados do Inquérito de Prevalência de Ponto das IACS e do Uso de Antimicrobianos 2022–2023, nos quais Portugal registou uma prevalência de 11,6% em doentes internados, face à média de 6,8% nos restantes países da União Europeia.

- **Controlo Ambiental - Mudança de Paradigma**
Defendeu-se a adoção de processos de limpeza e desinfeção mais rigorosos e sustentados na evidência. A redução da contaminação ambiental foi apontada como determinante para conter a disseminação de microrganismos multirresistentes.
- **A Importância do Controlo Ambiental em Áreas Específicas**
Foi discutida a intervenção do SPCIRA em áreas críticas, como blocos operatórios, destacando-se a desinfeção *no-touch* associada a limpeza profunda, estratégia que minimiza o erro humano e alcança superfícies de difícil acesso, incluindo equipamentos eletrónicos.
- **Reprocessamento de Dispositivos Médicos**
Enfatizou-se a necessidade de uma gestão eficiente e segura do reprocessamento de dispositivos médicos reutilizáveis, garantindo descontaminação adequada e segurança na utilização.
- **Sinergias em Controlo Ambiental – Importância dos Serviços de Apoio**
Reconheceu-se o contributo essencial das equipas de apoio e dos prestadores de serviços (como limpeza, lavandaria e gestão de resíduos) para a promoção de um ambiente hospitalar seguro, limpo e sustentável.

O evento reforçou a necessidade de uma estratégia integrada de controlo ambiental, assente na formação contínua, na monitorização sistemática dos processos e na incorporação de tecnologias inovadoras. O compromisso e a colaboração de todas as áreas envolvidas revelam-se fundamentais para assegurar um hospital mais limpo, seguro e sustentável.

No âmbito da nossa integração no SPCIRA, acompanhámos a organização do evento e a preparação de algumas apresentações. Esta experiência permitiu compreender a dinâmica da equipa e o seu papel estratégico na instituição, incluindo a elaboração de procedimentos gerais e instruções de trabalho, a reorganização de circuitos e a assessoria aos serviços clínicos e a prestadores externos relativamente às boas práticas de limpeza e desinfeção em áreas clínicas e não clínicas.

Participámos no “6º Congresso International, IACS 2024, Desafios e Inovação em Controlo de Infecção”, realizado a 24 e 25 de outubro de 2024, em Santa Maria da Feira, conforme apresentado no Anexo 6.

O congresso revelou-se de elevada relevância para a prática de enfermagem, em particular no âmbito da prevenção e controlo de infeções, bem como na promoção da segurança do doente. A abordagem multidisciplinar das IACS, sublinhada na conferência inaugural, evidenciou a necessidade de um compromisso coletivo e sustentado na aplicação de práticas baseadas na evidência.

Foi igualmente destacado o papel da inovação, suportada por novas tecnologias e pelo potencial da inteligência artificial, enquanto facilitadora da otimização de metodologias, do reforço da colaboração interprofissional e da melhoria dos processos de comunicação nas equipas. Estes fatores contribuem, de forma decisiva, para uma abordagem mais eficaz e integrada na prevenção e controlo das IACS.

Salientamos, em particular, o painel “Preparar o Futuro das EPC”, apresentado por uma equipa da ULS de Braga. A sessão abordou estratégias para combater a colonização e a infeção por EPC, com ênfase no rastreio precoce, na correta higiene das mãos, no uso adequado de EPI e numa limpeza e desinfeção ambientais rigorosas.

A equipa multidisciplinar, em articulação com o serviço de Infeciologia, tem vindo a implementar um conjunto de boas práticas, entre as quais se destacam: o isolamento adequado dos doentes, a descontaminação eficaz de equipamentos, a formação contínua dos profissionais de saúde e a sensibilização ativa dos doentes e respetivas famílias.

Foi ainda reforçada a importância da gestão eficiente dos isolamentos e da vigilância epidemiológica, com recurso a ferramentas digitais. A apresentação sublinhou também o papel determinante do ambiente na transmissão de infeções, alertando para a interação entre profissionais, doentes e visitas, e para a necessidade de uma desinfeção eficaz das superfícies.

Foram apresentados exemplos reais de contaminação de dispositivos e materiais, como colchões e bancadas, que evidenciaram o impacto direto de práticas de limpeza inadequadas e a eficácia de medidas corretivas adotadas para reduzir o risco de transmissão de infeções.

No simpósio “*Sustainable Healthcare and Infection Control*”, considerámos pertinente a reflexão sobre a conciliação entre eficácia no controlo de infeções e sustentabilidade ambiental. A apresentação centrou-se na redução, reutilização e reciclagem de materiais, sublinhando o impacto ambiental do uso excessivo de plásticos em contexto hospitalar, incluindo microplásticos, e de substâncias potencialmente tóxicas presentes em diversos materiais utilizados nos cuidados de saúde. Foram igualmente discutidos os impactos ambientais associados a determinados EPI e a têxteis hospitalares, reforçando a urgência de repensar processos de produção e utilização e de promover alternativas mais sustentáveis. Destacou-se, assim, a importância de integrar práticas inovadoras e baseadas na evidência, assegurando cuidados de qualidade e segurança ao doente, protegendo simultaneamente o ambiente.

Ao longo do congresso, foram também amplamente debatidos temas centrais como a higiene das mãos, a prevenção da infeção do trato urinário associada a cateter vesical e a disseminação de bactérias multirresistentes. Estas temáticas foram exploradas de forma

prática e aprofundada, oferecendo ferramentas valiosas para a nossa atuação clínica. Salientamos, neste âmbito, o projeto *HAInnovPrev* e o estudo *HandSafe*, que evidenciaram a importância da formação e da mudança comportamental como alicerces na promoção da segurança do doente.

A discussão sobre sustentabilidade nos cuidados de saúde evidenciou ainda o papel da inovação e da tecnologia como potenciadores de uma prevenção mais eficaz das infeções. A abordagem *One Health*, aplicada à disseminação da *Klebsiella pneumoniae* multirresistente, reforçou a necessidade de uma perspetiva integrada que englobe a saúde humana, animal e ambiental.

Considerámos este congresso fundamental para o aprofundamento dos nossos conhecimentos, para a reflexão sobre os desafios atuais e para a integração de práticas inovadoras que, acreditamos, contribuirão para uma atuação mais eficaz e segura no controlo das IACS. Contudo, lamentamos não ter conseguido assistir a todas as sessões do nosso interesse, uma vez que algumas decorreram em simultâneo. Adicionalmente, a limitação da capacidade de algumas salas condicionou a experiência, obrigando-nos a permanecer de pé durante períodos prolongados.

Para assinalar a Semana do Antibiótico, participámos, na manhã de 20 de novembro de 2024, num encontro científico realizado no auditório da ULS de Coimbra, subordinado ao tema “Educar. Promover. Atuar Agora”, conforme apresentado no Anexo 7. Esta participação, integrada no nosso estágio, permitiu-nos aprofundar conhecimentos sobre o segundo eixo do PPCIRA, otimização do uso de antimicrobianos, concretizado, entre outros instrumentos, pelo PAPA.

Foi salientado que a resistência aos antimicrobianos representa um dos maiores desafios atuais à saúde pública, com repercussões potencialmente devastadoras para os sistemas de saúde à escala global. A eficácia dos tratamentos antimicrobianos encontra-se ameaçada, exigindo uma reflexão crítica e melhoria das práticas clínicas.

A Semana Mundial de Sensibilização para a Resistência aos Antimicrobianos, promovida pela OMS, e o Dia Europeu do Antibiótico, iniciativa do ECDC, visam sensibilizar para a utilização responsável destes fármacos, sublinhando a responsabilidade partilhada entre cidadãos e profissionais de saúde, na prescrição, na dispensa e na utilização, tanto em contextos humanos como veterinários. Este esforço conjunto procura reduzir a resistência bacteriana e preservar a eficácia terapêutica dos antimicrobianos. Sem medidas eficazes, estima-se que, até 2050, possam ocorrer cerca de 10 milhões de mortes anuais em todo o mundo devido a infeções causadas por bactérias multirresistentes.

Durante a sessão, foram abordados os seguintes temas:

- Resultados do Inquérito de Prevalência de Ponto 2022/2023 de IACS e Resistências aos Antimicrobianos;
- Carta Microbiológica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC);
- Resistências aos Antimicrobianos no CHUC;
- Classificação AWARE dos Antibióticos (Organização Mundial de Saúde);
- Consumo de Antimicrobianos no CHUC;
- Rastreio de EPC e SAMR e Alocação de Doentes - Importância na contenção das resistências aos antimicrobianos;
- Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica;
- Uso Racional dos Antibióticos

A sessão teve início com a apresentação da equipa multidisciplinar responsável pelo Inquérito de Prevalência de Ponto 2022/2023 no CHUC. O estudo, coordenado pelo ECDC, analisou a prevalência das IACS e o uso de antimicrobianos em hospitais de agudos da União Europeia e do Espaço Económico Europeu.

Os dados revelaram uma taxa de utilização de antimicrobianos em Portugal de 40,1%, superior à média europeia, 36,0% e uma taxa de IACS no CHUC de 15,4% (superior à média nacional, 11,6%, e à média europeia, 6,8%). Foi, contudo, ressaltado que o CHUC acolhe doentes de elevada complexidade clínica, o que poderá justificar a discrepância em relação a outras instituições.

As infeções mais frequentes incluíram pneumonia associada à ventilação (30%), infeções do local cirúrgico (19%), infeções da corrente sanguínea (11%) e infeções do trato urinário (10%).

Reforçou-se a importância de realizar rastreios sépticos prévios à prescrição de antimicrobianos e de adotar medidas rigorosas de prevenção e vigilância, de modo a conter a resistência. Foi igualmente destacado o impacto das infeções por bactérias multirresistentes, com aumento do tempo de internamento e custos elevados para os serviços de saúde.

Entre os resultados apresentados, observou-se uma redução da taxa de SAMR, mas também um aumento preocupante da resistência de *Klebsiella pneumoniae* aos carbapenemes.

Foi ainda evidenciada a necessidade de analisar o consumo de antibióticos na ULS, para compreender a evolução do uso destes fármacos e delinear estratégias formativas que promovam a sua utilização racional.

Abordou-se a importância de implementar de forma sistemática, em toda a organização, o rastreio de EPC e de SAMR, de acordo com as orientações da OMS e da Norma n.º 004/2023 de 29/05/2023 da DGS. Foram apresentados os respetivos protocolos de rastreio e de

descolonização, bem como dados atualizados sobre a incidência de EPC e sobre os genes de carbapenemases mais prevalentes em 2024, nomeadamente KPC (*Klebsiella pneumoniae* carbapenemases e VIM (*Verona Integron-encoded Metallo- β -lactamase*)).

A conferência sublinhou a urgência de reforçar a formação dos profissionais de saúde e de implementar medidas eficazes de controlo, que garantam a sustentabilidade dos tratamentos antimicrobianos no futuro.

Por fim, foi referido o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026, que define cinco pilares estruturantes: cultura de segurança, liderança e governação, comunicação, prevenção e gestão de incidentes, e práticas seguras em ambientes seguros. Neste plano, a prevenção e controlo de infeções assume um papel central, sendo determinante para a redução de eventos adversos e para a criação de ambientes de cuidados seguros.

No âmbito do Programa de Integração de Enfermeiros na ULS, participámos, com o nosso enfermeiro tutor, numa sessão formativa sobre PBCI, realizada em 11 de dezembro de 2024, com a duração de sete horas.

A formação abordou conteúdos essenciais para a segurança dos doentes, dos profissionais de saúde e de todos os que interagem com os serviços de saúde. Iniciou-se com a apresentação da equipa do SPCIRA, dos seus objetivos e áreas de intervenção. Seguidamente, foi discutida a cadeia de transmissão das infeções, clarificando a distinção entre colonização e infeção, e apresentaram-se as três linhas essenciais de prevenção: contenção do microrganismo (PVBT), bloqueio das vias de transmissão (higiene das mãos) e proteção do hospedeiro (uso de EPI).

Em alinhamento com a Norma n.º 029/2012 atualizada a 31/10/2013 da DGS, PBCI, foram trabalhados os seguintes tópicos:

- Alocação do doente à admissão no serviço clínico: discussão sobre a aplicação da Norma n.º 004/2023 da DGS, Avaliação de Risco e Rastreio de EPC e de SAMR. Demonstrou-se, ainda, como identificar os alertas de infeção/colonização por EPC no SClínico, permitindo a implementação imediata das PBVT.
- Higiene das mãos: ênfase no cumprimento dos cinco momentos preconizados pela OMS, em conformidade com a Norma n.º 007/2019 da DGS, Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Reforçou-se que esta é uma das medidas mais eficazes na prevenção da transmissão de microrganismos durante a prestação de cuidados (Norma n.º 007/2019, 2019).
- Etiqueta respiratória: utilização correta de máscara cirúrgica em contexto de gotículas/contacto próximo e de FFP2 em procedimentos geradores de aerossóis ou em

situações de transmissão por via aérea; salientou-se o ajuste adequado, a substituição quando húmida/suja e a remoção segura.

- Uso do EPI: luvas, batas fluido-resistentes ou aventais, máscaras, toucas e calçado de proteção. Destacou-se a necessidade de adaptação à situação clínica e acesso facilitado aos EPI, estrategicamente distribuídos pelo serviço (incluindo dispensadores de luvas em todos os quartos, para permitir a substituição entre procedimentos.

- Descontaminação do equipamento clínico entre doentes: utilização de equipamento dedicado para doentes sob PBVT, quando o equipamento é partilhado, limpeza e desinfecção entre utilizações e entre doentes, de acordo com as instruções do fabricante e os procedimentos institucionais.

- Controlo ambiental: levar apenas o material estritamente necessário à unidade do doente, promovendo uma higienização eficaz do espaço. Reforçou-se a responsabilidade dos enfermeiros em conhecer os horários e frequência de limpeza das unidades para assegurar uma higienização eficaz do espaço.

- Manuseamento seguro da roupa: gestão correta da roupa limpa e contaminada, desde o acondicionamento até ao transporte, respeitando os circuitos estabelecidos em cada serviço.

- Recolha segura de resíduos: colocação estratégica de contentores nas unidades dos doentes para eliminação no local de produção, reduzindo o risco de contaminação cruzada. Foi reforçada a necessidade de encerramento dos contentores corto-perfurantes quando atingirem dois terços da capacidade, mantendo-os sempre devidamente fechados.

- Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis: boas práticas de técnica asséptica e recomendação do uso de embalagens de dose única sempre que possível, promovendo maior segurança no procedimento.

- PBVT: vias de transmissão de microrganismos epidemiologicamente relevantes e a sinalética institucional, ajustada a cada tipo de precaução, para facilitar a identificação de riscos e das medidas de contenção.

A formação valorizou a participação ativa dos formandos, promovendo a partilha de dúvidas e experiências. Esta dinâmica contribuiu para reforçar a cultura de segurança, a importância do papel de cada profissional na prevenção das IACS, consolidar a adoção de práticas baseadas na evidência e fomentar um ambiente de cuidados mais protegido e eficaz.

À luz do Regulamento n.º 140/2019 (2019), compete ao enfermeiro especialista promover e facilitar a aprendizagem em contexto clínico, bem como assumir, quando adequado, a função de formador no local de trabalho.

As ações formativas que planeámos e dinamizámos, e aquelas em que participámos, constituíram experiências determinantes para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional. Permitiram aprofundar conhecimentos, consolidar práticas baseadas na evidência e reforçar a segurança e a qualidade dos cuidados.

A participação na formação em serviço contribuiu não só para o reforço das boas práticas, como também para o fortalecimento da cultura de segurança, da partilha de saberes e da colaboração interprofissional. Consideramos que estas iniciativas tiveram impacto positivo nas equipas, favorecendo o pensamento crítico e a adoção de comportamentos alinhados com os princípios de prevenção e controlo de infeção.

A preparação e condução das sessões permitiram, adicionalmente, desenvolver competências de comunicação, de planeamento e de gestão do conhecimento, essenciais ao exercício profissional em contextos exigentes e em constante atualização.

Concluimos, assim, que a formação contínua é um eixo estruturante da melhoria dos cuidados de saúde, indispensável para a promoção de ambientes de cuidados mais seguros, informados e orientados para a excelência.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DESENVOLVIDAS

Os cuidados de enfermagem especializados dirigidos à pessoa em situação crónica são cuidados contínuos, prestados em contextos diversos (hospitalar, domiciliário e comunitário). Orientam-se para a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida saudáveis, o apoio aos processos de adaptação e a adesão ao regime terapêutico. Têm como finalidade capacitar a pessoa, a família e o cuidador para gerir a doença crónica e redefinir o seu projeto de saúde, atendendo ao impacto da condição no quotidiano e na qualidade de vida (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Viver com doença crónica implica lidar com imprevisibilidade e múltiplos desafios físicos, emocionais, psicológicos e sociais. O impacto ultrapassa a pessoa, estendendo-se à família e à sociedade, podendo condicionar aspetos significativos da vida como a educação, o percurso profissional e a estabilidade no ambiente de trabalho. A natureza prolongada e complexa da doença crónica requer uma gestão contínua no dia a dia, o que implica, muitas vezes, a transferência de grande parte da responsabilidade terapêutica do profissional de saúde para a pessoa e a sua rede de apoio informal. Esta mudança de paradigma requer a atualização dos referenciais teóricos e práticos dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, que devem assumir um papel ativo no apoio à tomada de decisão, na promoção da mudança comportamental e no acompanhamento dos processos de adaptação à doença (Sousa et al., 2021).

Perante as limitações decorrentes da doença crónica e a necessidade de estratégias de gestão eficazes, o enfermeiro especialista atua de forma competente, mobilizando conhecimentos e competências para identificar as necessidades que requerem intervenção especializada e para conceber, implementar e avaliar o respetivo plano de cuidados. Esta intervenção, construída em parceria com a pessoa e família/cuidador, promove a segurança e a qualidade dos cuidados. (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

3.1. CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA E CUIDADORES QUE ESTÃO A VIVENCIAR A DOENÇA CRÓNICA

O enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica à pessoa em situação crónica, cuida da pessoa, da família e dos cuidadores que vivem esta condição de saúde, identificando necessidades e promovendo a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e a adaptação à doença crónica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No contexto do ensino clínico em Urologia A, tornou-se evidente a necessidade de aprofundarmos a nossa aprendizagem nesta área, uma vez que prestámos cuidados,

maioritariamente, a pessoas com doença oncológica e aos respetivos cuidadores, em fase pré e pós-operatória, tanto em internamento como em consulta externa.

Em contexto de internamento, a comunicação assume um papel central na relação terapêutica, entre o enfermeiro, a pessoa e a família. Segundo Meleis (2010) a comunicação humana é um processo comportamental assente na troca de símbolos, através do qual os intervenientes transmitem e compreendem significados.

Neste sentido, o enfermeiro especialista promove uma comunicação eficaz e humanizada, estabelecendo uma relação de confiança e empatia e respeitando as crenças, os valores e as capacidades individuais. Avalia de forma contínua a satisfação da pessoa com doença crónica e a dos seus cuidadores, capacitando-os para a autogestão da condição e para a minimização do impacto da doença na vida quotidiana (Ordem dos Enfermeiros, 2017 a).

Durante o ensino clínico, realizámos o acolhimento de pessoas com neoplasias da próstata e da bexiga, condições crónicas complexas que exigem uma abordagem centrada na pessoa. Na avaliação inicial, procedemos à recolha sistematizada de dados clínicos e sociofamiliares, o que nos permitiu identificar facilitadores e barreiras à preparação para a alta segura e à promoção da autonomia.

Efetuámos ensinios pré-operatórios individualizados, explicando de forma clara e acessível os procedimentos a realizar: realização de meios complementares de diagnóstico, necessidade de tricotomia (quando indicada), banho pré-operatório com clorexidina a 2%, preparação intestinal e jejum pré-cirúrgico.

Adicionalmente, explorámos com a pessoa e os cuidadores o conhecimento prévio sobre a doença e o tipo de cirurgia a realizar. Detetaram-se, com frequência, lacunas informativas sobre os procedimentos cirúrgicos e o período pós-operatório, perante estas, reforçámos os ensinios, esclarecendo dúvidas, promovendo o envolvimento informado no processo de decisão e capacitando para o autocuidado. Sempre que aplicável, disponibilizámos folhetos informativos com orientações específicas por tipo de cirurgia, reforçando e uniformizando a informação transmitida.

Em articulação com a restante equipa, assegurámos a continuidade dos cuidados e a preparação para a alta hospitalar, adaptando a comunicação às necessidades e ao nível de literacia em saúde da pessoa e dos cuidadores.

Importa referir que a incidência do cancro da bexiga aumenta proporcionalmente com o tempo de tabagismo e o número de cigarros fumados por dia, sendo a hematúria, em geral, a primeira manifestação clínica. De acordo com Joensen et al. (2021), o diagnóstico do cancro da bexiga não metastizado depende frequentemente de procedimentos invasivos, nomeadamente da

Ressecção Transuretral da Bexiga, sendo, por isso, essencial preparar a pessoa para este processo, promovendo a sua compreensão e adaptação.

Segundo os autores, existem várias opções de derivações urinárias utilizadas nas últimas décadas após a cistectomia, recorrendo a segmentos do trato intestinal. Estas derivações podem ser classificadas com base na localização anatômica (abdominal, uretral) ou na funcionalidade (continente vs. incontinente), sendo que cada técnica apresenta vantagens e desvantagens específicas. As derivações urinárias mais comuns são a ureteroileostomia e a neobexiga ortotópica.

A escolha do tipo de derivação urinária deve resultar de uma tomada de decisão partilhada, em que a preferência do doente um fator central. Esta decisão deve considerar múltiplas variáveis clínicas e pessoais, nomeadamente o estado funcional, a expectativa de vida, a localização e o estadió da neoplasia, a função renal e os sintomas pré-operatórios do trato urinário inferior, visando garantir a melhor funcionalidade possível e uma sobrevivência com qualidade de vida (Joensen et al., 2021).

Durante o ensino clínico, prestámos cuidados a doentes no pós-operatório de cistectomia, que apresentavam dificuldades na aceitação do estado de saúde. Identificámos e implementámos intervenções orientadas para a promoção da adaptação e da adesão ao regime terapêutico, particularmente em situações de fragilidade física e emocional agravadas por quimioterapia e por alterações da imagem corporal associadas à presença de ostomias ou cateteres urinários.

Recordamos o caso de um doente com cerca de sessenta anos, diagnosticado com neoplasia da bexiga, com antecedentes de consumo de substâncias ilícitas, tabagismo ativo, em situação de vulnerabilidade social e desemprego. Apresentava sinais de desnutrição (emagrecimento acentuado, massa muscular reduzida), referia ingestão alimentar irregular e pouco equilibrada e tinha dentição incompleta. Vivía sozinho, sem acesso a água canalizada, embora contasse com duas irmãs a residir nas proximidades. Foi submetido a uma cistectomia radical, com derivação urinária por ureteroileostomia.

No pós-operatório, o doente revelou resistência à nova condição, evitando o contacto visual com a ostomia e mostrando baixa motivação para aprender os cuidados necessários à sua gestão. No processo de capacitação, identificámos limitações físicas para o autocuidado, nomeadamente emagrecimento marcado e défice de motricidade fina, que comprometiam a correta aplicação e manutenção do dispositivo.

Perante esta situação contactámos as irmãs do doente para avaliar a possibilidade de apoio no domicílio após a alta. Ambas referiram indisponibilidade para prestar esse apoio, devido aos seus horários laborais, acrescentando ainda que a habitação do irmão não dispunha de condições adequadas de habitabilidade, nomeadamente ausência de água canalizada.

Apesar do desejo inicial do doente de regressar a casa, tornou-se evidente a necessidade de ativar recursos da equipa multidisciplinar, com vista à garantia de uma resposta integrada e segura. Solicitou-se a intervenção da técnica superior de serviço social, que avaliou alternativas ajustadas às necessidades identificadas. Face à vulnerabilidade clínica e social, foi proposto o encaminhamento para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em regime de convalescença. Embora inicialmente relutante, o doente acabou por aceitar esta proposta.

Durante o período de espera por vaga, reforçámos a capacitação, abordando a otimização e vigilância do dispositivo, a prevenção de complicações, a importância da hidratação e de uma alimentação adequada, bem como a observação das características da urina e deteção de odores anómalos.

Esta situação evidenciou a importância de uma abordagem centrada na pessoa, nos seus determinantes sociais de saúde e no contexto de vida. Reforçou, igualmente, o papel do enfermeiro especialista não apenas na prestação de cuidados clínicos diferenciados, mas também na intervenção precoce junto da equipa interprofissional, na promoção da continuidade de cuidados e na defesa dos direitos, da dignidade e do bem-estar das pessoas em situações de fragilidade e vulnerabilidade social.

A necessidade de intervenção na capacitação para o autocuidado da ostomia e no apoio ao doente e à família revelou-se constante. Sempre que identificámos dependência no autocuidado ostomia de eliminação, com potencial de reconstrução de autonomia reduzido, priorizámos a capacitação do prestador de cuidados, reconhecendo o seu papel na continuidade de cuidados no domicílio.

Participámos ativamente em todo o processo, delineando e implementando estratégias exequíveis e coerentes, que abrangeram todas as fases da capacitação, desde o ensino teórico, com disponibilização dos folhetos informativos do serviço, à instrução e treino dos cuidados necessários nos diferentes tipos de derivação urinária, nomeadamente ureteroileostomia e nefrostomias percutâneas.

Em cada intervenção, valorizámos as capacidades da pessoa e dos cuidadores, incentivando a sua participação ativa no autocuidado, respeitando o ritmo de aprendizagem e o nível de literacia em saúde. A nossa abordagem foi progressiva e sustentada, com o objetivo de promover segurança, autonomia, qualidade de vida e bem-estar, tanto da pessoa em situação crónica como da sua rede de apoio.

Recordamos, a este propósito, o caso de um doente de 65 anos, viúvo há quatro anos, com hábitos tabágicos significativos (cerca de 50 cigarros por dia), mas com um estilo de vida relativamente ativo. Alimentava-se de forma variada, não apresentava hábitos etílicos e

realizava caminhadas regulares. Tinha um filho de 24 anos, casado, com uma filha de dois anos, a residir a cerca de oito quilómetros de distância do pai.

Embora tivesse médica de família, raramente recorria ao centro de saúde e referiu não conhecer pessoalmente a médica assistente, quando necessitava, contactava o centro e falava com a enfermeira. O diagnóstico de neoplasia da bexiga, em dezembro de 2023, surgiu após episódios de hematúria e retenção urinária. Depois de ressecção transuretral da bexiga e instilação com mitomicina, foi proposto para cirurgia radical. Na consulta, foi envolvido no processo de decisão partilhada sobre a derivação urinária, optando pela neobexiga ortotópica.

No pós-operatório, permaneceu com dois cateteres ureterais exteriorizados no abdómen, com drenagem contínua para dispositivo de ostomia. A capacitação para o autocuidado revelou-se difícil pela reduzida destreza manual. Manifestava, ainda, receio de sobrecarregar o filho, recusando inicialmente o seu envolvimento. Esclarecemos que a presença dos cateteres seria transitória e sensibilizá-lo para o risco de complicações cutâneas em caso de má adaptação do dispositivo.

Contactámos o filho e colaborámos na sua capacitação antes da alta. Apesar de alguma ansiedade inicial, demonstrou disponibilidade, empenho e aptidão participando ativamente no treino de troca dos dispositivos. Fornecemos explicações claras, encorajámos a autonomia e esclarecemos dúvidas, reforçando a importância da sua participação.

Para garantir a continuidade dos cuidados, foram fornecidos dispositivos em número suficiente até à aquisição na farmácia. Capacitámos também o doente e o filho sobre a manutenção do cateter vesical, em conformidade com a Norma n.º 019/2015, atualizada em 29/08/2022 da DGS, “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, de acordo com as orientações já anteriormente descritas.

Sublinhámos, ainda, que poderia contactar o serviço em caso de dúvidas, promovendo assim um seguimento seguro e informado. Este caso evidenciou a importância do envolvimento da família no processo de capacitação, de uma relação terapêutica empática e de uma intervenção orientada para a autonomia progressiva da pessoa em situação crónica. Enquanto enfermeiros especialistas em formação, reconhecemos o valor da escuta ativa, da personalização dos cuidados e da capacidade de adaptação às circunstâncias individuais de cada pessoa e cuidador, elementos essenciais para garantir uma transição segura do hospital para o domicílio.

No seguimento dos ensinamentos realizados, constatámos a inexistência de um folheto informativo com orientações específicas para doentes submetidos a cistectomia com confeção de neobexiga. Em articulação com o nosso enfermeiro tutor, identificámos esta lacuna como oportunidade de melhoria e procedemos à elaboração de um folheto sustentado na melhor

evidência científica disponível. O documento foi redigido em linguagem simples, clara e acessível, em conformidade com as normas institucionais da ULS, conforme apresentado no Apêndice 5.

No exercício das suas funções, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica assume a liderança na definição e implementação de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de IACS e da resistência aos antimicrobianos. Avalia as necessidades do serviço e do contexto de prestação de cuidados nesta matéria e impulsiona estratégias proativas que garantam a prevenção e o controlo da infeção nos diversos cenários de prestação de cuidados (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Como referimos, durante o ensino clínico em Urologia A, identificámos incumprimentos do “Feixe de intervenções” para a Prevenção da ILC, conforme estabelecido na Norma n.º 020/2015 atualizada a 17/11/2022. Perante esta não conformidade, considerámos pertinente apresentar a situação aos enfermeiros tutores e propusemos a implementação das recomendações da DGS, com vista à segurança do doente e à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Iniciámos a elaboração de uma instrução de trabalho alinhada com a Norma e sustentada por pesquisa bibliográfica atualizada, conforme descrito no Apêndice 6.

Ainda no âmbito da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, e por sugestão do enfermeiro tutor, elaborámos uma lista de verificação do material necessário para a colocação de CVC, procedimento pouco frequente no serviço e que gerava dúvidas na preparação do material. Complementámos a lista com um documento de apoio à prática, sistematizando o procedimento de acordo com a Norma Clínica n.º 022/2015, atualizada a 29/08/2022, relativa ao “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o CVC, conforme apresentado no Apêndice 7.

Embora, durante o ensino clínico, não tenha ocorrido a necessidade de colocar um CVC, o enfermeiro gestor reconheceu a pertinência da proposta e mostrou abertura para a sua futura implementação formal no serviço, colmatando a ausência de material orientador até então existente.

A experiência desenvolvida no Serviço de Urologia A, articulada com o trabalho desenvolvido no SPCIRA, consolidou a competência do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica enquanto profissional que lidera a implementação de estratégias de prevenção e controlo de IACS, bem como de resistência aos antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Em ambos os contextos, identificámos necessidades específicas e atuámos de forma proativa na construção de soluções fundamentadas na evidência científica, contribuindo para a segurança do doente.

No âmbito da preparação da formação sobre as PBCI integrada no Programa de Integração dos Técnicos Auxiliares de Saúde do Serviço de Cirurgia Geral, elaborámos, sob a supervisão do enfermeiro tutor, duas instruções de trabalho, de acordo com o Procedimento Geral - Higiene do Ambiente do SPCIRA (PG - 04.00):

- Higiene do Ambiente da Unidade do Doente, conforme apresentado no Apêndice 8.
- Preparação da Estação de Limpeza TTS, Diluição do Detergente e Reconstituição do Desinfetante, conforme apresentado no Apêndice 9

O objetivo destas instruções foi uniformizar os procedimentos e padronizar as boas práticas, assegurando que todos os elementos da equipa seguissem orientações claras, baseadas na evidência, minimizando os riscos de infeções por transmissão cruzada, frequentemente associados a falhas no controlo ambiental. Esta iniciativa reforçou o nosso compromisso com a qualidade dos cuidados e a segurança do ambiente hospitalar, numa abordagem colaborativa e pedagógica que procurou envolver todos os intervenientes no processo de melhoria contínua.

O reforço da importância do controlo ambiental como medida essencial na prevenção de IACS foi igualmente evidenciado no evento “Hospital Limpo, Hospital Seguro”, promovido pelo SPCIRA. Sublinhou-se que a higiene ambiental é um pilar da segurança do doente e um fator determinante para reduzir a disseminação de microrganismos multirresistentes.

Foram apresentados dados que demonstram a persistência de microrganismos em superfícies inanimadas por períodos prolongados, exigindo processos de limpeza e desinfeção rigorosos, eficazes e monitorizados. Neste âmbito, como já referido, o serviço tem implementado a desinfeção mecânica com nebulização seca de peróxido de hidrogénio, solução de elevado espectro e biodegradável, capaz de inativar microrganismos em superfícies porosas e não porosas, assegurando um elevado nível de desinfeção terminal das superfícies após a limpeza manual.

Após a alta ou transferência de um doente colonizado/infetado por EPC, o serviço contacta o SPCIRA para este avaliar a pertinência e a viabilidade de realizar a desinfeção mecânica por nebulização. O procedimento pode igualmente ser indicado em limpezas profundas das unidades, mediante enquadramento e validação do SPCIRA.

Tomada a decisão, o enfermeiro, em articulação com o TAS, desloca-se ao serviço e verifica as condições prévias: higienização manual concluída, ausência de resíduos e têxteis, janelas fechadas, colchões colocados na vertical, gavetas e portas abertas na área a desinfetar. Validadas as condições, procede-se ao início do ciclo de nebulização.

A nossa participação nestas atividades, tanto formativas como práticas, evidenciou a ação liderante e especializada do enfermeiro na prevenção das IACS, na gestão do risco clínico e na promoção de ambientes seguros, confirmando a relevância da enfermagem médico-cirúrgica no desenvolvimento e implementação de práticas assistenciais eficazes, seguras e sustentáveis.

Em continuidade com a integração no SPCIRA, participámos em atividades relacionadas de vigilância epidemiológica e controlo da transmissão de microrganismos multirresistentes, com especial destaque para os EPC. Na ULS, a identificação precoce de casos de EPC é prioritária, porque a colonização destes microrganismos representa um risco para a segurança dos doentes e, caso evolua para infeção, as opções terapêuticas são limitadas pela escassez de antibióticos eficazes. Esta abordagem permite decisões clínicas céleres e a implementação atempada de medidas de contenção.

No encontro científico dedicado à Semana do Antibiótico, foi apresentada a evolução dos perfis de suscetibilidade, com caracterização genotípica das estirpes de alerta na instituição, reforçando a urgência de controlar a carga microbiana do ambiente hospitalar e mitigar a resistência aos antimicrobianos. Este fenómeno constitui uma séria ameaça à saúde pública, com consequências clínicas, económicas e sociais significativas, estimando-se que possa estar associado a cerca de 10 milhões de mortes anuais até 2050.

Na prática diária do SPCIRA, acompanhámos o circuito de validação de novos casos de EPC, através do HEPIC e do SClínico. Sempre que era detetado um novo caso, confirmávamos o tipo de amostra (rastreo ou cultura) e contactávamos de imediato os enfermeiros coordenadores de turno, de modo a assegurar a implementação das PBVT. Paralelamente, registávamos no SClínico o alerta institucional, com validade de um ano, garantindo que, em contactos futuros com o sistema de saúde, os profissionais fossem informados das precauções a adotar. Atualizávamos, ainda, a base de dados de EPC do serviço, em funcionamento desde 2013, instrumento de vigilância epidemiológica que regista, de forma sistemática, a identificação, a evolução e o histórico clínico dos doentes colonizados ou infetados.

Complementarmente, realizámos diariamente o *Dashboard* do serviço, que permite monitorizar, por unidade, o número de doentes internados com EPC e funciona como ferramenta de apoio à decisão para os enfermeiros gestores em funções de direção. Esta monitorização ativa possibilita uma resposta mais eficaz ao risco de transmissão cruzada, com intervenções baseadas na evidência e adaptadas à realidade de cada serviço.

A segurança dos doentes, em particular de pessoas com doença crónica e/ou imunocomprometidos, foi uma prioridade constante. A presença de dispositivos médicos

invasivos aumenta significativamente o risco de IACS, exigindo a implementação rigorosa de medidas preventivas. Além disso, a proximidade física entre os doentes, em quartos triplos, dificulta o controlo da transmissão cruzada, sobretudo em contextos com microrganismos multirresistentes.

Neste contexto, promovemos estratégias pró-ativas para a prevenção e controlo de infeção, reforçando a adesão da equipa multidisciplinar às PBCI e à higienização das mãos, conforme os cinco momentos preconizados pela OMS. Ainda assim, identificámos dificuldades em alguns serviços, nomeadamente uma adesão limitada às recomendações do SPCIRA. Esta situação exigiu uma abordagem assertiva, mas colaborativa, para salvaguardar o cumprimento dos procedimentos definidos no PPCIRA, de modo a corrigir desvios comportamentais, procedimentais e a salvaguardar a segurança dos doentes.

Um exemplo concreto da importância do enfermeiro do SPCIRA foi a intervenção num surto de EPC ocorrido num serviço clínico. Em articulação com o enfermeiro gestor, o enfermeiro tutor conduziu uma auditoria célere aos processos e comportamentos da equipa, incidindo no: uso correto do EPI, preparação e diluição adequadas das soluções detergentes e desinfetantes, cumprimento dos procedimentos de limpeza e desinfecção das unidades dos doentes, alocação apropriada de doentes infetados/colonizados, reorganização dos circuitos de material limpo e sujo e implementação e monitorização de medidas de contenção.

A operacionalização destas ações enfrentou constrangimentos estruturais e alguma resistência à mudança por parte de alguns profissionais, o que evidenciou a necessidade de sensibilização contínua, formação em serviço e acompanhamento próximo até à estabilização da situação.

Durante os momentos de assessoria, participámos ativamente no esclarecimento de dúvidas sobre a implementação das PBVT, na vigilância da adesão à higienização das mãos e na distinção entre lavagem e fricção antisséptica. Procedemos ainda à verificação da existência, acessibilidade e correta localização dos dispensadores de solução antissética de base alcoólica, bem como da sua reposição regular, de acordo com as orientações do SPCIRA.

Em janeiro de 2024, a ULS iniciou a implementação da Norma n.º 004/2023 da DGS, que define os critérios de avaliação do risco e de rastreio de EPC e SAMR aquando da admissão hospitalar e ao longo do internamento. Durante o estágio, verificámos que esta prática não era ainda realizada de forma sistemática em todos os serviços, comprometendo a eficácia das estratégias de controlo de infeção. Sensibilizámos, por isso, várias equipas para a importância da realização rigorosa destes rastreios, fundamentais para reduzir o risco de transmissão cruzada e prevenir surtos.

No âmbito da preparação de uma reunião do Departamento de Neurologia com a equipa multidisciplinar, colaborámos com o enfermeiro tutor na definição das temáticas prioritárias, destacando a relevância dos rastreios sépticos. Considerando o percurso clínico dos doentes internados com doença crónica, muitas vezes desde o serviço de urgência até à transferência para outras instituições, reforçámos a importância de uma correta alocação dos doentes enquanto aguardavam resultados de rastreio, bem como a verificação da sinalética colocada no SClínico pelo SPCIRA. Outro ponto crítico identificado foi a elevada circulação simultânea de profissionais e doentes no serviço, comprometendo as medidas de controlo de infeção e favorecer a transmissão cruzada. Para minimizar este impacto, recomendámos a adoção de estratégias que otimizem a circulação, promovendo um ambiente mais seguro e garantindo o cumprimento rigoroso das normas de prevenção e controlo de infeção.

Acompanhámos o enfermeiro tutor em visitas regulares ao Serviço de Urgência, onde monitorizámos a evolução das obras e a abertura das diversas áreas, assegurando a implementação das diretrizes do SPCIRA.

Identificámos como preocupação prioritária o tempo prolongado de permanência dos doentes no serviço, aliado à falta de distanciamento físico de segurança.

Com a abertura das novas áreas, verificámos que todas foram equipadas com cortinas antimicrobianas, dispensadores de EPI, dispensadores com solução antisséptica de base alcoólica estrategicamente posicionados e armários fechados para armazenar a roupa limpa. Foram também definidos espaços específicos para a aplicação de PBVT e colocada sinalética visível. No entanto, apesar das melhorias estruturais, em dias de elevada afluência nem sempre era possível garantir distanciamento de segurança entre doentes.

Foram igualmente criadas zonas dedicadas à lavagem e desinfeção de macas, embora ainda não estivessem funcionais à data do estágio.

Colaborámos também na clarificação das responsabilidades de limpeza, distinguindo os espaços sob responsabilidade dos técnicos auxiliares de saúde e da empresa externa contratada.

No âmbito da formação, participámos numa ação educativa informal sobre a organização da estação TTS, reforçando a correta disposição das zonas de higienização.

Avaliámos ainda os circuitos de roupa e resíduos, e a separação de dispositivos médicos limpos e contaminados, assegurando práticas seguras e eficazes.

Com a implementação do Plano de Resposta Sazonal - Módulo Inverno 2024/2025, intensificámos a assessoria no Serviço de Urgência A, acompanhando a afluência de doentes com sintomatologia respiratória e a abertura de novas áreas. Sensibilizámos os assistentes

técnicos para a disponibilização de máscaras no momento da inscrição e, em articulação com os elos SPCIRA, reforçámos a instalação de dispensadores de solução antisséptica de base alcoólica em vários locais estratégicos.

Durante estes momentos de assessoria, reforçámos a importância da etiqueta respiratória e da higiene das mãos, conforme as diretrizes da DGS, salientando que a não adesão a estas recomendações, inclusive em áreas de elevado risco, como a área laranja, onde se encontravam doentes sob ventilação não invasiva (VNI), compromete a segurança dos cuidados.

Estes momentos de reflexão e atuação partilhada revelaram-se fundamentais para a promoção de uma cultura de segurança e de melhoria contínua da prática clínica. Confirmámos, uma vez mais, o papel do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica como elemento de referência técnica, impulsionador de mudanças estruturadas, e agente central na implementação de estratégias eficazes de prevenção e controlo de IACS.

Ao longo deste ensino clínico, tivemos a oportunidade de acompanhar diferentes enfermeiros do SPCIRA na assessoria aos serviços sob a sua responsabilidade. Esta experiência possibilitou-nos conhecer com maior profundidade a estrutura física e a organização interna desses serviços, reforçando a nossa compreensão sobre as dinâmicas institucionais e as práticas relacionadas com a prevenção e controlo das IACS.

Visitámos o espaço destinado à lavagem dos panos de microfibras e mopas, utilizados pela empresa externa responsável pela higienização das unidades de internamento e espaços comuns. Este espaço foi organizado com a colaboração do SPCIRA, de modo a garantir a separação entre os circuitos de material limpo e sujo. Contudo, identificámos alguns constrangimentos estruturais que podem comprometer a eficácia do reprocessamento e, consequentemente, a segurança dos doentes.

Num dos Serviço de Medicina Intensiva, visitámos o circuito de dispositivos de sujos que foi organizado com a assessoria do SPCIRA, e participámos na avaliação técnica da escolha de dispositivos médicos, tendo em conta os critérios de prevenção de infeções. Acompanhámos ainda a realização da desinfeção mecânica ambiental de uma sala de pressão negativa, reforçando o conhecimento sobre procedimentos avançados de desinfeção terminal.

No Hospital Geral, visitámos diversos serviços, incluindo Medicina, Ortopedias, Cirurgia Geral, Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia e Hemodinâmica. Em colaboração com um assistente operacional da área da construção civil, definimos os locais estratégicos para a colocação dos dispensadores de EPI, assegurando que estivessem acessíveis e devidamente protegidos. A arquitetura específica dos serviços, com paredes em mármore ou pladur, exigiu adaptações nos materiais e estratégias de fixação, o que nos permitiu compreender os

desafios práticos da aplicação das normas de controlo de infeção em ambientes diversificados.

Na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos e na área de Transfer do bloco operatório, fomos desafiados a identificar e monitorizar problemas associados à prevenção e controlo de infeção em ambientes tipo *open space*. A reflexão conjunta realizada no final da visita, em articulação com os elos do SPCIRA, permitiu-nos partilhar estratégias de melhoria e consolidar uma visão crítica sobre a prática assistencial.

Uma das visitas mais significativas foi ao Bloco Operatório Central. Apesar de trabalharmos na área de Cirurgia Geral, este foi um serviço até então desconhecido, o que tornou a visita particularmente relevante. Neste contexto, tomámos contacto com a reorganização dos circuitos dos doentes, dos profissionais, da roupa, dos dispositivos médicos e dos resíduos, que havia sido promovida pelo SPCIRA. Esta intervenção incluiu a implementação do Procedimento Geral 16.00 - Higiene Ambiental das Salas de Operações e a realização de formação teórico-prática a todos os profissionais envolvidos.

Acompanhámos o percurso completo do doente, desde o transporte até às salas de indução, suites operatórias e saída após a cirurgia. Observámos também o circuito dos instrumentos cirúrgicos desde a sua utilização até à descontaminação e reprocessamento na Unidade Central de Reprocessamento de Dispositivos Médicos, situada no bloco.

Ficámos ainda a par do acondicionamento do material esterilizado, dos equipamentos médicos e da organização dos técnicos auxiliares de saúde, responsáveis pela higienização das salas entre cirurgias e no final das intervenções.

Na Unidade Central de Reprocessamento de Dispositivos Médicos realizámos uma visita guiada por uma enfermeira do serviço, que nos apresentou em detalhe os circuitos e fluxos dos dispositivos médicos. Acompanhámos o trajeto dos dispositivos desde a zona de material contaminado, passando pela triagem, lavagem, secagem, e posterior transferência para a área limpa. Nesta área, observámos a preparação e o embalamento de material de pensos, campos cirúrgicos e batas, aprendendo a distinguir métodos de esterilização (óxido de etileno, vapor saturado e plasma de peróxido de hidrogénio), bem como os indicadores de eficácia de esterilização.

Presenciámos o processo de selagem das embalagens, o seu transporte para as câmaras de esterilização e, por fim, a inspeção e armazenamento sob condições controladas de temperatura e humidade. Foi-nos ainda demonstrado o controlo de qualidade com recurso a indicadores químicos e biológicos, fundamentais para garantir a segurança do processo.

O estágio no SPCIRA revelou-se uma oportunidade privilegiada para consolidar competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, nomeadamente ao nível da

assessoria aos profissionais de saúde, da implementação de estratégias sustentadas na evidência e da promoção da segurança da pessoa doente. Apesar de não ter ocorrido contacto direto com a pessoa em situação crónica neste contexto, tornou-se evidente que a atuação do enfermeiro especialista no SPCIRA exerce um impacto significativo, consistente e continuado na qualidade dos cuidados prestados, particularmente junto de populações clinicamente mais vulneráveis.

Ao assegurar ambientes terapêuticos seguros e promover a adoção de práticas clinicamente validadas, este profissional contribui de forma inequívoca para a proteção da pessoa em situação crónica e da sua família/cuidadores. Estas pessoas, frequentemente imunocomprometidas, dependentes de dispositivos invasivos ou sujeitas a internamentos prolongados, apresentam um risco acrescido de IACS. Neste sentido, ao liderar e monitorizar estratégias de prevenção e controlo de infeção, o enfermeiro especialista assume um papel central na salvaguarda da integridade destas pessoas e no reforço da sua segurança clínica.

Para além da vertente técnica, destaca-se igualmente o papel do enfermeiro especialista enquanto elemento articulador entre os diferentes níveis de cuidados, assegurando a continuidade assistencial e contribuindo para a criação de condições estruturais e organizacionais que favorecem a adaptação da pessoa à sua condição crónica.

Trabalhando em estreita colaboração com equipas multidisciplinares e serviços clínicos, o enfermeiro especialista integrado no SPCIRA desempenha um papel essencial na promoção de contextos de cuidado seguros, na capacitação dos profissionais de saúde e na aplicação rigorosa das melhores práticas no âmbito da prevenção e controlo de infeção.

3.2. MAXIMIZA O AMBIENTE TERAPÊUTICO EM ARTICULAÇÃO COM A PESSOA E FAMÍLIA/CUIDADORES A VIVENCIAR A DOENÇA CRÓNICA

Considerando os diferentes contextos de atuação e a variedade de intervenções terapêuticas, o enfermeiro especialista gere o risco e assegura um ambiente adequado à prestação de cuidados especializados, adaptando a sua intervenção para garantir a segurança da pessoa, da família/cuidador e dos profissionais envolvidos (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Na área da pessoa em situação crónica, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica tem como principal objetivo promover o máximo potencial de saúde, funcionalidade e bem-estar. Fá-lo através do ensino, treino e instrução de atividades que minimizem o impacto da doença, facilitando a adaptação aos processos de transição saúde/doença. Este profissional desempenha um papel central na capacitação da pessoa e do cuidador, promovendo a adesão ao regime terapêutico, a autonomia, a tomada de decisão informada e a qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Durante o ensino clínico, todas as intervenções foram orientadas para a criação e maximização de um ambiente terapêutico seguro, funcional e adaptado às necessidades da pessoa em situação crónica. A articulação com a família/cuidador foi fundamental, permitindo ajustar os cuidados à realidade individual e social de cada utente, respeitando os seus padrões de resposta e facilitando uma transição positiva e segura ao longo do processo de doença.

Neste contexto, destacamos a realização de uma ostomia como uma situação com elevado impacto físico e emocional para a pessoa. O papel do enfermeiro é crucial na minimização desse impacto, desde o momento pré-operatório até ao regresso a casa, promovendo a aceitação do estado de saúde e a aquisição de competências para o autocuidado. A capacitação deve iniciar-se assim que a pessoa reúna condições físicas e cognitivas para tal, assegurando que, no momento da alta, esta, ou o seu cuidador, seja autónoma na gestão da ostomia. Deve ainda ser garantida a continuidade de cuidados através da articulação com os serviços da comunidade, bem como o fornecimento de contactos úteis para apoio em caso de dúvidas ou complicações (Marques, 2022).

No Serviço de Urologia, integrámo-nos na consulta externa, colaborando com a enfermeira especialista nas consultas de enfermagem a pessoas urostomizadas e portadoras de nefrostomias percutâneas. Participámos na avaliação e tratamento de complicações como a maceração da pele periestoma, muitas vezes decorrente de dificuldades na adaptação e aplicação dos dispositivos, e realizámos ensinamentos direcionados à pessoa e família, de forma clara, empática e individualizada.

Verificámos que estes utentes, frequentemente encaminhados por indicação médica ou por iniciativa própria, não estão integrados no circuito da Consulta de Ostomizados da instituição (associada à Cirurgia Geral), ficando, assim, privados de um acompanhamento sistemático e estruturado. Esta lacuna pode comprometer a adesão ao regime terapêutico, a prevenção de complicações e a qualidade de vida da pessoa, sublinhando a necessidade de se alargar o acompanhamento especializado a todas as ostomias de eliminação urinária.

Ainda no âmbito da consulta, fomos convidados a colaborar com um doente com antecedentes de Ressecção Transuretral Vesical, que iria ser submetido a cistectomia. O doente, acompanhado pelo genro, manifestava dúvidas e receios relativamente ao procedimento cirúrgico e à nova realidade com uma ostomia de eliminação urinária. Participámos na sessão de ensino, com recurso a modelos anatómicos e linguagem acessível, explicando a anatomia e funcionamento do sistema urinário, a técnica cirúrgica proposta, as características da ostomia e os cuidados de higiene, vigilância e manutenção. Esta intervenção permitiu reduzir a ansiedade do utente, promover a sua preparação ativa para a

cirurgia e reforçar o envolvimento da família no processo de adaptação, fortalecendo o vínculo terapêutico.

Todas estas ações, realizadas em estreita articulação com os profissionais da equipa de enfermagem e com a pessoa/família, foram orientadas para a construção de um ambiente terapêutico positivo, seguro e centrado na pessoa, tendo em consideração a sua história de vida, expectativas e necessidades específicas. Este ambiente facilitador contribuiu para o reforço do autocuidado, da dignidade, da autonomia e da confiança, valores essenciais na prática do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica junto da pessoa em situação crónica.

Um dos momentos mais enriquecedores deste ensino ocorreu quando a enfermeira especialista demonstrou, de forma prática e empática, como medir e recortar a placa do dispositivo, colando-a na própria pele na região abdominal, permitindo ao utente visualizar de forma realista como o dispositivo ficaria posicionado sob a roupa. Posteriormente, simulou a eliminação de urina adicionando água ao dispositivo, explicando como proceder ao despejo e à adequada higienização das mãos.

Considerámos que esta consulta teve um impacto significativo na experiência do utente, que se encontrava num processo de transição saúde-doença. O esclarecimento das suas dúvidas, a abordagem pedagógica adotada e o incentivo à sua participação ativa representaram passos fundamentais para o desenvolvimento de competências de autocuidado e para a promoção da sua segurança, autonomia e tranquilidade face ao novo desafio que iria enfrentar.

Ainda que o SPCIRA não esteja diretamente envolvido na prestação de cuidados à pessoa em situação crónica, o seu contributo para a criação e manutenção de ambientes terapêuticos seguros é inegável. Ao participar na assessoria aos serviços, na implementação de medidas de prevenção e controlo de IACS e na monitorização da aplicação das PVBt, contribuímos para a proteção da pessoa em situação crónica, frequentemente imunocomprometida e mais vulnerável a IACS. A atuação do enfermeiro especialista neste contexto permite antecipar riscos, garantir a segurança das intervenções e promover uma prática clínica sustentável e baseada na evidência.

Em suma, esta competência foi desenvolvida de forma transversal em diferentes contextos de prática. Em todos eles, procurámos integrar a pessoa e a sua rede de apoio nas decisões, promovendo ambientes seguros, intervenções personalizadas e um acompanhamento efetivo ao longo do percurso da doença. Esta vivência reforçou a importância do papel do enfermeiro especialista como facilitador de processos de transição, promotor da autonomia e defensor da dignidade humana, mesmo em contextos altamente técnicos e institucionais.

PARTE II - INVESTIGAÇÃO

4. BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS NA INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DE CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR

RESUMO

Enquadramento: A inserção e manutenção do CVP é uma prática comum em ambiente hospitalar, sendo essencial para fins terapêuticos e diagnósticos. Apesar da existência de diretrizes baseadas na evidência, a adesão às boas práticas é frequentemente condicionada por barreiras de natureza organizacional, profissional e estrutural.

Objetivo: Mapear a evidência científica disponível relativamente às barreiras identificadas pelos enfermeiros à implementação de boas práticas na inserção e manutenção do CVP em adultos, em ambiente hospitalar.

Metodologia: Realizou-se uma *scoping review* segundo a metodologia do JBI e as recomendações do PRISMA-ScR. Os critérios de elegibilidade seguiram a mnemónica PCC (População: enfermeiros; Conceito: barreiras à implementação de boas práticas na inserção e manutenção do CVP; Contexto: ambiente hospitalar). A pesquisa, sem limite temporal e em português e inglês, foi adaptada às bases MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCOhost), o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e a literatura cinzenta. Foram incluídos estudos qualitativos, quantitativos e mistos. A seleção, efetuada pela investigadora, resultou na inclusão de 11 artigos.

Resultados: Identificaram-se barreiras à implementação de boas práticas na gestão do CVP, agrupadas em cinco categorias: fatores individuais e profissionais, organizacionais, documentação e comunicação, responsabilização e definição de funções e envolvimento do doente.

Conclusão: A implementação de boas práticas nos cuidados com o CVP é influenciada por fatores multidimensionais, que abrangem o ambiente organizacional, a formação e as atitudes dos profissionais, bem como a integração do doente no processo de cuidados. A adoção de estratégias eficazes requer a existência de normas claras e atualizadas, programas de formação contínua, auditorias regulares, liderança clínica ativa e uma cultura institucional centrada na qualidade dos cuidados e na segurança do doente.

Palavras-chave: Cateter venoso periférico; Barreiras; Boas práticas; Enfermeiros; Ambiente hospitalar.

INTRODUÇÃO

Os CVP são dispositivos intravasculares amplamente utilizados em contexto hospitalar, constituindo um dos procedimentos invasivos mais realizados a nível mundial. Estima-se que até 70% dos doentes internados necessitem de um CVP em algum momento durante a hospitalização (World Health Organization, 2024). A sua aplicação, com finalidades terapêuticas e diagnósticas, deve-se à facilidade técnica de inserção, à disponibilidade de diversos calibres e à adequação a terapias de curta duração, incluindo administração de medicamentos, fluidoterapia, transfusões e colheitas de sangue (Ordem dos Enfermeiros, 2017b; Santos-Costa et al., 2024).

Em Portugal, a gestão do CVP, que compreende a sua inserção, manutenção e remoção, é uma competência atribuída ao enfermeiro, exigindo conhecimentos técnicos e científicos atualizados para garantir cuidados de qualidade e seguros (Alves, 2017; Oliveira et al., 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2012). Apesar da sua ampla utilização e reconhecida utilidade clínica, os CVP estão associados a uma elevada incidência de eventos adversos, com impacto direto na segurança e experiência do doente. Complicações como flebites, infiltrações, obstruções e infeções da corrente sanguínea representam riscos significativos para a integridade vascular e a continuidade dos cuidados.

Dados internacionais indicam que até 69% dos CVP desenvolvem complicações, conduzindo à sua remoção prematura em mais de 90% dos casos (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2021). As taxas de insucesso na primeira tentativa de inserção continuam elevadas, atingindo 40% em adultos e 65% em crianças, sobretudo em doentes com acesso venoso difícil. Estes dados evidenciam um desfasamento entre as recomendações baseadas na evidência e a prática clínica quotidiana.

Estudos como o de Alexandrou et al. (2018) documentam falhas persistentes na seleção do local de inserção, na utilização de pensos não conformes, na manutenção de cateteres sem uso ativo e na ausência de registos clínicos rigorosos. De igual modo, o relatório da *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (2021) identifica variabilidade significativa na prática clínica, com 69% dos CVP inseridos em locais inadequados, 20% com pensos de qualidade inferior e 10% com sinais inflamatórios visíveis. Estas lacunas comprometem a qualidade dos cuidados prestados, a segurança do doente e a continuidade terapêutica.

A qualidade e segurança dos cuidados de saúde exigem a integração efetiva da evidência científica na prática clínica, em especial no domínio da terapêutica intravenosa (Ray-Barruel & Rickard, 2018). As diretrizes internacionais, nomeadamente da World Health Organization (2024), do *Centers for Disease Control and Prevention* (2024a, 2024b) e da Infusion Nurses Society (2021), apresentam recomendações claras e consistentes para a prevenção de

complicações associadas ao CVP. Entre medidas preconizadas destacam-se: a higienização rigorosa das mãos, a adoção da técnica assética *no-touch*, a preparação antisséptica adequada da pele, a utilização de pensos estéreis transparentes, a monitorização regular do local de inserção e remoção baseada em indicação clínica. Estas orientações reforçam igualmente a importância da escolha criteriosa do local de inserção (preferencialmente distal e em zonas de menor mobilidade) e da seleção do menor calibre possível compatível com a terapêutica prescrita, como medidas estratégias para a redução do risco de complicações mecânicas e infecciosas. Contudo, a implementação destas boas práticas continua a ser heterogénea, sendo influenciada por múltiplos fatores: estruturais, organizacionais, culturais, formativos e, não raras vezes, pela inexistência de sistemas eficazes de monitorização e responsabilização (Blanco-Mavillard et al., 2022; Santos-Costa et al., 2024).

Em Portugal, a investigação sobre a implementação de boas práticas na utilização do CVP continua limitada, apesar do reconhecimento de constrangimentos como a escassez de recursos, a variabilidade organizacional, as lacunas formativas, a fragmentação de processos e a ausência de uma normalização nacional específica (Santos-Costa et al., 2024). Projetos como o TecPrevInf, financiado pelo *Portugal 2020*, têm procurado responder a estas necessidades através da introdução de tecnologias inovadoras e da avaliação do seu impacto nos cuidados de enfermagem (Oliveira et al., 2019). Paralelamente, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026 destaca como pilares estratégicos a promoção de uma cultura de segurança, a criação de ambientes seguros e a liderança clínica ativa como essenciais para a prevenção de eventos adversos (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Importa ainda sublinhar que determinadas populações, como a pessoa em situação crónica ou imunossupressão, estão particularmente vulneráveis às complicações associadas ao uso prolongado de CVP. Estes doentes requerem cuidados diferenciados, vigilância mais estreita e maior envolvimento na deteção precoce de sinais de complicação (World Health Organization, 2024; Infusion Nurses Society, 2021).

Apesar do crescimento da investigação centrada nas complicações associadas ao CVP e na eficácia das estratégias preventivas, persiste uma escassez de revisões sistemáticas e abrangentes que explorem as barreiras à implementação de boas práticas, particularmente na perspetiva dos enfermeiros, que desempenham um papel central neste processo.

A literatura existente identifica obstáculos de natureza organizacional, técnica, comunicacional, relacional e estrutural, contudo, estas dimensões permanecem frequentemente dispersas e insuficientemente consolidadas no corpo de conhecimento científico.

Assim, a presente *scoping review* tem como objetivo mapear a evidência científica disponível sobre as barreiras identificadas pelos enfermeiros à implementação de boas práticas na inserção e manutenção do CVP em adultos, em ambiente hospitalar.

Neste enquadramento, coloca-se a seguinte questão de investigação: Quais as barreiras identificadas pelos enfermeiros à implementação de boas práticas na inserção e manutenção do CVP em ambiente hospitalar?

METODOLOGIA

A presente *scoping review* foi conduzida em conformidade com as recomendações metodológicas do JBI, sendo orientada pela mnemónica PCC (População, Conceito, Contexto). Este desenho metodológico foi selecionado pela sua pertinência para mapear conceitos centrais numa determinada área do conhecimento, bem como para examinar a extensão, a abrangência e a natureza da produção científica existente. Este tipo de revisão proporciona uma visão global do estado da arte e, frequentemente, constitui uma etapa preliminar para avaliar a pertinência e a necessidade da realização de revisões sistemáticas subsequentes, delimitar resultados de estudos empíricos e orientar prioridades de investigação futuras (Peters et al., 2020); Munn et al., 2018).

Segundo Munn et al. (2018), as *scoping reviews* são particularmente indicadas quando as revisões sistemáticas não conseguem responder de forma satisfatória às questões de investigação formuladas, sendo úteis para explorar evidência emergente em contextos em que esta ainda não se encontra suficientemente delimitada. Seguindo a abordagem proposta pelo JBI, foi aplicada a estratégia PCC, definida da seguinte forma:

- População (P): estudos que envolvessem enfermeiros com intervenção direta nos cuidados relacionados com CVP em doentes adultos (idade superior ou igual a 18 anos) em ambiente hospitalar;
- Conceito (C): barreiras percebidas ou descritas à implementação de boas práticas na inserção e manutenção do CVP;
- Contexto (C): ambiente hospitalar, independentemente da especialidade clínica ou do enquadramento geográfico.

Foram incluídos estudos primários (qualitativos, de métodos mistos, experimentais e observacionais), bem como estudos secundários e teóricos, dado que a *scoping review* privilegia a abrangência conceptual e permite integrar contributos de natureza teórica e de síntese que complementem a evidência empírica (Munn et al., 2018).

Critérios de inclusão:

- Estudos redigidos em português ou inglês;
- Com acesso integral ao texto completo;
- Sem delimitação temporal, considerando-se que uma perspectiva histórica permite captar a evolução do conhecimento, identificar padrões persistentes e integrar contributos relevantes independentemente da data de publicação. Esta decisão encontra-se alinhada com a orientação do JBI para revisões de finalidade exploratória e de mapeamento abrangente (Peters et al., 2020); Munn et al., 2018).

Critérios de exclusão:

- Estudos que não envolvessem enfermeiros como fonte principal de dados;
- Estudos com foco exclusivo em cateteres vasculares centrais, cateteres centrais de inserção periférica ou outros dispositivos de acesso vascular distintos do CVP;
- Estudos realizados em população pediátrica (<18 anos) ou em contextos extra-hospitalares.

A aplicação sistemática destes critérios assegurou a consistência metodológica do processo de seleção e a relevância dos estudos incluídos face à questão de investigação definida.

Após a formulação da questão de investigação e a definição dos critérios de elegibilidade, procedeu-se à pesquisa da literatura, realizada em junho de 2025, em bases de dados bibliográficas, repositórios institucionais e literatura cinzenta, de modo a garantir a abrangência e a diversidade das fontes consultadas.

As bases de dados e repositórios selecionados foram: MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCOhost), RCAAP.

O desenvolvimento da estratégia de pesquisa decorreu em três etapas:

Na primeira etapa, foi realizada uma pesquisa exploratória inicial com o objetivo de identificar descritores MeSH pertinentes ao tema, permitindo construir uma estratégia coesa e abrangente (Tabela 1).

Tabela 1

Estratégia de pesquisa (PubMed)

#1	Search: ("venous Catheter"[Title/Abstract] OR "Peripheral Venous Cathet*" [Title/Abstract]) OR (("Catheterization, Peripheral"[MeSH Terms]) OR ("Peripheral Catheterization"[Title/Abstract] OR "Catheterizations, Peripheral"[Title/Abstract] OR "Peripheral Catheterizations"[Title/Abstract] OR "Peripheral Venous Catheterization"[Title/Abstract] OR "Catheterizations, Peripheral Venous"[Title/Abstract] OR "Peripheral Venous Catheterizations"[Title/Abstract] OR "Venous Catheterizations, Peripheral"[Title/Abstract] OR "Catheterization, Peripheral Venous"[Title/Abstract] OR "Venous Catheterization, Peripheral"[Title/Abstract])) Sort by: Publication Date	25,462
-----------	--	------------------------

#2	Search: ("Nurses"[MeSH Terms]) OR ("Nurse" OR "Nursing Personnel" OR "Personnel, Nursing" OR "Registered Nurses" OR "Nurse, Registered" OR "Nurses, Registered" OR "Registered Nurse") Sort by: Publication Date	345,347
#3	Search: (barriers[Title/Abstract] OR hindrances[Title/Abstract] OR impediments[Title/Abstract] OR constraints[Title/Abstract] OR obstructions[Title/Abstract] OR blockades[Title/Abstract] OR obstacles[Title/Abstract] OR interferences[Title/Abstract] OR limitations[Title/Abstract] OR roadblocks[Title/Abstract] OR inhibitors[Title/Abstract] OR challenges[Title/Abstract] OR difficulties[Title/Abstract] OR hardships[Title/Abstract] OR complications[Title/Abstract] OR issues[Title/Abstract] OR problems[Title/Abstract] OR trials[Title/Abstract] OR adversities[Title/Abstract] OR setbacks[Title/Abstract] OR hurdles[Title/Abstract] OR blockages[Title/Abstract] OR stumbling blocks[Title/Abstract] OR encumbrances[Title/Abstract] OR restrictions[Title/Abstract] OR shortcomings[Title/Abstract] OR boundaries[Title/Abstract] OR drawbacks[Title/Abstract] OR deficiencies[Title/Abstract] OR weaknesses[Title/Abstract] OR efforts[Title/Abstract] OR conflicts[Title/Abstract] OR fights[Title/Abstract] OR tensions[Title/Abstract] OR battles[Title/Abstract] OR endeavors[Title/Abstract]) Sort by: Publication Date	5,184,774
#4	Search: ("Qualitative Research"[MeSH Terms] OR "Qualitative Research"[Title/Abstract] OR "Qualitative Study"[Title/Abstract] OR "Qualitative"[Title/Abstract] OR "Interviews"[Title/Abstract] OR "mixed methods"[Title/Abstract] OR "exploratory study"[Title/Abstract] OR "semi-structured interview"[Title/Abstract] OR "semi structured interview"[Title/Abstract] OR "unstructured interview"[Title/Abstract] OR "in-depth interview"[Title/Abstract] OR "in depth interview"[Title/Abstract] OR "focus group"[Title/Abstract] OR "focus groups"[Title/Abstract] OR "thematic analysis"[Title/Abstract] OR "content analysis"[Title/Abstract] OR "narrative analysis"[Title/Abstract] OR "case study"[Title/Abstract] OR "case studies"[Title/Abstract] OR "field notes"[Title/Abstract]) Sort by: Publication Date	781,035
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4 Sort by: Publication Date	24

Na segunda etapa, aplicou-se a estratégia final em cada base de dados e repositório, com as devidas adaptações às especificidades de cada interface. Para tal, recorreu-se à ferramenta *Polyglot Search Translator (SR-Accelerator)*, assegurando a consistência sintática das estratégias de pesquisa. Os resultados obtidos em cada base de dados encontram-se apresentados na Tabela 2.

Na terceira etapa, procedeu-se à pesquisa na literatura cinzenta/*Google Scholar* e à análise manual das listas de referências dos estudos incluídos, com o objetivo de identificar publicações adicionais potencialmente relevantes que não tivessem sido recuperadas nas bases de dados eletrônicas.

As versões completas das estratégias de pesquisa aplicadas em cada base de dados encontram-se disponíveis nos Apêndices 10 e 11.

Tabela 2

Estratégia de pesquisa para cada base de dados e repositório

Base de Dados / Repositório	Estratégia de Pesquisa	Resultado
PubMed (MEDLINE)	#1 ("venous Catheter"[Title/Abstract] OR "Peripheral Venous Catheter"[Title/Abstract] OR ("Catheterization, Peripheral"[MeSH Terms]) OR ("Peripheral Catheterization"[Title/Abstract] OR "Catheterizations, Peripheral"[Title/Abstract] OR "Peripheral Catheterizations"[Title/Abstract] OR "Peripheral Venous Catheterization"[Title/Abstract] OR "Catheterizations, Peripheral Venous"[Title/Abstract] OR "Peripheral Venous Catheterizations"[Title/Abstract] OR "Venous Catheterizations, Peripheral"[Title/Abstract] OR "Catheterization, Peripheral Venous"[Title/Abstract] OR "Venous Catheterization, Peripheral"[Title/Abstract]))	24

	#2 ("Nurses"[MeSH Terms] OR "Nurse" OR "Nursing Personnel" OR "Personnel, Nursing" OR "Registered Nurses" OR "Nurse, Registered" OR "Nurses, Registered" OR "Registered Nurse") #3 (barriers[Title/Abstract] OR challenges[Title/Abstract] OR ... [lista completa de sinónimos]) #4 ("Qualitative Research"[MeSH Terms] OR "Qualitative Study"[Title/Abstract] OR "mixed methods"[Title/Abstract] OR "focus group"[Title/Abstract] OR "case study"[Title/Abstract] OR "thematic analysis"[Title/Abstract] ...) #5 #1 AND #2 AND #3 AND #4	
EBSCOhost (CINAHL)	(((("venous Catheter" OR "Peripheral Venous Cathet") OR (MH "Catheterization, Peripheral+" OR "Peripheral Catheterization" OR "Catheterizations, Peripheral" OR "Peripheral Catheterizations" OR "Peripheral Venous Catheterization" OR "Catheterizations, Peripheral Venous" OR "Peripheral Venous Catheterizations" OR "Venous Catheterizations, Peripheral" OR "Catheterization, Peripheral Venous" OR "Venous Catheterization, Peripheral")) AND ((MH "Nurses+" OR "Nurse" OR "Nursing Personnel" OR "Personnel, Nursing" OR "Registered Nurses" OR "Nurse, Registered" OR "Nurses, Registered" OR "Registered Nurse")) AND ((barriers OR hindrances OR impediments OR constraints OR ... [lista completa de sinónimos]) AND ((MH "Qualitative Research+" OR "Qualitative Study" OR "mixed methods" OR "focus group" OR "case study" OR "thematic analysis"))	84
RCAAP	("cateter venoso periférico" OR "cateterização venosa periférica" OR "cateterização periférica") AND (barreiras OR obstáculos OR dificuldades OR limitações OR problemas OR desafios OR constrangimentos OR impedimentos OR restrições OR conflitos OR fraquezas)	15

RESULTADOS

A pesquisa inicial identificou 108 registos potencialmente relevantes, distribuídos pelas seguintes bases de dados: PubMed (n = 24) e CINAHL (n = 84). Após a eliminação de 20 duplicados, com recurso ao *software Mendeley*, permaneceram 88 registos para a fase de triagem. Adicionalmente, foram identificados mais 19 registos por outros métodos, nomeadamente no RCAAP (n = 15) e na literatura cinzenta/*Google Scholar* (n = 4). Após a deduplicação global, o total de registos únicos considerados para triagem foi de 107.

Na fase de triagem, foram excluídos 96 registos (68 com base no título e 28 após leitura do resumo), por não cumprirem os critérios de inclusão previamente definidos. Em termos gerais, as exclusões deveram-se sobretudo a estudos realizados em população pediátrica, em contexto pré-hospitalar ou com foco em dispositivos distintos do CVP (como os cateteres centrais de inserção periférica).

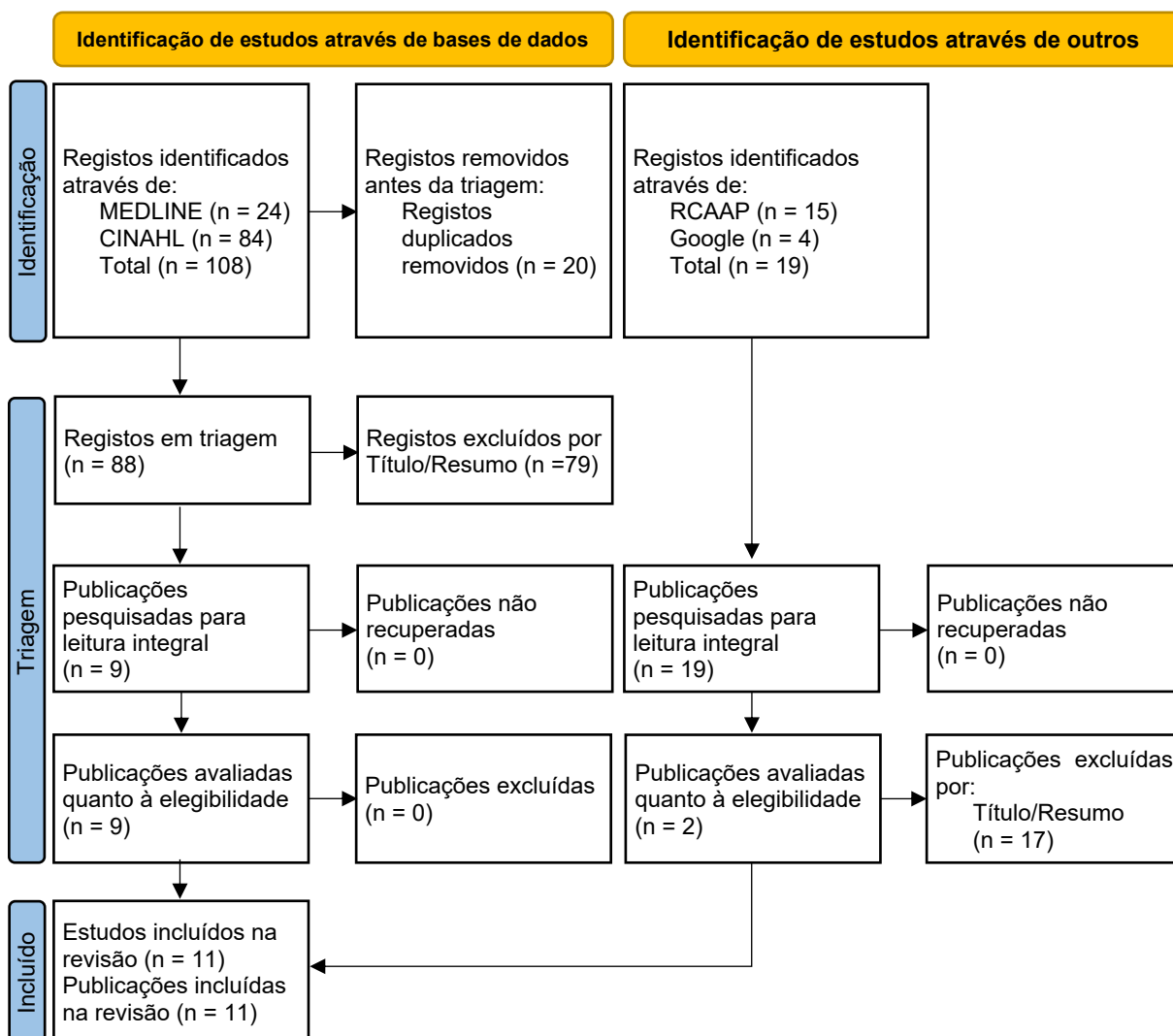
Assim, foram seleccionadas 9 publicações de bases de dados e 2 de outras fontes para leitura integral, totalizando 11 publicações avaliadas quanto à elegibilidade

Não se revelou necessário contactar autores para esclarecimentos adicionais. Todo o processo de seleção foi conduzido em conformidade com as orientações metodológicas propostas por Arksey e O'Malley (2005) e com as diretrizes atualizadas do JBI.

O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão encontra-se representado no fluxograma Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), adaptado conforme apresentado na Figura 1, de acordo com as recomendações de Page et al. (2021).

Figura 1

Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos Artigos



Fonte: (Page et al., 2021)

A extração de dados foi realizada pela investigadora principal, com recurso a uma grelha previamente estruturada, construída com base nos critérios de inclusão definidos. Antes do início da recolha, foram clarificados os conceitos e estabelecidas as categorias analíticas a aplicar, assegurando consistência e rigor metodológico em todo o processo.

A análise dos dados consistiu na sua categorização e interpretação, o que permitiu identificar padrões, tendências e barreiras comuns à implementação de boas práticas na inserção e

manutenção do CVP em ambiente hospitalar. Esta abordagem possibilitou uma leitura integradora da evidência disponível, em conformidade com os objetivos da presente revisão.

Todo o processo de revisão e de apresentação dos resultados seguiu as recomendações da extensão do PRISMA para *Scoping Review* (PRISMA-ScR).

Tabela 3

Artigos Selecionados

ARTIGO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA	AUTORES E ANO PUBLICAÇÃO	PUBLICAÇÃO
A1	Factors influencing nurses' handling and control of peripheral intravenous lines-an interview study	Descritivo qualitativo	37 enfermeiros	Lundgren A, Ek AC, 1996	International Journal of Nursing Studies
A2	Examining the care of patients with peripheral venous cannulas	Qualitativo exploratório	10 enfermeiros	Creamer E, 2000	British Journal of Nursing
A3	What fuels suboptimal care of peripheral intravenous catheter-related infections in hospitals? A qualitative study of decision-making among Spanish nurses	Qualitativo descritivo	14 enfermeiros	Blanco-Mavillard, I, Castro-Sánchez, E, Parra-García, G, Rodríguez-Calero, MÁ, Bennasar-Veny, M, Fernández-Fernández, I, Lorente-Neches, H, de Pedro-Gómez, J, 2022	Antimicrobial Resistance & Infection Control
A4	Using Implementation Science to Improve Short Peripheral Intravenous Catheter Outcomes	Misto (quantitativo e qualitativo)	23 unidades de internamento	Hook, M, Woda, A, Bohr, K, Ford, C, Singh, M., 2024	Journal of Infusion Nursing
A5	Aligning peripheral intravenous catheter quality with nursing culture—A mixed method study	Estudo misto (quantitativo e qualitativo)	questionários a 612 enfermeiros e entrevistas a 26 gestores/enfermeiros líderes	Høvik, L, Gjeilo, K, Ray-Barruel, G, Lydersen, S, Børseth, A, Gustad, L, 2024	Journal of Clinical Nursing
A6	Nurses' clinical reasoning concerning management of peripheral venous cannulae	Qualitativo	43 enfermeiros	Johansson, ME, Pilhammar, E, Willman, A, 2009	Journal of Clinical Nursing
A7	Peripheral intravenous catheter clinical care standard adherence in emergency departments: A qualitative study underpinned by the behaviour change wheel	Qualitativo	25 enfermeiros e médicos	Xu, H, Bowdery, J, To, Y, Duff, J, Griffin, B, Ullman, AJ, Rickard, C M, Plummer, K, 2024	Journal of Advanced Nursing
A8	Nurses' Short Peripheral Catheter Flushing Practices: Implications for Patient Care,	Métodos mistos	35 enfermeiros	Norton, CB, Lauria, HA, Baker, D, Hauser, P,	Journal of Infusion Nursing

	Nursing Education, and Policy			Smith-Miller, CA, 2019	
A9	Nursing Practices in peripheral intravenous cannulation: phlebitis and patient safety.	Qualitativo	26 enfermeiros	Salgueiro-Oliveira AS, Bastos ML, Braga LM, Arregy-Sena C, Melo MN, Perreira PMSD., 2019	Texto & Contexto Enfermagem
A10	Factors Influencing Nurses' Decision-Making Process on Leaving in the Peripheral Intravascular Catheter After 96 Hours	Observacional longitudinal	Não há especificação do nº de enfermeiros	Palese, A, Cassin, C, Cassone, A, Cialdella, S, Kulla, A, Floridia, G, Dorigo, S, Nadlišek, B, Magee, J, Palcic, A, Artico, M, Valle, G, Camero, F, Sclauzero, P, 2011	Journal of Infusion Nursing
A11	Prática baseada em evidência no âmbito da cateterização venosa periférica: O caminho a seguir em Portugal	Artigo teórico/ensaio		Santos-Costa, P, Ray-Barruel, G, Rodríguez-Calero, MA, Blanco-Mavillard, I, Hernon, O, Carr, PJ (2024).	Revista de Enfermagem Referência,

Uma vez selecionados os artigos que integram o corpo desta *scoping review*, apresentam-se na Tabela 4, de forma sucinta, as informações extraídas consideradas mais relevantes. Esta síntese tem como finalidade proporcionar uma visão integrada e comparativa dos estudos incluídos, facilitando a identificação de padrões recorrentes e de lacunas na investigação, em consonância com os objetivos definidos para a presente revisão.

A versão completa da extração de dados, incluindo detalhes metodológicos e contributos específicos de cada estudo, encontra-se disponível no Apêndice 12.

Tabela 4

Síntese dos Resultados dos Artigos Selecionados

A1. Factors influencing nurses' handling and control of peripheral intravenous lines-an interview study
• Rotinas inadequadas: ausência de protocolos consistentes e de rotinas institucionais normalizadas. • Falta de responsabilização clara pela gestão do CVP. • Deficiente documentação: falhas nos registos clínicos comprometem a continuidade e segurança dos cuidados. • Informação insuficiente ao doente: falhas na educação da pessoa doente comprometem a deteção precoce de complicações. • Dependência da experiência pessoal: práticas baseadas no hábito, sem suporte em evidência científica.

- Fatores organizacionais (stresse e carga de trabalho): barreiras organizacionais à implementação de cuidados eficazes.

A2. Examining the care of patients with peripheral venous cannulas

- Falta de clareza e partilha ambígua de responsabilidades: conflitos de responsabilidade entre médicos e enfermeiros.
- Défice de documentação sistemática: inexistência de espaços apropriados para documentação do CVP.
- Manutenção do CVP para além do recomendado, por hábito.
- CVP percecionado como cuidado de baixa prioridade.
- Formação inadequada: lacunas formativas nos currículos de enfermagem sobre gestão do CVP.
- Fragilidades organizacionais: falta de políticas claras, metas e supervisão eficaz.

A3. What fuels suboptimal care of peripheral intravenous catheter-related infections in hospitals? A qualitative study of decision-making among Spanish nurses

- Falta de liderança e responsabilidade clara: Indefinição de papéis entre médicos e enfermeiros compromete a prevenção.
- Baixa perceção de risco: o CVP é frequentemente percecionado como dispositivo de baixo risco.
- Protocolos desatualizados ou desvalorizados: ausência de protocolos atualizados ou a sua desvalorização no contexto hospitalar.
- Falta de envolvimento do doente: a ausência de informação adequada sobre o CVP compromete a vigilância partilhada e a deteção precoce de complicações.
- Estrutura organizacional ineficaz: ausência de supervisão, definição de metas, mecanismos de *feedback*, bem como de recursos humanos e materiais adequados.

A4. Using Implementation Science to Improve Short Peripheral Intravenous Catheter Outcomes

- Desalinhamento entre política e prática: estratégias educativas passivas com eficácia limitada, ações educativas e afixação de cartazes
- Subutilização de ferramentas eletrónicas: embora o relatório de monitorização fosse considerado útil, a sua utilização era pouco frequente.
- Adesão variável às boas práticas: apenas algumas unidades conseguiram melhorias significativas, evidenciando desigualdade na implementação.
- Fatores organizacionais influenciam resultados: o envolvimento da liderança, a carga de trabalho e o apoio institucional foram considerados determinantes para o sucesso das intervenções.
- Melhorias pontuais dependem da continuidade: estratégias de seguimento, como auditorias e retorno de informação, são essenciais, mas frequentemente pouco utilizadas.

A5. Aligning peripheral intravenous catheter quality with nursing culture—A mixed method study

- Desalinhamento entre cultura e diretrizes: as práticas clínicas são influenciadas por rotinas e pela cultura institucional local, em detrimento da evidência científica.
- Barreiras organizacionais: falta de liderança clínica ativa e tempo disponível para a implementação de cuidados baseados na evidência.
- Deficiências na formação contínua e supervisão formal: a aprendizagem ocorre, frequentemente, de forma não estruturada e dependente da experiência individual.
- Foco limitado na segurança e nos resultados clínicos relacionados com o CVP.
- Falta de responsabilização e reconhecimento formal dos cuidados com CVP: ausência de reconhecimento formal das responsabilidades associadas aos cuidados com o CVP.

A6. Nurses' clinical reasoning concerning management of peripheral venous cannulae

- Falta de adesão às diretrizes clínicas: considerações contextuais e julgamento clínico sobrepujaram-se frequentemente às normas formais.
- Influência da experiência pessoal na tomada de decisão: decisões mais cautelosas entre enfermeiros que vivenciaram complicações graves.
- Falta de priorização do CVP: a substituição e vigilância do CVP eram frequentemente adiadas devido à carga de trabalho ou à existência de outros cuidados considerados prioritários.
- Documentação clínica insuficiente: a ausência de registo sistemático comprometia o acompanhamento clínico.
- Cultura de equipa e atitudes locais: o ambiente de trabalho moldava as práticas clínicas, podendo favorecer ou negligenciar os cuidados relacionados com o CVP.

A7. Peripheral intravenous catheter clinical care standard adherence in emergency departments: A qualitative study underpinned by the behaviour change wheel

- Falta de estratégias estruturadas de implementação da norma clínica de cuidados com o CVP.
- Défice de formação contínua e de capacitação específica em práticas seguras e eficazes de inserção/manutenção de CVP.
- Desresponsabilização individual e inexistência de mecanismos de *feedback*.
- Inexistência de diretrizes claras e apoio organizacional dificultava a adoção uniforme de boas práticas.
- Ambiente clínico adverso, pressão de tempo, prioridades concorrentes e sobrecarga de cuidados foram referidas como barreiras significativas à prestação de cuidados seguros.
- Cultura permissiva quanto à repetição de tentativas e ausência de escalamento adequado em casos de acesso venoso difícil.

A8. Nurses' Short Peripheral Catheter Flushing Practices: Implications for Patient Care, Nursing Education, and Policy

- Falta de padronização prática: práticas inconsistentes devido à utilização simultânea de múltiplas fontes de orientação (política institucional, experiência pessoal, opinião de colegas).
- Políticas institucionais ambíguas ou desvalorizadas: embora existissem normas formais, estas não eram aplicadas de forma uniforme, nem utilizadas como referência na tomada de decisão clínica.
- Influência do contexto clínico: carga de trabalho e baixa perceção de prioridade atribuída ao *flushing* comprometiam a adesão a esta prática.
- Omissão do *flushing* antes de administração de medicamento: risco para a segurança do doente.
- Educação e conhecimento insuficientes sobre a prática: omissão do *flushing* como prioridade, associada à falta de compreensão mecânica do procedimento.

A9. Nursing Practices in peripheral intravenous cannulation: phlebitis and patient safety.

- Desvios técnicos e organizacionais comprometem a segurança do doente.
- Reutilização de garroses ou o uso de adesivos contaminados.
- Ausência de formação contínua e de protocolos normalizados.
- Inexistência de monitorização sistemática de complicações, como a flebite.
- Falta de envolvimento do doente na vigilância e autocuidado.
- Limitações estruturais, como a escassez de materiais ou a inexistência de lavatórios.

A10. Factors Influencing Nurses' Decision-Making Process on Leaving in the Peripheral Intravascular Catheter After 96 Hours

- Desalinhamento com diretrizes não resulta sempre de negligência, mas de julgamento clínico baseado em: experiência pessoal, avaliação da condição do doente, disponibilidade técnica e contexto organizacional.
- Registos frequentemente incompletos ou inexistentes, os registos relativos à inserção e remoção do cateter são frequentemente incompletos ou inexistentes.
- Decisões influenciadas pelo ambiente clínico e infraestrutura local.

A11. Prática baseada em evidência no âmbito da cateterização venosa periférica: O caminho a seguir em Portugal

- Ausência de diretrizes nacionais normalizadas resulta em cuidados fragmentados e inconsistentes.
- Falta de formação padronizada e reconhecimento formal de competências avançadas em enfermagem na área de acessos vasculares.
- Cultura de segurança deficitária e escassos mecanismos de melhoria contínua.
- Subaproveitamento de equipas especializadas em acessos vasculares no Serviço Nacional de Saúde.
- Documentação clínica e terminologia inconsistente dificultando o rastreio e o diagnóstico de complicações.

A análise dos estudos incluídos permitiu mapear múltiplas barreiras à implementação de boas práticas, organizadas em cinco categorias principais:

- **Barreiras individuais/profissionais:** prevalência de práticas baseadas em rotinas e experiência pessoal, lacunas na formação inicial e contínua, variabilidade de competências e resistência à mudança (A1, A2, A5, A6, A7, A8, A10, A11).
- **Barreiras de documentação e comunicação:** ausência ou omissão sistemática de registos clínicos sobre inserção, manutenção e complicações associadas ao CVP, bem como uso de terminologia clínica não normalizada (A1, A2, A6, A9, A10, A11).
- **Barreiras organizacionais:** ausência de normas institucionais e nacionais atualizadas, falhas nos mecanismos de auditoria e supervisão, sobrecarga de trabalho, falta de tempo, e inexistência de lideranças clínicas ou equipas especializadas (A3, A4, A5, A7, A11).
- **Barreiras de responsabilização e definição de funções:** indefinição de papéis entre enfermeiros e médicos, e ausência de responsabilização formal nas decisões clínicas (A2, A3, A5, A7).
- **Barreiras relacionadas com o envolvimento do doente:** falhas na educação sobre sinais de alerta, reduzida orientação durante o internamento e perceção da inviabilidade da participação ativa do doente em contextos agudos (A1, A3, A7, A9).

Do ponto de vista quantitativo, observou-se que as barreiras individuais e profissionais foram as mais frequentemente identificadas, presentes em oito dos onze estudos analisados. Seguiram-se as limitações associadas à documentação e comunicação, salientadas em seis

artigos, refletindo a importância crítica destes processos para a continuidade e segurança dos cuidados. As barreiras organizacionais, foram referidas em cinco estudos, enquanto as relacionadas com a responsabilização e definição de funções emergiram em quatro, evidenciando ambiguidades no delineamento de papéis profissionais. Por último, o envolvimento insuficiente do doente foi destacado em quatro estudos, apontando para uma dimensão ainda pouco explorada, mas essencial para a promoção da segurança, da corresponsabilização e da qualidade assistencial.

A análise transversal dos estudos permitiu identificar padrões comuns de barreiras à implementação de boas práticas na gestão do CVP, independentemente do país ou do contexto clínico. Contudo, emergiram especificidades relevantes em determinados contextos: em Portugal (A9, A11), verificou-se a ausência de diretrizes nacionais formalizadas e a carência de recursos estruturais adequados; em Espanha (A3), destacou-se a fragmentação dos cuidados de enfermagem, associada a uma fraca perceção do risco clínico; e nos países nórdicos (A1, A2, A5, A6), observou-se que a cultura profissional, aliada a uma maior autonomia clínica dos enfermeiros, influenciava as práticas quotidianas, conduzindo, por vezes, ao afastamento face às *guidelines* formais.

Importa ainda salientar que a perspetiva do doente foi sistematicamente desvalorizada nos diferentes contextos analisados. A insuficiente disponibilização de informação sobre sinais de complicações e a fraca promoção do papel do utente no autocuidado comprometem a deteção precoce de eventos adversos, perpetuando um modelo de cuidados centrado no profissional de saúde, em detrimento da participação ativa e esclarecida da pessoa doente.

DISCUSSÃO

Os resultados desta *scoping review* evidenciam que a implementação de boas práticas na inserção e manutenção do CVP em ambiente hospitalar permanece condicionada por barreiras de natureza estrutural, organizacional, profissional e cultural. Estas dimensões, interdependentes entre si, ilustram as dificuldades na transposição da evidência científica para a prática clínica, corroborando os achados da literatura nacional e internacional.

A inexistência de normas nacionais específicas e atualizadas constitui uma limitação transversalmente identificada, dificultando a padronização das práticas e comprometendo a adesão a padrões internacionais de qualidade e segurança. Em Portugal, Santos-Costa et al. (2024) (A11) salientam esta lacuna normativa e a ausência de terminologia uniformizada como barreiras críticas, conduzindo a cuidados fragmentados. De forma convergente, Hook et al. (2024) (A4) demonstraram que políticas institucionais passivas, baseadas apenas em ações educativas, não produzem melhorias sustentáveis. Norton et al. (2019) (A8) reforçam que,

mesmo quando existem normas institucionais, estas são aplicadas de forma inconsistente. Já Lundgren & Ek (1996) (A1) identificavam, há quase três décadas, a ausência de protocolos claros como fator de risco para a segurança dos cuidados com o CVP, uma fragilidade que persiste na atualidade.

Este cenário contrasta com o panorama internacional, onde a World Health Organization (2024) e o Centers for Disease Control and Prevention (2024a, 2024b) disponibilizam recomendações claras e baseadas na evidência científica, incluindo aspetos como a higienização das mãos, técnica asséptica, seleção criteriosa do local de inserção e monitorização regular. A falta de alinhamento entre estas recomendações e a realidade descrita nos estudos analisados, particularmente no que respeita à formação sistemática, à responsabilização profissional e à institucionalização de protocolos, traduz-se numa fragilidade estrutural que exige intervenção urgente.

As barreiras organizacionais emergem como fator crítico adicional. A sobrecarga de trabalho, a escassez de tempo e a limitação de recursos humanos e materiais favorecem práticas mecanizadas e fragmentadas, frequentemente designadas por “fragmentação funcional dos cuidados”, em detrimento de uma vigilância clínica contínua (Blanco-Mavillard et al., 2022) (A3). Este fenómeno é particularmente evidente em serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos, onde o CVP tende a ser secundarizado, apesar do seu impacto direto na segurança do doente. Acrescem a ausência de liderança efetiva, a falta de supervisão e a escassez de recursos, fatores que comprometem a implementação de boas práticas (Blanco-Mavillard et al., 2022) (A3). Xu et al. (2024) (A7) confirmam estas dificuldades em contexto de urgência, evidenciando que a pressão assistencial e a multiplicidade de prioridades reduzem a adesão às normas. Høvik et al. (2024) (A5) destacam o papel central da cultura institucional e do envolvimento das chefias na qualidade dos cuidados. Outros estudos, como Creamer (2000) (A2) e Salgueiro-Oliveira et al. (2019) (A9), reforçam falhas estruturais, incluindo ausência de locais adequados para registos, falta de *feedback* contínuo e carência de materiais apropriados.

No plano profissional, salientam-se défices de formação contínua e de supervisão estruturada. A inexistência de programas consistentes de capacitação fragiliza a prática clínica e expõe os doentes a riscos evitáveis. A literatura mostra que intervenções formativas sistemáticas, acompanhadas de supervisão e *feedback*, aumentam significativamente a adesão às boas práticas (Palese et al., 2011; Santos-Costa et al., 2024). Johansson et al. (2009) (A6) evidenciaram que, na ausência de condições organizacionais adequadas, os enfermeiros recorrem frequentemente à experiência pessoal, em detrimento da adesão sistemática às *guidelines*. Palese et al. (2011) (A10) demonstraram que decisões sobre a manutenção do CVP são muitas vezes influenciadas por fatores contextuais e individuais, mais do que por

normas formais. Norton et al. (2019) (A8) acrescentam que práticas essenciais, como a lavagem do cateter (*flushing*), são frequentemente omitidas por falhas de conhecimento ou à subvalorização do seu impacto clínico. Em Portugal, Santos-Costa et al. (2024) (A11) referem a ausência de reconhecimento formal de competências especializadas em acessos vasculares, limitando a diferenciação profissional nesta área.

Em coerência com estes resultados a World Health Organization (2024) recomenda que a competência prática na inserção e manutenção do CVP seja adquirida, mantida e avaliada periodicamente, preferencialmente com recurso a simuladores e a programas formais de ensino. Contudo, a eficácia destas iniciativas depende da disponibilidade de recursos institucionais e de uma clara priorização por parte das administrações hospitalares.

A documentação clínica e a comunicação interprofissional constituem igualmente barreiras críticas à continuidade e segurança dos cuidados. Vários estudos reportam falhas no registo da inserção, manutenção e remoção do CVP, bem como a utilização de terminologia não padronizada, dificultando a rastreabilidade e a tomada de decisão fundamentada (A1, A2, A6, A9, A10, A11). Em Portugal, a ausência de modelos de registo estruturado e de auditorias sistemáticas compromete a monitorização de indicadores de qualidade (A11). Importa, por isso, encarar a documentação não como mera formalidade administrativa, mas como instrumento essencial de vigilância clínica, responsabilização e melhoria contínua.

A indefinição de papéis entre médicos e enfermeiros é outra barreira recorrente à gestão segura do CVP. Creamer (2000) (A2) e Blanco-Mavillard et al. (2022) (A3) demonstram que a ausência de clarificação de funções gera conflitos e dificulta a implementação de estratégias preventivas. Høvik et al. (2024) (A5) e Xu et al. (2024) (A7) reforçam a necessidade de lideranças clínicas pró-ativas e da responsabilização individual como elementos-chave para uma cultura de segurança.

De forma transversal, persiste a perceção do CVP como procedimento de baixa complexidade. Esta visão redutora conduz à desvalorização do seu potencial risco clínico, perpetuando práticas inconsistentes. Estudos clássicos, como os de Lundgren & Ek (1996) (A1) e Creamer (2000) (A2), já o descreviam, e investigações recentes, Blanco-Mavillard et al. (2022) (A3) e Salgueiro-Oliveira et al. (2019) (A9), confirmam a sua atualidade, documentando falhas em áreas fundamentais como higienização das mãos, desinfeção de conectores e monitorização sistemática de complicações. Johansson et al. (2009) (A6) acrescentam que a cultura de equipa e as atitudes locais moldam diretamente os cuidados prestados, podendo favorecer ou negligenciar a segurança do CVP.

Importa ainda salientar o papel frequentemente passivo atribuído ao doente na gestão do CVP. Estudos como Lundgren & Ek (1996) (A1), Blanco-Mavillard et al. (2022) (A3), Xu et al.

(2024) (A7) e Salgueiro-Oliveira et al. (2019) (A9) documentam a ausência sistemática de educação sobre sinais de alerta, o que limita a coprodução de cuidados e atrasa a detecção de complicações. A participação ativa do utente deve ser reconhecida como um elemento central da vigilância e da prevenção de eventos adversos, particularmente em pessoas com doença crónica, cuja exposição repetida a terapêuticas intravenosas e internamentos aumenta a vulnerabilidade a complicações (World Health Organization, 2024; Zanella et al., 2025).

Neste enquadramento, a análise assume especial relevância para a pessoa em situação crónica, que apresenta maior suscetibilidade a complicações relacionadas com o CVP, com impacto significativo na morbilidade, mortalidade, qualidade de vida e custos em saúde (World Health Organization, 2024; Zanella et al., 2025). Palese et al. (2011) (A10) demonstraram que decisões sobre manter ou remover o cateter são frequentemente condicionadas por fatores contextuais, aumentando a exposição ao risco nos doentes crónicos. Blanco-Mavillard et al. (2022) (A3) confirmam que a baixa perceção do risco clínico compromete a adoção de medidas preventivas, limitação particularmente crítica nesta população.

À luz do exposto, a implementação rigorosa de boas práticas assume uma tripla relevância: clínica, ao preservar o capital venoso e reduzir complicações; ética, ao assegurar os princípios de beneficência e não maleficência; e organizacional, ao promover a eficiência dos sistemas de saúde e reduzir internamentos evitáveis. A coprodução de cuidados, com envolvimento ativo do doente e/ou cuidador, emerge como estratégia essencial para reforçar a vigilância clínica e potenciar a corresponsabilização nas decisões e intervenções preventivas. Esta perspetiva encontra-se alinhada com o Management of Peripheral Intravenous Catheters Clinical Care Standard (2021), que define dez declarações de qualidade e treze indicadores para orientar práticas seguras, sublinhando a importância do envolvimento informado do doente, da tomada de decisão partilhada, da avaliação sistemática do local de inserção e da documentação rigorosa como pilares da segurança na gestão do CVP.

Apesar do cumprimento das recomendações metodológicas do JBI e do PRISMA-ScR, esta revisão apresenta limitações que importa reconhecer. O número de estudos incluídos foi reduzido (n=11), o que restringe a amplitude e a profundidade das evidências mapeadas. Os contextos analisados são internacionalmente heterogéneos, refletindo realidades organizacionais, culturais e de recursos distintos, o que pode limitar a transferibilidade dos resultados para o contexto português. Acresce a inclusão de estudos mais antigos, como o de Lundgren & Ek (1996), que, embora pertinentes, podem não refletir as práticas atuais nem a evolução tecnológica recente no domínio do CVP. Por fim, a escassez de ensaios clínicos e de estudos quantitativos robustos limita a possibilidade de comparações estatísticas consistentes, prevalecendo evidência predominantemente qualitativa.

Do ponto de vista prático, os resultados desta revisão evidenciam a necessidade urgente de reforço organizacional e normativo no que respeita à utilização do CVP em Portugal. A ausência de diretrizes nacionais específicas tem conduzido a práticas fragmentadas e inconsistentes, dependentes das instituições e dos profissionais. Assim, a definição de normas nacionais padronizadas, alinhadas com a melhor evidência internacional, constitui uma prioridade estratégica para garantir a segurança da pessoa doente. Paralelamente, torna-se imperativo investir em programas de formação contínua e de capacitação em acessos vasculares, de modo a reduzir a variabilidade entre profissionais e a incrementar a adesão às boas práticas. A implementação de auditorias clínicas regulares, acompanhadas de mecanismos de *feedback* estruturado e de responsabilização, é igualmente indispensável para uniformizar procedimentos e elevar a qualidade dos cuidados.

Importa, ainda, promover de forma sistemática o envolvimento ativo do doente na monitorização dos sinais e sintomas de complicações, instituindo esta prática como rotina para reforçar a corresponsabilização no processo terapêutico e potenciar melhores resultados em saúde.

Por último, evidencia-se a necessidade de desenvolver estudos que explorem estratégias eficazes de implementação de boas práticas no âmbito do CVP. Investigações futuras deverão privilegiar desenhos quantitativos multicêntricos, capazes de estimar prevalência e incidência de complicações em diferentes contextos hospitalares, bem como ensaios de implementação que testem intervenções organizacionais, incluindo auditorias clínicas e protocolos digitais. A avaliação económica das complicações associadas ao CVP constitui igualmente uma lacuna relevante, passível de fornecer dados fundamentais para a decisão em saúde. No contexto português, a adaptação cultural e a validação de *guidelines* internacionais devem assumir prioridade, com vista à elaboração de diretrizes nacionais específicas que assegurem práticas consistentes, seguras e alinhadas com a melhor evidência científica disponível.

CONCLUSÃO

Esta *scoping review* permitiu mapear e sintetizar as principais barreiras à implementação de boas práticas na inserção e manutenção do CVP em ambiente hospitalar, confirmando a sua natureza multifatorial e interdependente. As barreiras mais relevantes distribuem-se pelos domínios organizacional, profissional, cultural e estrutural, incluindo lacunas na documentação e comunicação clínicas e limitações no envolvimento do doente.

No plano estrutural, sobressai a inexistência de diretrizes nacionais claras e atualizadas, geradora de práticas fragmentadas e inconsistentes que comprometem a segurança do doente. No plano organizacional, a sobrecarga assistencial, a insuficiência de recursos e a

escassez de auditorias e supervisão agravam essas fragilidades. Do ponto de vista profissional e cultural, a formação contínua insuficiente e a perceção do CVP como procedimento de baixo risco perpetuam abordagens assentes em rotinas, em detrimento da evidência científica. Acrescem falhas de registo (inserção, manutenção, complicações e remoção), terminologia não normalizada e comunicação interprofissional incompleta, o que limita a rastreabilidade clínica e a monitorização sistemática de indicadores de qualidade.

As implicações para a prática clínica em Portugal são inequívocas. É prioritário elaborar diretrizes nacionais específicas para a gestão do CVP, alinhadas com a melhor evidência disponível, e operacionalizar a sua implementação através de: programas de capacitação e atualização contínua, auditorias clínicas regulares com *feedback* estruturado, normalização dos processos de documentação e valorização do envolvimento do doente na deteção precoce de sinais de complicação. Tendo em conta a realidade portuguesa, importa também reforçar e tornar explícita a liderança e responsabilização dos enfermeiros ao longo de todo o ciclo de vida do CVP (indicação, seleção do local, inserção, manutenção, avaliação diária e remoção), assegurando simultaneamente a coordenação multiprofissional necessária para terapêuticas específicas e para a gestão de riscos acrescidos. Este conjunto de medidas é fundamental para consolidar uma cultura organizacional centrada na segurança e qualidade dos cuidados.

Apesar do contributo desta revisão, importa reconhecer algumas limitações, nomeadamente o número reduzido de estudos incluídos, a heterogeneidade dos contextos analisados e a escassez de evidência quantitativa robusta. Ainda assim, os resultados fornecem contributos relevantes para a definição de políticas e estratégias de melhoria no contexto nacional. Investigações futuras deverão privilegiar estudos multicêntricos que avaliem a prevalência de complicações e a eficácia de intervenções organizacionais na adesão às boas práticas.

Quanto à agenda de investigação, recomendam-se estudos multicêntricos que avaliem a prevalência de complicações associadas ao CVP e a eficácia de intervenções organizacionais na melhoria da adesão às boas práticas. A avaliação económica das complicações e a adaptação/validação cultural de diretrizes internacionais devem igualmente constituir prioridades, sustentando recomendações nacionais sólidas e baseadas na evidência.

Em síntese, a melhoria dos cuidados relacionados com o CVP exige uma abordagem integrada que combine liderança clínica, formação contínua, normalização de procedimentos, documentação robusta, auditoria sistemática e corresponsabilização de profissionais e doentes, assegurando práticas seguras, consistentes e alinhadas com padrões internacionais de qualidade e segurança. Este trabalho constitui um contributo pertinente para a literatura nacional, ao oferecer uma síntese abrangente das barreiras e das prioridades de ação que

podem apoiar políticas, programas formativos e estratégias institucionais orientadas para cuidados seguros, custo-efetivos e centrados na pessoa.

NOTA CONCLUSIVA

A aprendizagem contínua constitui um pilar essencial para o desenvolvimento profissional em enfermagem, permitindo a aquisição de novos conhecimentos, a atualização de competências técnicas e o aperfeiçoamento de habilidades específicas. Este processo promove não apenas o crescimento profissional, mas também o desenvolvimento pessoal, fortalecendo a autoconfiança, a autonomia e a satisfação no exercício da profissão. Aliada à prática baseada na evidência, a aprendizagem contínua sustenta a prestação de cuidados de qualidade, seguros e centrados na pessoa, assegurando a continuidade e a eficácia da intervenção de enfermagem.

A realização deste relatório representou para nós uma oportunidade ímpar de reflexão crítica e sistematizada sobre o percurso formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. A articulação entre prática clínica especializada, consolidação das competências do enfermeiro especialista e produção de conhecimento científico permitiu integrar saberes teóricos, técnicos e éticos indispensáveis a um exercício profissional diferenciado.

Nos ensinamentos clínicos realizados no Serviço de Urologia A desenvolvemos competências técnicas e relacionais na prestação de cuidados diretos à pessoa em situação crónica, valorizando a sua singularidade, bem como a da família e do cuidador. No SPCIRA, apesar da ausência de contacto direto com o doente, aprofundámos competências na área da prevenção e controlo da infeção, reconhecendo o impacto destas intervenções na segurança e na qualidade dos cuidados prestados ao doente.

Neste percurso consolidámos não apenas competências específicas da área da pessoa em situação crónica, conforme definido no Regulamento n.º 429/2018, que orienta os cuidados contínuos prestados em diferentes contextos, centrados na prevenção da doença, promoção de estilos de vida saudáveis, apoio nos processos de adaptação e adesão ao regime terapêutico, mas também as competências comuns do enfermeiro especialista, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019. Assim, aprofundámos a nossa responsabilidade profissional, ética e legal, contribuímos para a melhoria contínua da qualidade, desenvolvemos competências de gestão de cuidados e investimos no desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A investigação realizada, sob a forma de uma *scoping review*, permitiu mapear as barreiras descritas pelos enfermeiros à implementação de boas práticas na inserção e manutenção do CVP em ambiente hospitalar. Apesar das dificuldades sentidas, nomeadamente o tempo reduzido para a investigação, os constrangimentos no domínio da língua inglesa e a

complexidade técnica da pesquisa em bases de dados, conseguimos ultrapassá-las, alcançando os objetivos propostos e produzindo conhecimento útil e aplicável à prática.

Este percurso permitiu-nos compreender que a qualidade, a segurança e a continuidade dos cuidados dependem não apenas da intervenção direta junto da pessoa doente, mas também de atividades de planeamento, prevenção e investigação. Para o futuro, torna-se essencial investir em diretrizes nacionais específicas, em programas de capacitação contínua, em auditorias clínicas regulares e no envolvimento ativo do doente no processo de cuidados.

Em síntese, esta experiência constituiu uma etapa transformadora que nos permitiu desenvolver e consolidar competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Ultrapassando dificuldades e integrando prática, formação e investigação, crescemos enquanto profissionais críticos, reflexivos e corresponsáveis, preparados para promover cuidados seguros, baseados na evidência e centrados na pessoa

BIBLIOGRAFIA

- Alexandrou, E., Ray-Barruel, G., Carr, P. J., Frost, S. A., Inwood, S., Higgins, N., Lin, F., Alberto, L., Mermel, L., Rickard, C. M., & OMG Study Group. (2018). Use of short peripheral intravenous catheters: Characteristics, management, and outcomes worldwide. *Journal of Hospital Medicine*, 13(5), E1–E7. <https://doi.org/10.12788/jhm.3039>
- Alves, H. F. M. P. (2017). Literacia dos enfermeiros associada ao cateterismo venoso periférico: A realidade de uma instituição de saúde pública. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2021). Management of Peripheral Intravenous Catheters Clinical Care Standard. <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/management-peripheral-intravenous-catheters-clinical-care-standard>
- Ávila, P. (2023). Aprendizagem e educação em adultos em Portugal e na EU: relevância sociológica, desafios conceptuais e resultados de investigação. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 102, 9-39. <http://journals.openedition.org/spp/12279>
- Blanco-Mavillard, I., Castro-Sánchez, E., Parra-García, G., Rodríguez-Calero, M. Á., Bennasar-Veny, M., Fernández-Fernández, I., Lorente-Neches, H., & de Pedro-Gómez, J. (2022). What fuels suboptimal care of peripheral intravenous catheter-related infections in hospitals? A qualitative study of decision-making among Spanish nurses. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 11(1), 105. <https://doi.org/10.1186/s13756-022-01144-5>
- Campos, A. (2024). Portugal é o terceiro país da UE com maior prevalência de infeções hospitalares. *Público*. <https://www.publico.pt/2024/05/06/sociedade/noticia/portugal-terceiro-pais-ue-maior-prevalencia-infeccoes-hospitalares-2089469>
- Cao, Q., & Wang, Y. (2024). Effectiveness of nanoparticle-based antimicrobial agents in the prevention and treatment of Central Venous Catheter-Associated Bloodstream Infections. *Computer Methods in Biomechanics and Biomedical Engineering*. 1–13. <https://doi.org/10.1080/10255842.2024.2310076>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024a). *Intravascular catheter-related infection: Prevention strategies*. <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/intravascular-catheter-related-infection/prevention-strategies.html>

- Centers for Disease Control and Prevention. (2024b). *Intravascular catheter-related infections: Summary of recommendations*. <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/intravascular-catheter-related-infections/summary-recommendations.html>
- Centro de Documentação e Informação. (2023). Guia para a realização de citações em texto e referências bibliográficas – Norma APA, 7a Edição. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. (2025). Missão e valores. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. <https://www.chuc.min-saude.pt/missao-e-valores/>
- Chadwick, L. (2024). OMS prevê que os casos de cancro aumentem mais de 20% na Europa até 2045. *Euronews*. <https://pt.euronews.com/saude/2024/02/01/oms-preve-que-os-casos-de-cancro-aumentem-mais-de-20-na-europa-ate-2045>
- Conselho Pedagógico. (2024). *Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Creamer, E. (2000). Examining the care of patients with peripheral venous cannulas. *British Journal of Nursing*, 9(20), 2128–2132. <https://doi.org/10.12968/bjon.2000.9.20.2128>
- Decreto-Lei n.º 120/2023, de 22 de dezembro (2023). Aprova a carreira especial de técnico auxiliar de saúde e aprova o respetivo regime. *Diário da República*: 1.ª Série. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/12/24600/0000500015.pdf>
- Despacho n.º 15423/2013 do Ministério da Saúde (2013). *Diário da República*: 2.ª Série, n.º 229. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2013/11/229000000/3456334565.pdf>
- Despacho n.º 2902/2013 do Ministério da Saúde. (2013). *Diário da República*: 2.ª Série, n.º 39. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2013/02/038000000/0717907180.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). *Diário da República*. 2.ª Série n.º 187. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Despacho no 10901/2022 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2022). Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). *Diário da República*: 2.ª Série n.º 174. <https://files.dre.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2021). Direitos dos Utentes dos Serviços de Saúde A igualdade no acesso aos cuidados de saúde. Porto, Portugal. <https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publica%C3%A7%C3%A3o-ers-direitos-e-deveres.pdf>

- Escola Nacional de Saúde Pública. (2024). Apresentação pública do Estatuto do Doente Crónico. <https://www.ensp.unl.pt/2024/10/04/apresentacao-publica-do-estatuto-do-doente-cronico/>
- European Center for Disease Prevention and Control. (2024). Point prevalence survey of healthcare- associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm: ECDC. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/PPS-HAI-AMR-acute-care-europe-2022-2023>
- ESEnfC. (2024). Orientações. Unidade Curricular: Estágio com Relatório Final. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Ferreira, M., Nogueira, A., & Ferreira, C. (2022). Prevenção e controlo de infeção em cuidados de saúde. Editora Quântica.
- Gillis, V. E. L. M., van Es, M. J., Wouters, Y., & Wanten, G. J. A. (2023). Antiseptic barrier caps to prevent central line-associated bloodstream infections: A systematic review and meta-analysis. *American journal of infection control*, 51(7), 827–835. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2022.09.005>
- Hook, M., Woda, A., Bohr, K., Ford, C., & Singh, M. (2024). Using Implementation Science to Improve Short Peripheral Intravenous Catheter Outcomes. *Journal of Infusion Nursing : the official publication of the Infusion Nurses Society*, 47(4), 266–276. <https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000556>
- Høvik, L. H., Gjeilo, K. H., Ray-Barruel, G., Lydersen, S., Børseth, A. W., & Gustad, L. T. (2024). Aligning peripheral intravenous catheter quality with nursing culture-A mixed method study. *Journal of clinical nursing*, 33(7), 2593–2608. <https://doi.org/10.1111/jocn.17179>
- Infusion Nurses Society. (2021). Infusion therapy standards of practice (8th ed.). *Journal of Infusion Nursing*, 44(1S), S1–S224. <https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000396>
- INSA. (2019). Infográfico INSA - Doença crónica. <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-%E2%94%80-doenca-cronica/>
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). Estatísticas da Saúde - 2022. Lisboa: INE, 2024. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpubboui=439489924&PUBLICACOESmodo=2
- International Agency for Research on Cancer. (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&populations=620&group_populations=1&sexes=1

- Jiménez-Martínez, E., Adamuz, J., González-Samartino, M., Muñoz-Carmona, M. A., Hornero, A., Martos-Martínez, M. P., Membrive-Martínez, R., & Juvé-Udina, M. E. (2024). Peripheral intravenous catheter failure, nurse staffing levels and care complexity individual factors: A retrospective multicentre cohort study. *PloS one*, 19(5), e0303152. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303152>
- Joensen, U. N., Maibom, S. L., & Poulsen, A. M. (2021). Surgical Management of Muscle Invasive Bladder Cancer: A Review of Current Recommendations. *Seminars in oncology nursing*, 37(1), 151104. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2020.151104>
- Johansson, M. E., Pilhammar, E., & Willman, A. (2009). Clinical reasoning in the care of patients with peripheral venous catheters – A qualitative study on the decision-making process of registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 18(22), 3205–3215. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02885.x>
- Keast, D. Angel, D., Weir, D., Haesler, E., Ousey, K., Carville, K., Waters, N., Idensohn, P., Swanson, T., Bjarnsholt, T. (2022). Wound Infection In Clinical Practice: Principles of best practice. *International Wound Infection Institute*. <https://woundsinternational.com/consensus-documents/wound-infection-in-clinical-practice-principles-of-best-practice/>
- Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2015). *Diário da República*: 1.ª Série, n.º 181 <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Lundgren, A., & Ek, A. (1996). Factors influencing nurses' handling and control of peripheral intravenous lines -- an interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 33(2), 131–142. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(95\)00051-8](https://doi.org/10.1016/0020-7489(95)00051-8)
- Marques, N. F. C. P. (2022). Capacitação para o autocuidado no pós-operatório da pessoa com urostomia. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/43571>
- Meleis, A. I. (2010). Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. Springer Publishing Company, LLC. Ebook ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- Merandy, K., Chambers, L. L., Morgan, K., Cane, D., Barimah, L. M., Vasquez, M., & Rosenberg, J. (2021). Simulation Based Educational Intervention for Enhancing Irrigation Skills of Nurses Caring for Patients With Cutaneous Continent Urinary Diversions and Orthotopic Neobladders. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 48(3), 232–237. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000752>

- Miao, S., He, Q., Zhang, Y., Wang, L., Jin, X., Bao, C., & Wang, W. (2023). Management of urinary incontinence after radical cystectomy and orthotopic neobladder: A scoping review of international practices. *Nursing Open*, 10(10), 6618–6634. <https://doi.org/10.1002/nop2.1924>
- Morais, D. P. P. (2017). *Prevenção das Infecções associadas a Cuidados de Saúde em Medicina Intensiva*. [Tese de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Faculdade Ciências da Saúde]. Repositório Científico da Universidade da Beira Interior. [5485_11065.pdf](https://repositorio.ubi.pt/handle/1040012355/5485_11065.pdf)
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Nickel, B. (2019). Peripheral intravenous access: Applying infusion therapy standards of practice to improve patient safety. *Critical Care Nurse*, 39(6), 61–65. <https://doi.org/10.4037/ccn2019364>
- Norton, C., Rivera, N., & Yates, M. (2019). Nurses' short peripheral catheter flushing practices: Implications for patient care, nursing education, and policy. *Journal of Infusion Nursing*, 42(6), 301–307. <https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000345>
- Norma n.º 029/2012 atualizada a 31/10/2013 (2013). Precauções Básicas do Controlo de Infecção. *Direção-Geral da Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Norma n.º 004/2013 atualizada a 27/07/2022. (2022). Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos. *Direção-Geral da Saúde*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/02/norma_004_2013_resistencias_antibioticos_atualizada_27_07_2022.pdf
- Norma n.º 020/2015 atualizada a 17/11/2022. (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. *Direção-Geral da Saúde*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf
- Norma n.º 022/2015 atualizada a 29/08/2022. (2022). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. *Direção-Geral da Saúde*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf

Norma n.º 019/2015, atualizada a 29/08/2022. (2022). “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical”. *Direção-Geral da Saúde*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Norma n.º 007/2019 (2019). Higiene das mãos nas unidades de saúde. *Direção-Geral da Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Norma n.º 004/2023 de 29/05/2023. (2023). Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento. *Direção-Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042023-de-290520231.aspx>

Norton, C. B., Alico Lauria, H., Baker, D., Hauser, P., & Smith-Miller, C. A. (2019). Nurses’ Short Peripheral Catheter Flushing Practices: Implications for Patient Care, Nursing Education, and Policy. *Journal of Infusion Nursing*, 42(5), 228–236. <https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000337>

Nunes, A. & Amaral, G. (2022). Sobre fundamentos de agir profissional em enfermagem. Manual de ética, direitos e deontologia profissional I. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Departamento de Enfermagem. ISBN 978-989-54837-7-8.

Oliveira, A. S. S., Parreira, P. M. S. D., & Costa, P. (2019). Nursing practices in peripheral venous catheter: Phlebitis and patient safety. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, e20180131. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0109>

Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento concetual; enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf> [Ordem dos Enfermeiros](#)

Ordem dos Enfermeiros. (2017a). 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/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2017b)). Parecer nº 6/2017: Aplicação de calor local em seroma provocado por infiltração de soroterapia em lactentes. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4806/parecer-n%C2%BA-6_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados enf. especialista.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffman, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, L., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hrobjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2024). Declaração PRISMA 2020: uma Diretriz Atualizada para Publicação de Revisões Sistemáticas. *Germinare*, 4, 1–19. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13271469>

Palese, A., Cassone, A., Kulla, A., Dorigo, S., Magee, J., Artico, M., Camero, F., Cassin, C., Cialdella, S., Florida, G., Nadlišek, B., Palcic, A., Valle, G., & Sclauzero, P. (2011). Factors influencing nurses' decision-making process on leaving in the peripheral intravascular catheter after 96 hours: a longitudinal study. *Journal of infusion nursing : the official publication of the Infusion Nurses Society*, 34(5), 319–326.
<https://doi.org/10.1097/NAN.0b013e3182290a20>

Peters, M., Godfrey, C., Mcinerney, P., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Puig-Asensio, M., Marra, A. R., Childs, C. A., Kukla, M. E., Perencevich, E. N., & Schweizer, M. L. (2020). Effectiveness of chlorhexidine dressings to prevent catheter-related bloodstream infections. Does one size fit all? A systematic literature review and meta-

- analysis. *Infection control and hospital epidemiology*, 41(12), 1388–1395.
<https://doi.org/10.1017/ice.2020.356>
- Ray-Barruel, G., & Rickard, C. M. (2018). Clinical excellence in vascular access: The need for a midline revolution. *British Journal of Nursing*, 27(8), S19–S25.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.8.S19>
- Regulamento n.º 533/2014 da Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*: 2.ª Série, n.º 98.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/12/233000000/3024730254.pdf>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República*: 2.ª Série, n.º 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República*: 2.ª Série, n.º 26/2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Rosenthal, V. D., Memish, Z. A., Shweta, F., Bearman, G., & Lutwick, L. I. (2025). Preventing central line-associated bloodstream infections: A position paper of the International Society for Infectious Diseases, 2024 update. *International Journal of Infectious Diseases*, 150, 107290. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2024.107290>
- Salgueiro-Oliveira A.S., Bastos M.L., Braga L.M., Arregy-Sena C., Melo M.N., Parreira P.M.S.D. (2019). Nursing Practices in peripheral intravenous cannulation: phlebitis and patient safety. *Texto Contexto Enfermagem*. 28:e20180109.
<http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0109>
- dos Santos-Costa, P. J., Baptista Sousa, L., Figueira Marques, I. A., de Sousa Salgueiro-Oliveira, A., Dinis Parreira, P. M., Maria da Silva Vieira, M., & Garcia Nascimento Graveto, J. M. (2020). Estudos realizados em Portugal no âmbito do cateterismo venoso periférico: protocolo de scoping review. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(3), 1–6.
<https://doi.org/10.12707/20004>
- Santos-Costa, P., Paiva-Santos, F., Sousa, L. B., Bernardes, R. A., Ventura, F., Salgueiro-Oliveira, A., Parreira, P., Vieira, M., & Graveto, J. (2023). Nursing practices and sensitive outcomes related to peripheral intravenous catheterization in Portugal: A scoping review. *Journal of Infusion Nursing*, 46(3), 162–176.
<https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000505>
- Santos-Costa, P., Ray-Barruel, G., Rodríguez-Calero, M. A., Blanco-Mavillard, I., Hernon, O., & Carr, P. J. (2024). Prática baseada em evidência no âmbito da cateterização venosa periférica: O caminho a seguir em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, Série VI, 6(3), e34391. <https://doi.org/10.12707/RVI24.15.34391>

- Serviço de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos. (2025). Início - Serviço de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos. Intranet CHUC. <https://intranet.chuc.min-saude.pt/scope/global/channel/servico-de-prevencao-e-controlo-de-infeco-es-e-de-resistencias-aos-antimicrobianos/articles>
- Sousa, M.R., Vilar, A.I., Clemente, N.S. & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: Dos modelos aos programas de intervenção In Escola Superior de Enfermagem do Porto (2021). Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem. Porto: ESEP 15 – 26. <http://hdl.handle.net/10400.26/39415>
- Ventura, J., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. de L., & Ribeiro, O. M. P. L. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*. https://www.researchgate.net/publication/354634310_Metodos_de_trabalho_dos_enfermeiros_em_hospitais_scoping_review
- World Health Organization. (2024). Guidelines for the prevention of bloodstream infections and other infections associated with the use of intravascular catheters: part I: peripheral catheters. *World Health Organization*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240093829>
- Xu, H. (Grace), Bowdery, J., To, Y., Duff, J., Griffin, B., Ullman, A. J., Rickard, C. M., & Plummer, K. (2024). Peripheral intravenous catheter clinical care standard adherence in emergency departments: A qualitative study underpinned by the behaviour change wheel. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.17014>
- Xu, H., Zhu, M., Xu, S., & Bian, L. (2024). Improving central venous catheter care with chlorhexidine gluconate dressings: evidence from a systematic review and Meta-analysis. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 43(1), 177. <https://doi.org/10.1186/s41043-024-00672-7>
- Zanella, M.C., Catho G., Jackson H., Lotfinejad, N., Sauvan, V., Marie-Noëlle Chraïti, M.N., Zingg, W., Harbarth, S., Buetti, N. (2025). Dwell Time and Risk of Bloodstream Infection With Peripheral Intravenous Catheters. *JAMA Netw Open*, 8(4). e257202. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.7202

ANEXOS

ANEXO 1 – DECLARAÇÃO DE FORMADORA NO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO TAS: PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO



SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COIMBRA

Serviço de Ensino, Formação e Desenvolvimento Humano

DECLARAÇÃO

O Serviço de Ensino, Formação e Desenvolvimento Humano da Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E. declara, para os devidos efeitos, que MARIA FATIMA CARDOSO OLIVEIRA SOUSA foi formador(a), no âmbito da formação em serviço durante o ano em referência e o(s) tema(s) tratado(s) apresenta(m)-se de seguida:

Data	Duração	Título
16-01-2024	07:00 h	Prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde: aspetos práticos da higienização das unidades
02-10-2024	02:00 h	Pessoa com Ostomia de Eliminação
28-11-2024	02:00 h	Programa de integração do TAS no serviço: Precauções Básicas de Controlo de Infeção
19-12-2024	02:00 h	Programa de integração do TAS no serviço: Precauções Básicas de Controlo de Infeção

Coimbra, 08 de setembro de 2025

A Diretora Interina do Serviço de Ensino,
Formação e Desenvolvimento Humano

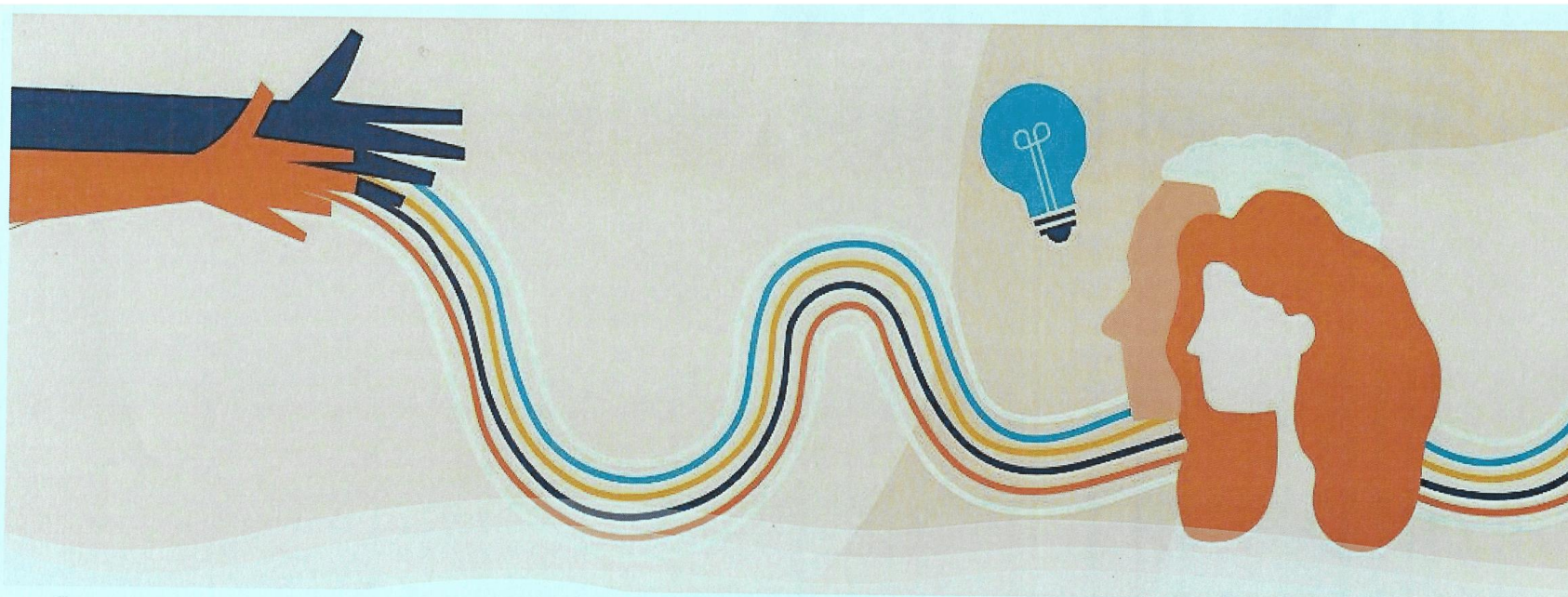
(En.ª Bertina Lopes)

Página 1/1

ULS Coimbra, E.P.E. – NIF: 510 109 448
Serviço de Ensino, Formação e Desenvolvimento Humano
Acreditado pelo Ministério da Saúde – ACSS, I.P.
Pólo HUC – Processo 073/26-01-2001
Pólo HG/HP/MBB – Processo 061/27-12-2000
Pólo Sobral Cid – Processo 035/14-11-2000

Secretariado:
ULS COIMBRA, E.P.E.
Bico de Celas – Edifício Azul, Piso 1 – Avenida Bissaya Barreto - 3000-075 Coimbra
Tel.: 239 800 185; 239 400 471; Ext: 8024/ DECT. (Telef.: 6779 (961 949 921); 6067 (963 380 179)
e_mail do serviço: formacao@ulscolimbra.min-saude.pt

ANEXO 2 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA PRÁTICA SIMULADA DE HIGIENE DAS MÃOS



Certificado

Certifica-se que o (a) Senhor (a):

MARIA FÁTIMA CARDOSO DE OLIVEIRA DE SOUSA participou na Prática Simulada de Higiene das Mãos, no âmbito da Campanha da Organização Mundial da Saúde (OMS) **SALVE VIDAS: Higienize as suas mãos**, no dia 8/05/2024, dinamizada pelo SPCIRA da ULS Coimbra, com o lema **5 Momentos 5 Dias**.

Coimbra, 8 de maio de 2024

Equipa SPCIRA ULS Coimbra

ANEXO 3 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO 30.º CONGRESSO APIH



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Senhor(a) Enfermeira
Maria de Fátima Cardoso de Oliveira de Sousa

participou no

30.º CONGRESSO APIH

Investigar · Implementar · Integrar

**2.º ENCONTRO DE
BENCHMARKING DOS PPCIRA**

que se realizou em Alfragide - Lisboa, de 22 a 24 de Maio de 2024, na

qualidade de Participante.

Coimbra, 24 de Maio de 2024

Enf.º António Marques
(Presidente da Direção da APIH)

ANEXO 4 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO SEMINÁRIO “DESAFIOS NA GESTÃO DE RESÍDUOS EM SAÚDE: CONTRIBUTOS PARA O AMBIENTE”

SEMINÁRIO
DESAFIOS NA GESTÃO DE RESÍDUOS EM SAÚDE: CONTRIBUTOS
PARA O AMBIENTE



Certificado

Certifica-se que **Maria de Fátima Cardoso de Oliveira de Sousa**, nascido(a) a 1969-01-11, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Documento de Identificação nº 08496788, participou no **Seminário “Desafios na Gestão de Resíduos em Saúde: contributos para o ambiente”**, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que decorreu no dia 05 de junho de 2024, em formato *online*.

Coimbra, 05 de junho de 2024

Pel'A Comissão Organizadora

Professora Ana Bela de Jesus Roldão Caetano

O Presidente da ESEnfC

Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

PROGRAMA

05 de junho de 2024

15:00 - 15:15 Sessão de Abertura

António Amaral, Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Maria da Conceição Alegre de Sá, Vice-Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Coordenadora do Conselho Eco-Escolas 2023-2024

Ana-Bela Caetano, Coordenadora do Conselho Eco-Escolas 2023-2024

15:15 - 15:45 Mesa redonda “Gestão de resíduos na área do Ensino Superior”

Moderadores: Andreia Cristina & Ana Bela Caetano, ESEnFC

Joana Ramos, ESTeSC/IPC

Alexandra Gomes, AmbiMed, Gestão Ambiental, Lda

Clara Simões, ESEnFC

15:45 - 16:15 Mesa redonda “Gestão de resíduos na área dos Cuidados de Saúde Primários”

Moderadores: Anabela Salgueiro & Marta Clemente, ESEnFC

Sofia Lemos, ULS Coimbra

Laura Fonseca, ULS Coimbra

16:15 - 16:45 Mesa redonda “Gestão de resíduos na área dos Cuidados de Saúde Diferenciados”

Moderadores: Luís Paiva & Andréa Marques, ESEnFC

Rita Garcia, ULS Coimbra

Carla Rodrigues, ULS Coimbra

16:45 - 17:00 Debate e encerramento

Andréa Marques, ESEnFC

Horas totais: 2 horas

ANEXO 5 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO ENCONTRO CIENTÍFICO “HOSPITAL LIMPO, HOSPITAL SEGURO”



SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COIMBRA



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que Enfermeira Maria de Fátima Cardoso de Oliveira de Sousa nº mec- 5862, detentor da Cédula profissional da Ordem dos Enfermeiros nº 10353, participou no encontro científico da campanha "Clean Hospitals" subordinada ao tema **Monitorização do Controlo Ambiental**, que decorreu no dia 21 de outubro de 2024, dinamizada pelo SPCIRA da ULS Coimbra.

Coimbra, 08 de setembro de 2025

Enfermeira Gestora SPCIRA

Enfermeira Celínia Antunes

Enfermeira Gestora c/ funções Direção

Enfermeira Emília Torres

A Enfermeira Diretora

Enfermeira Áurea Andrade

Enf.^a Áurea Andrade
Vogal Executiva e Enfermeira Diretora
ULS de Coimbra, EPE

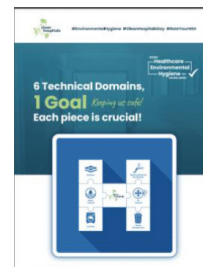


Dia do Hospital Limpo, Hospital Seguro - 20 outubro

Lançamento campanha ULS Coimbra

21 outubro 2024

Programa sessão



09h:00	Sessão de abertura Enf.ª Gestora Celinia Antunes Diretor de Serviço Dr. Joaquim Oliveira
09h:15	Impacto económico das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde Diretor de Serviço Dr. Joaquim Oliveira
09h:30	Controlo Ambiental – Mudança de Paradigma Enf.ª Sónia Neves Enf.ª Susana Rodrigues
<i>Coffee time</i>	
10h:40	A Importância do Controlo Ambiental em Áreas Específicas Enf.ª Diana Gaspar Enf.ª Tânia Mendes
11h:00	Monitorização do Controlo Ambiental Enf.ª Carla Rodrigues Enf.ª Rita Garcia
11h:20	Reprocessamento de Dispositivos Médicos Enf.ª Ricardo Conceição Enf.ª Gilberto Vicente
11h:40	Sinergias em Controlo Ambiental: Importância dos Serviços de Apoio Enf.ª Gestora Celinia Antunes
12h:20	Encerramento Enf.ª Gestora com funções Direção Emília Torres

Unidade Local de Saúde de Coimbra

Praceta Professor Mota Pinto
3004-561 Coimbra, Portugal
www.chuc.min-saude.pt

Serviço - SPCIRA

Telefone: 239405599
Email: spcira@ulsc Coimbra.min-saude.pt

ANEXO 6 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO 6º CONGRESSO INTERNACIONAL IACS 2024: DESAFIOS E INOVAÇÃO EM CONTROLO DE INFEÇÃO



CERTIFICADO

Certifica-se a presença de:

Maria de Fátima Cardosos de Oliveira de Sousa

no **6º Congresso Internacional IACS 2024: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção**, realizado nos dias 24 e 25 de outubro de 2024, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal, num total de 14 horas de formação.

Santa Maria da Feira, 25 de outubro de 2024

Presidente Conselho Direção
da ESSNorteCVP

Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica

Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

PROGRAMA

24 de outubro

- 09h30 SA: Conferência Inaugural: "IACS - dilemas, oportunidades, imponderáveis"
Acácio Rodrigues (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - FMUP, Portugal)
Moderador: Luis Pedro (ULSEDV, Portugal)
- 10h00 SA: Sessão de abertura
Vitor Marques (Vereador do Município de Santa Maria da Feira)
Sara Pereira (ULSEDV)
Henrique Pereira (Presidente do Conselho de Direção da ESSNorteCVP)
- 11h00 Coffee Break
- 11h30 SA: Painel: Stop Infecção - Like a bridge over troubled waters
"Estar no Stop vale a pena? (ontem, hoje e amanhã)" Rosário Rodrigues (ULSAR, Portugal)
"Mentoria e Melhoria (mentorar entre iguais)" Margarida Dinis (ULS Santa Maria, Portugal)
"Melhorar, melhorar sempre" Rute Miranda (ULSAR, Portugal)
Moderador: Paulo André (ULSAR, Portugal)
- S6: Painel: BRUSH Beyond Routine: Using a Sustained Hospital program for oral care
"Pneumonia associada à intubação" Catarina Conceição (ULSLO, Portugal)
"Higiene oral na disglotia" Daniela Ferreira (ULSEDV, Portugal)
"Protocolo de cuidados à boca" Maria João Batista (ULSLO, Portugal)
Moderador: Clara Carvalho (ULSLO, Portugal)
- S7: Painel: Estudo da urina: navegar pelos desafios e explorar novas estratégias
"Análise de Urina e Urocultura: Fundamentos e Avanços no Diagnóstico Clínico" Ana Raquel (ULSEDV, Portugal)
"A Microbiologia e o Diagnóstico: Desvendar o Invisível para Tratamentos Precisos" Hugo Cruz (CHUSA, Portugal)
"Bactérias Multirresistentes na Urina: Um Desafio Emergente" Carla Mimoso (CHULN, Portugal)
Moderador: Mariana Silva (ULSEDV, Portugal)
- S8: Painel: Preparar o futuro das EPC (Enterobacterales produtores de carbapenemases)
"Combater a colonização/infecção" Catarina Guerra (ULS Braga, Portugal)
"Gestão de isolamentos" Claudia Martins (ULS Braga, Portugal)
"A importância do ambiente na transmissão" Ana Silva (ULS Braga, Portugal)
"Mudança comportamental na Saúde: um desafio" Ângela Dias (ULS Braga, Portugal)
Moderador: Isabel Veloso (ULS Braga, Portugal)
- S9: Painel: Como organizar o Plano de Controlo de Infecção nos Cuidados de Saúde Primários
"Que ferramentas utilizar?" David Peres (ULS Matosinhos, Portugal)
"Como aplicar? Exemplos" Ilda Devesa & Natalia Pinheiro (ULS Matosinhos, Portugal)
"Como monitorizar?" Isabel Neves (ULS Matosinhos, Portugal)
Moderador: Fernanda Vieira (ULS Matosinhos, Portugal)
- 12h30 Almoço
- 14h00 SA: Workshop FACTOR PLUS "Luvas de Exame: é o que não se consegue ver, o que importa"
Moderador: S6: Workshop RACLAC "Abordagem à ferida cirúrgica - princípios a ter em conta"
S7: Workshop IMPORQUIMICA "Conceito DDP: Detectar, Dissolver e Prevenir, a melhor forma de quebrar a matriz do Biofilme. Ver para crer!"
S8: Workshop MCMEDICAL "Redução da Flora Microbiana cutânea: Higiene Corporal sem água"
S9: Workshop ARIXMED "Utilização de ferramentas digitais na gestão do tratamento de feridas"
- 15h00 SA: Painel: Investigação e inovação em controlo de infeção
"Muitos dados, algum conhecimento, pouca inovação" José Artur Paiva (ULS São João, Portugal)
"Inovação tecnológica e Estratégias no Controlo de Infecções: do Laboratório à Prática Clínica" Paulo Alves (Universidade Católica Portuguesa - Porto, Portugal)
"Prioridades da investigação em prevenção e controlo da infeção" Liliana Mota (ESSNorteCVP, CINTESIS@RISE, Portugal)
Moderador: António Soares (CINTESIS@RISE, Portugal)
- 16h00 SA: Simpósio: Novas metodologias na descontaminação de dispositivos médicos
"Impacto da tecnologia de desinfecção de alto nível na colonização microbiana nas sondas de ultrassom endocavitárias"
Ursula Morby (Group Decontamination Lead at University Hospital Limerick, Ireland)
"Tecnologia UV-C como método de reprocessamento de desinfecção de alto nível, automação Vs processos manuais"
Sarah Blanchard-Wall (Product Manager - Germitec, France)
- 16h30 SA: Simpósio: Inovação na descontaminação de endoscópios
"Um caso real de limpeza corretiva de endoscópios contaminados após reprocessamento" Marisa Cardo (ULSRL, Portugal)
"Microbiological testing of endoscopes and visual inspection" Thomas Onseal Hospital (Hospital Group in Antwerp; Association of Sterilization in the Hospitals in Belgium)
Moderador: Mariana Silva (ULSEDV, Portugal)
- 16h00 Comunicações Livres
THINKLab: boas práticas em controlo de Infecção Elena Noriega (ARS Algarve, Portugal)

25 de outubro

- 09h00 SA: Workshop HARTMAN "Higiene das mãos: como aumentar a adesão em contexto Hospitalar"
S6: Workshop DIVISIONCARE "Cortinas Antimicrobianas Descartáveis e Recicláveis " Silver Intelligence"- Eficácia, Custo e Evidência!"
S7: Workshop MEDLINE "Prevenção das IACS - novas soluções"
S8: Workshop BD "O seu parceiro na prevenção e controlo das infeções"
S9: Workshop: "Prevenção de infeções relacionadas com o cateter"
- 10h00 SA: Painel: Contributos para "Uma Só Saúde (One Health)"
Saúde Humana Carlos Palos (Portugal)
"Disseminação de Klebsiella pneumoniae multiresistente numa perspectiva One Health" Ângela Novais (UCIBIO/4HB, Faculdade de Farmácia UP, Portugal)
Moderador: Isabel Neves (ULS Matosinhos, Portugal)
- 10h45 Coffee Break
- 11h15 SA: Conferência: "Sustainable healthcare and infection control" Mahmood Bhutta (United Kingdom)
Moderador: Carlos Carvalho (ULSEDV, Portugal)
- 11h45 SA: Painel: O papel da academia na prevenção da infeção
"HAnnoPrev: Projeto Internacional para a melhoria dos currículos de Enf. no âmbito da prevenção da infeção" Teresa Neves (ESENfC, Portugal)
"HandSafe: Higiene das mãos em estudantes de Enf de Portugal e Brasil" Cristina Carvalho (ESEP, Portugal)
"Prevenção da ITU associada a cateter vesical: Conscientização para mudança" Filipe Paiva-Santos (ESENfC, Portugal)
Moderador: Susana Filipe (ULS Baixo Mondego, Portugal)
- S6: Painel: Foco na neurocirurgia
"Recommendations for SSI prevention in neurosurgery" Insa Janssen (Hospitais universitários de Genebra, Suíça)
"Gestor/a de circuito do doente: experiência e mais-valias na prevenção de IACS" Dulcinda Delannoy (Hospitais universitários de Genebra, Suíça)
Moderador: Américo Agostinho (Hospitais universitários de Genebra, Suíça)
- S7: Painel: IACS em Unidade de Hospitalização Domiciliária (HD)
"HD do Hospital de Santarém" Yahia Abuowda (ULSL, Portugal)
"Tratamento de Infecções Bacterianas por agentes multirresistentes em HD" Ana Mafalda Bastos (ULSEDV, Portugal)
"Precações básicas de controlo de infeção - especificidade da HD" Sónia Malaca (ULSL, Portugal)
Moderador: João Duarte (ULSEDV, Portugal)
- S8: Painel: Boas Práticas de Prevenção e Controlo de Infecção em Fisioterapia
"Garantia de um ambiente de trabalho seguro para os fisioterapeutas" Tânia Churro* (ULS Cova da Beira, Portugal)
"Redução do risco e da valorização das boas práticas em fisioterapia" Tânia Soares* (ULS do Baixo Alentejo, Portugal)
"Impacto das boas práticas em higiene das mãos: perceção dos fisioterapeutas" Ana Palma* (ULS de São José, Portugal)
Moderador: Elsa Silva* (ULS de São José, Portugal)
* Segurança do Doente, Ordem dos Fisioterapeutas, Portugal
- S9: Painel: De resultados comprovados a novas estratégias do programa de apoio à prescrição de antimicrobianos
"Melhoria das práticas de prescrição: o sucesso e as lições do programa PAPA na prescrição de antimicrobianos na ULSRA"
Liliana Maia (ULSRA, Portugal)
"Projeto drive-AMS: uma nova abordagem de antimicrobial stewardship" Raquel Duro (ULS do Tâmega e Sousa, Portugal)
"Quais os benefícios e desafios da abordagem multidisciplinar na prescrição antimicrobiana nas infeções osteoarticulares?"
Manuela Vieira e André Santos (ULSRA, Portugal)
Moderador: Filomena Freitas (ULSRA, Portugal)
- 12h45 Almoço
- 14h45 SA: Conferência: Clean Hospitals Alexandra Peters (University of Geneva, Switzerland)
Moderadora: Mário Branco (ESSNorteCVP, Portugal)
- 14h45 SA: Painel: Boas Práticas na Investigação Clínica em Controlo de Infecção
"Estratégias Educativas Dirigidas a Estudantes do Ensino Superior sobre Prevenção e Controlo de IACS" Soraia Pereira (ESSNorteCVP, CINTESIS@RISE, Portugal)
"Avaliação do risco de infeção da pessoa hospitalizada: programa de efetividade" Luis Filipe Todo Bom (CH Leiria, Portugal)
"Gloves donning and removal complice and HCWs preferences" Heck Robert Roland (TrilonLife Private Hospitals - Hungria)
Moderador: Liliana Mota (ESSNorteCVP, CINTESIS@RISE, Portugal)
- S6: Painel: "Controlo de infeção em Medicina intensiva: um desafio multidisciplinar"
"Resistência aos antimicrobianos: panorama actual" Ana Maria Oliveira (H. de Vila Franca de Xira, Portugal)
"Rastreio e isolamento: desafios actuais" Hugo Tavares (Hospital Lusíadas Porto, Portugal)
"Feixes de intervenção - impacto na prática clínica" Nelson Faria (Hospital CUF Porto, Portugal)
Moderador: Paulo Mergulhão (SPCI, Portugal)
- S7: Workshop TEPREL "Uma abordagem da implementação da sustentabilidade no bloco operatório"
S8: Painel: Importância da Saúde Ocupacional na transmissão das infeções nosocomiais respiratórias
"Utilização de máscara nos profissionais de saúde - qual o impacto no doente?" Inês Ribeiro (ULSEDV, Portugal)
"Vacinação dos Profissionais de Saúde (Gripe/ Covid/ Antipneumocócicas) - Qual a importância?" Catarina Oliveira (ULSEDV, Portugal)
"Plano de Vacinação dos Profissionais de Saúde da ULS EDV - A nossa experiência" Jacinta Carvalhas (ULSEDV, Portugal)
Moderador: Andrea Rodrigues (ULSEDV, Portugal)
- S9: Painel: Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde Consensus paper
"Boas práticas na seleção e utilização de luvas de exame nos cuidados de saúde" Isabel Veloso (ANCI, Portugal)
"Desmistificar o uso de luvas no tratamento de feridas" Viviana Gonçalves (ULS São João, Portugal)
Moderador: David Peres (ANCI, Portugal)
- 15h45 SA: Conferência: Microbioma oral e associação a bactérias patogénicas prioritárias
Cátia Caneiras (Inst. Saúde Ambiental, Faculdade Medicina da UL, Portugal)
Moderador: Bernardo Macedo (ULSEDV, Portugal)
- 16h15 SA: Entrega de Prémios: Investigação, melhor comunicação oral, melhor e-poster e THINKLab; Encerramento do congresso

ANEXO 7 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO ENCONTRO CIENTÍFICO “SEMANA DO ANTIBIÓTICO - EDUCAR. PROMOVER. ATUAR AGORA



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COIMBRA

SEMANA DO ANTIBIÓTICO NA ULS COIMBRA
18 a 24 de novembro 2024

EDUCAR. PROMOVER. ATUAR AGORA.



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que Enfermeira Maria de Fátima Cardoso de Oliveira de Sousa nº mec- 5862, detentor da Cédula profissional da Ordem dos Enfermeiros nº 10353, participou no encontro científico da "Semana do Antibiótico" subordinada ao tema "EDUCAR. PROMOVER. ATUAR AGORA.", que decorreu no dia 20 de novembro de 2024, dinamizada pelo SPCIRA da ULS Coimbra.

Coimbra, 08 de setembro de 2025

Enfermeira Gestora SPCIRA

Enfermeira Celínia Antunes Celina Miguel Antunes

Enfermeira Gestora c/ funções Direção

Enfermeira Emília Torres Emília Torres

A Enfermeira Diretora

Enfermeira Áurea Andrade Áurea Andrade

Enf.^a Áurea Andrade
Vogal Executiva e Enfermeira Diretora
ULS de Coimbra, EPE

Unidade Local de Saúde de Coimbra

Praceta Prof. Mota Pinto, 3000 - 075 Coimbra, PORTUGAL

TEL + 351 239 400 400 FAX + 351 239 822 291 EMAIL direnfermagem@ulskoimbra.min-saude.pt

SEMANA DO ANTIBIÓTICO NA ULS COIMBRA

18 a 24 de novembro 2024

EDUCAR. PROMOVER. ATUAR AGORA.



SPCIRA

Serviço de Prevenção e Controlo de
Infecções e de Resistências aos
Antimicrobianos

Programa sessão - 20 de novembro de 2024 – Auditório HUC

09h:00	Sessão de abertura Conselho de Administração da ULS de Coimbra Joaquim Oliveira, Diretor de Serviço SPCIRA Celínia Antunes, Enfermeira Gestora SPCIRA
09h:15	Resultados do inquérito de prevalência de ponto 2022/2023 de IACS e de resistências aos antimicrobianos Joaquim Oliveira, Diretor de Serviço SPCIRA
09h:45	Carta microbiológica do CHUC Catarina Chaves, Microbiologista, Serviço de Patologia Clínica
10h:15	Resistências aos antimicrobianos no CHUC Mariana Lopes, Médica, Serviço de Doenças Infecciosas PAPA
<i>Coffee time</i>	
11h:00	Classificação AWARE dos antibióticos (OMS) Joana Marinho, Médica, Serviço de Doenças Infecciosas
11h:20	Consumos de antimicrobianos no CHUC Paula Diniz, Farmacêutica, Serviço de Farmácia Hospitalar PAPA
11h:40	Rastreio de EPC e MRSA e alocação de doentes – importância na contenção das resistências aos antimicrobianos Ricardo Conceição, Enfermeiro Especialista, SPCIRA
12h:00	Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA) Gonçalo Cruz, Médico, Serviço de Doenças Infecciosas PAPA
12h:20	Uso racional de antibióticos Gonçalo Silva, Médico, Serviço de Doenças Infecciosas PAPA
12h:35	Sessão de encerramento

Unidade Local de Saúde de Coimbra

Praceta Professor Mota Pinto
3004-561 Coimbra, Portugal
www.chuc.min-saude.pt

Serviço - SPCIRA

Telefone: 239405599

Email: spcira@ulsc Coimbra.min-saude.pt

APÊNDICES



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**

PROJETO DE ESTÁGIO COM RELATÓRIO FINAL

Maria de Fátima Cardoso de Oliveira de Sousa

Coimbra, outubro de 2024



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**

PROJECTO DE ESTÁGIO COM RELATÓRIO FINAL

Maria de Fátima Cardoso de Oliveira de Sousa

Trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular: Estágio com Relatório Final, integrado no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, no Serviço de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos sob orientação pedagógica da Professora Doutora Conceição Baía e do Enfermeiro Tutor Ricardo Conceição

Coimbra, outubro de 2024

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	11
PARTE I – ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	13
1. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS.....	14
1.1. COMPONENTE CLÍNICA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA	15
1.2. ESTÁGIO COM RELATÓRIO FINAL.....	17
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DESENVOLVIDAS..	22
2.1. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	22
2.2. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE ..	27
2.3. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	29
2.4. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	31
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DESENVOLVIDAS.....	47
3.1. CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA E CUIDADORES QUE ESTÃO A VIVENCIAR A DOENÇA CRÓNICA.....	47
3.2. MAXIMIZA O AMBIENTE TERAPÊUTICO EM ARTICULAÇÃO COM A PESSOA E FAMÍLIA/CUIDADORES A VIVENCIAR A DOENÇA CRÓNICA	59
PARTE II - INVESTIGAÇÃO.....	62
4. BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS NA INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DE CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR	63
RESUMO	63
INTRODUÇÃO	64
METODOLOGIA.....	66
RESULTADOS	69
DISCUSSÃO	76
CONCLUSÃO.....	80
NOTA CONCLUSIVA.....	83
BIBLIOGRAFIA.....	85

INTRODUÇÃO

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2021), é fundamental que os futuros enfermeiros especialistas compreendam as dinâmicas da sua intervenção no contexto da prestação de cuidados de enfermagem especializada. A realização de estágios proporciona uma oportunidade de aprendizagem prática e consolidação de conhecimentos. Assim, o estágio desempenha um papel central na transição de enfermeiro para enfermeiro especialista.

O aumento da esperança de vida tem contribuído para uma maior incidência de doenças crónicas e incapacitantes, cujas complicações ultrapassam o âmbito do tratamento curativo nos serviços de saúde. Em Portugal, tal como na maioria dos países, as doenças crónicas estão a crescer a um ritmo preocupante, resultando num problema de grande impacto social. Os cuidados de enfermagem especializados para pessoas com doenças crónicas envolvem intervenções contínuas, que podem ser prestadas em contextos hospitalares, domiciliários ou comunitários (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No entanto, é igualmente importante considerar que, quando internadas, as pessoas em situação crónica enfrentam um risco acrescido de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). O estado de saúde frequentemente comprometido e a presença de comorbilidades tornam-nas mais vulneráveis, o que agrava os desafios no seu cuidado. Esta suscetibilidade deve-se a diversos fatores, como a imunossupressão associada à doença ou aos tratamentos, o prolongamento das hospitalizações e a exposição a ambientes com elevada carga microbiana. Assim, torna-se essencial a vigilância rigorosa, bem como a implementação de medidas de prevenção e controlo de infeções são essenciais para garantir a segurança destas pessoas.

Na sua prática profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica assume a liderança na elaboração de procedimentos para a prevenção, intervenção e controlo de IACS, e de resistência a antimicrobianos, avalia as necessidades específicas da unidade ou contexto de prestação de cuidados no que se refere à prevenção, intervenção e controlo da infeção, promovendo estratégias pró-ativas com o objetivo de prevenir e/ou controlar infeções nos diversos contextos de prestação de cuidados (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021- 2026 tem como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados no sistema de saúde. Este plano está estruturado em cinco pilares, sendo que o Pilar 5, práticas seguras em ambientes seguros, definiu como objetivos estratégicos: reduzir as IACS e as resistências aos antimicrobianos (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

De acordo com o Inquérito de Prevalência de IACS e Uso de Antimicrobianos em Hospitais Europeus 2022-2023 coordenado pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC), Portugal ocupa a terceira posição na União Europeia e no Espaço Económico Europeu em termos de taxa de prevalência de infeções hospitalares. Este inquérito revela que 11,6% dos doentes internados em Portugal apresentavam uma infeção associada a cuidados de saúde, quase o dobro da média dos países da União Europeia e do Espaço Económico Europeu (Centers for Disease Control and Prevention, 2024).

Este projeto de estágio integra a unidade curricular “Estágio com Relatório Final”, que decorre no Serviço de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (SPCIRA) da Unidade Local de Saúde (ULS) da Região centro. O ensino clínico decorrerá entre 18 de setembro de 2024 e 21 de fevereiro de 2025, com uma duração total de 18 semanas, correspondendo a 400 h em contexto clínico.

O SPCIRA da ULS da Região Centro tem origem no Grupo de Coordenação Local Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos criado em resposta ao Despacho n.º 1523/2013. Este grupo foi constituído com o objetivo de reduzir a taxa de IACS, promover o uso adequado de antimicrobianos e reduzir a taxa de microrganismos resistentes a antimicrobianos.

A opção de realizar o ensino clínico neste serviço prende-se com a nossa experiência prévia no contexto da pandemia de Covid-19, período no qual colaborámos ativamente com o Serviço de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos na organização de unidades de internamento para doentes com esta patologia. Esta colaboração permitiu-nos reconhecer a importância de uma abordagem integrada e especializada, especialmente no que diz respeito à gestão de cuidados complexos e à prevenção e controlo de IACS em pessoas em situação crónica. Após a nomeação como elo dinamizador Serviço de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos, torna-se essencial adquirir conhecimentos especializados nesta área, de forma a desenvolver competências que nos permitam prestar cuidados contínuos e diferenciados à pessoa em situação crónica, bem como atuar como facilitadores na equipa multidisciplinar.

Este projeto surge como um guia de orientação para o desenvolvimento do estágio com relatório final, visando:

- Descrever as estratégias e atividades a serem desenvolvidas tendo em conta as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

- Desenvolver um instrumento pessoal de orientação que guie o desempenho individual e a aprendizagem ao longo do estágio.
- Descrever a proposta da componente de investigação a desenvolver.
- Elaborar o cronograma com as principais atividades a desenvolver ao longo do estágio.
- Constituir um instrumento do processo de avaliação, facilitando posteriormente a elaboração do relatório final.

O projeto será estruturado em quatro partes. Na primeira, serão apresentadas as estratégias e intervenções a desenvolver durante o ensino clínico, tendo em conta as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem da pessoa em situação de crónica. Na segunda parte, será descrita a proposta da componente de investigação a desenvolver durante o ensino clínico. De seguida, será apresentado o cronograma com a síntese das atividades a desenvolver ao longo do ensino clínico. Por fim, serão apresentadas as considerações finais.

1. COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS

Com base no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019) e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica (Regulamento n.º 429/2018), e considerando os interesses pessoais, expectativas e necessidades previamente identificadas, bem como a especificidade do trabalho desenvolvido no SPCIRA, definem-se as estratégias e as atividades a desenvolver durante o ensino clínico.

1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista estão organizadas em quatro domínios essenciais: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que se refere à responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro especialista:

- Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na sua área de especialidade, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia da profissional.
- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

No âmbito da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista:

- Garante um papel dinamizador no suporte das iniciativas estratégicas na área da governança clínica.
- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.
- Garante um ambiente terapêutico seguro.

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista:

- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa.
- Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

De acordo com estas competências as estratégias e atividades que nos propomos desenvolver são:

- Conhecimento da estrutura física e organizacional do SPCIRA.
- Conhecimento dos recursos humanos e do tipo de horário praticado no serviço.
- Compreensão da importância do SPCIRA no contexto organizacional.

- Integração na equipa do SPCIRA.
- Participação e colaboração ativa na dinâmica e metodologia de trabalho do SPCIRA
- Conhecimento das áreas de intervenção do serviço, em especial as do enfermeiro tutor.
- Participação nas reuniões semanais realizadas com toda a equipa.
- Integração dos princípios éticos na tomada de decisão.
- Adquisição de conhecimentos e estratégias que permitam dinamizar processos de melhoria contínua da qualidade:
 - Participação no 6º Congresso International – IACS 2024 – Desafios e Inovação em controlo de Infecção, nos dias 24 e 25/10 /2024.
- Promoção de uma relação de aprendizagem com todos os elementos da equipa interdisciplinar através da reflexão e partilha de experiências.
- Observação e acompanhamento do enfermeiro gestor, se possível, na articulação com a equipa interdisciplinar, gestão de recursos humanos, materiais e equipamentos.
- Realização e apresentação do relatório final.

1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica - área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, centram-se em dois pilares fundamentais: cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica e maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.

No que se refere à competência cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica uma das unidades de competência que serve de pilar ao nosso ensino clínico é a capacidade de:

- Liderar o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos.
- Demonstrar conhecimento dos Planos de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infecção e de Resistência a Antimicrobianos e das diretrizes de âmbito local, regional e nacional, que lhe permitam ser referência na equipa de cuidados.
- Promover estratégias pró-ativas visando prevenção e/ou controlo da infeção nos variados contextos de prestação de cuidados.
- Estabelecer os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção, intervenção e controlo da infeção, face às vias de transmissão.

- Salvar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no Plano de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos.
- Documentar as medidas de prevenção, intervenção e controlo implementadas.

Tendo em conta estas competências, as estratégias e atividades que nos propomos desenvolver são as seguintes:

- Desenvolvimento de conhecimentos e capacidades na área da Prevenção e Controlo de IACS e de Resistências aos Antimicrobianos, através da consulta de Normas e Procedimentos;
- Participação e colaboração na campanha Hospital Limpo, Hospital Seguro, “A Higiene Ambiental dos Serviços de Saúde Salva Vidas” dinamizada pelo SPCIRA da ULS, no dia 21/10/2024.
- Observação do enfermeiro tutor e realização da monitorização e vigilância epidemiológica diária dos microorganismos epidemiologicamente relevantes na instituição, com especial destaque para os EPC.
- Informação dos serviços em caso de resultados positivos para EPC e verificação da implementação das PVBT.
- Registo dos casos na base de dados, se EPC.
- Colocação de alarme no sistema SClinico, se indicado, ou suspensão de medidas de isolamento quando apropriado.
- Observação e utilização da plataforma HEPIC, uma ferramenta essencial para otimizar a vigilância epidemiológica.
- Preenchimento do Dashboard da instituição, cujo objetivo é fornecer informações diárias sobre o número de casos positivos das últimas vinte e quatro horas de EPC no hospital. Essa informação é direcionada aos gestores intermédios e de topo, permitindo uma melhor análise e acompanhamento da situação epidemiológica da organização.
- Acompanhamento do enfermeiro tutor durante os turnos de prevenção.
- Observação e participação na descontaminação mecânica por vapor de peróxido de hidrogénio do ambiente para controlo e prevenção da infeção.
- Acompanhamento o enfermeiro tutor na articulação com os elos dinamizadores dos serviços da sua responsabilidade.

2. DESCRIÇÃO DA PROPOSTA DA COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO A DESENVOLVER

A resistência aos antimicrobianos é, atualmente, um dos principais desafios que os sistemas de saúde e a sociedade enfrentam. A presença de estirpes resistentes de microrganismos em contexto clínico está associada a maior morbilidade, mortalidade, maior duração de internamentos e incremento de custos associados a cuidados de saúde. Em Portugal, tem-se também observado um crescimento contínuo das resistências aos antimicrobianos e, apesar dos esforços realizados, quer em termos de prevenção e controlo de infeção, assim como de políticas de utilização de antimicrobianos, alguns indicadores continuam a ser alvo de preocupação. Embora tenha havido uma quebra sustentada na incidência de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SAMR), os números ainda estão longe da realidade de outros países europeus com reconhecidas boas práticas, havendo por isso margem significativa para melhoria. Dado o impacto da resistência aos antimicrobianos, torna-se fulcral reforçar estratégias que evitem a disseminação de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina nos cuidados de saúde, em particular nos cuidados hospitalares, e que possam minimizar o impacto destes agentes nos doentes (Direção-Geral da Saúde, 2023).

Título da proposta da revisão:

- Estratégias de Prevenção e Controlo da Infeção por SAMR em Serviços Cirúrgicos: Uma Scoping Review

Questão da revisão:

“Quais as estratégias que o enfermeiro deve implementar para a prevenção e controlo da infeção por SAMR em serviços cirúrgicos?”

Objetivo da revisão:

- Identificar as estratégias que o enfermeiro deve implementar para a prevenção e controlo de infeções por SAMR em serviços cirúrgicos de adultos.

Mnemónica PCC:

- **P (população):** Enfermeiros que trabalham em serviços cirúrgicos.
- **C (conceito):** Estratégias de prevenção e controlo de infeções por SAMR
- **C (contexto):** Serviços cirúrgicos.

Idioma: inglês, português e espanhol.

Palavras-chave:

- Enfermeiros/ Nurses.

- Estratégias/ Strategies
- Prevenção e controlo de infeção/ Infection prevention and control
- Staphylococcus aureus resistente à metilina/ Methicillin-resistant Staphylococcus aureus"
- Serviços cirúrgicos/ Surgical services.

3. CRONOGRAMA

Mês	setembro			outubro				novembro				dezembro				janeiro				fevereiro	
Semana	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª		15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	dia 21
Conhecimento da estrutura física e organizacional e recursos humanos																					
Compreensão da importância do Serviço de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos no contexto organizacional																					
Elaboração do projeto de estágio																					
Integração na equipa do Serviço de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos																					
Participação e colaboração ativa na dinâmica e metodologia de trabalho do Serviço																					
Conhecimento das áreas de intervenção do Serviço de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos																					
Desenvolvimento de conhecimentos e capacidades na área da Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos																					

Observação e realização da monitorização e vigilância epidemiológica diárias dos microorganismos epidemiologicamente importantes																					
Informação dos serviços em caso de resultado positivo para EPC e verificação da implementação das PVBT																					
Registo dos casos na base de dados, se EPC																					
Colocação de alarme no SClínico se indicado, ou suspensão de medidas de isolamento quando apropriado																					
Observação e utilização da plataforma HEPIC																					
Preenchimento do Dashboard da instituição																					
Acompanhamento do enfermeiro tutor nos turnos de prevenção																					
Realização e apresentação do Relatório Final																					

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste projeto de estágio possibilitou uma reflexão aprofundada sobre as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Este trabalho também permitiu delinear as estratégias e as atividades a desenvolver ao longo do ensino clínico, tendo em consideração a especificidade do SPCIRA, maximizando, assim, as oportunidades de aprendizagem.

Este projeto desempenhará um papel orientador durante o ensino clínico e, posteriormente, na elaboração do relatório final, servindo como um elemento facilitador da aprendizagem.

É importante salientar que este projeto não deve ser considerado um documento estático ou definitivo, uma vez que podem surgir alterações ou reformulações das atividades planeadas, sempre que novas oportunidades de aprendizagem se apresentem. Assim, as estratégias e atividades delineadas poderão ser ajustadas em função de uma avaliação e reflexão contínuas, bem como das diferentes experiências vivenciadas ou das múltiplas aprendizagens e competências a desenvolver.

BIBLIOGRAFIA

- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). Clinical overview of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in healthcare settings. CDC. Disponível em <https://www.cdc.gov/mrsa/hcp/clinical-overview/index.html>
- Conselho Pedagógico. (2023). Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- ESEnfC. (2024). Orientações. Unidade Curricular: Estágio com Relatório Final. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2024) Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm: ECDC. ISBN 978-92-9498-715-0. Doi: 10.2900/88011. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/healthcare-associated-point-prevalence-survey-acute-care-hospitals-2022-2023.pdf>
- Despacho n.º 15423/2013 do Ministério da Saúde. (2013). *Diário da República*: 2.ª Série, n.º 229. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2013/11/229000000/3456334565.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). *Diário da República*: 2.ª Série, n.º 187. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Despacho n.º 10901/2022 do Ministério da Saúde (2022). *Diário da República*: 2.ª Série, n.º 174. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>
- Norma n.º 004/2023 de 29/05/2023 (2023). Avaliação de risco e rastreio de *Enterobacterales* produtores de carbapenemases (EPC) e de *Staphylococcus aureus* resistente a metilina (SAMR) à admissão hospitalar e durante o internamento. *Direção Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042023-de-29052023-pdf.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados enf. especialista. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República*: 2.ª Série, n.º 26/2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República*: 2.ª Série, n.º 135/2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

APÊNDICE 2 – FORMAÇÃO “FEIXE DE INTERVENÇÕES” PARA A PREVENÇÃO DE INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra
MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
(Área de enfermagem à pessoa em situação crónica)



ULS
COIMBRA

“FEIXE DE INTERVENÇÕES” PARA A PREVENÇÃO DE INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

FÁTIMA SOUSA
junho, 2024

Fátima Sousa 1



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

- Não é cumprida a Norma n.º 004/2023 de 29/05/2023 – Direcção-Geral da Saúde – Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento;
- A tricotomia é realizada no turno da tarde aos doentes que vão ao bloco no dia seguinte, tanto em primeiro como em segundo tempo;
- A área do corpo tricotomizada é muito extensa;
- Nem sempre é realizado o banho pré-operatório na véspera da cirurgia;
- Não existe clorhexidina solução aquosa a 2% (kit de banho individual)
- Não é monitorizada glicemia capilar no pós-operatório.

Fátima Sousa 2



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra



OBJETIVOS

- Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Promover a normalização do “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção do local cirúrgico;
- Descrever as intervenções a desenvolver no Serviço de Urologia A da ULS Coimbra.

Fátima Sousa 3



Portugal é o **terceiro país da União Europeia** com a mais elevada prevalência de infeções hospitalares, a seguir ao Chipre e à Grécia, no terceiro **Inquérito de Prevalência Oontual de Infeções Associadas a Cuidados de Saúde e de Utilização de Antimicrobianos**, que foi coordenado pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC) em 2022-2023.

Neste inquérito, **11,6% dos doentes internados em Portugal** tinham uma infeção associada a cuidados de saúde, quase o **dobro da média (6,8%)** dos países da União Europeia e do Espaço Económico Europeu incluídos nesta espécie de fotografia efetuada em mais de 1300 hospitais.

Nas estimativas da incidência de infeções associadas a cuidados de saúde, Portugal surge em **primeiro lugar**.

(Campos, 2024)

Portugal é o terceiro país da UE com maior prevalência de infeções hospitalares

Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças estima que, em cada ano, mais de 94 mil doentes adquirem uma infeção associada a cuidados de saúde em Portugal.

Alexandra Campos
6 de Maio de 2024, 22:03



Fátima Sousa4



Ano após ano, cerca de **4,3 milhões de doentes internados** em hospitais nos países da União Europeia e do Espaço Económico Europeu **adquirem pelo menos uma infeção associada a cuidados de saúde** durante o internamento.

(...) as infeções associadas aos cuidados de saúde representam um desafio significativo para a segurança dos doentes nos hospitais de toda a Europa

Um em cada três microrganismos detectados eram **bactérias resistentes aos antibióticos**, limitando assim as opções de tratamento de doentes infetados (...)

(...) **20%** destas infeções são evitáveis através de programas de controlo de infeção sustentados e multifacetados.

(Campos, 2024)

Portugal é o terceiro país da UE com maior prevalência de infeções hospitalares

Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças estima que, em cada ano, mais de 94 mil doentes adquirem uma infeção associada a cuidados de saúde em Portugal.

Alexandra Campos
6 de Maio de 2024, 22:03



Fátima Sousa5



CENTRO EUROPEU DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS (ECDE)

Inquérito de Prevalência de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e Uso de Antimicrobianos em Hospitais Europeus 2022-2023

- A prevalência de doentes com pelo menos uma IACS na amostra da união europeia foi de 7,1%.
- De um total de 22 806 IACS notificadas:
 - infeções do trato respiratório (29,3%),
 - as infeções do trato urinário (19,2%),
 - as infeções do local cirúrgico (16,1%).



SURVEILLANCE REPORT



Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals

2022-2023

www.ecdc.europa.eu

Fátima Sousa6

O PNSD 2021-2026 tem como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente.

Estes princípios incluem a promoção de uma cultura de segurança, a melhoria da comunicação e adoção contínua de práticas seguras em ambientes que se tornam cada vez mais complexos.

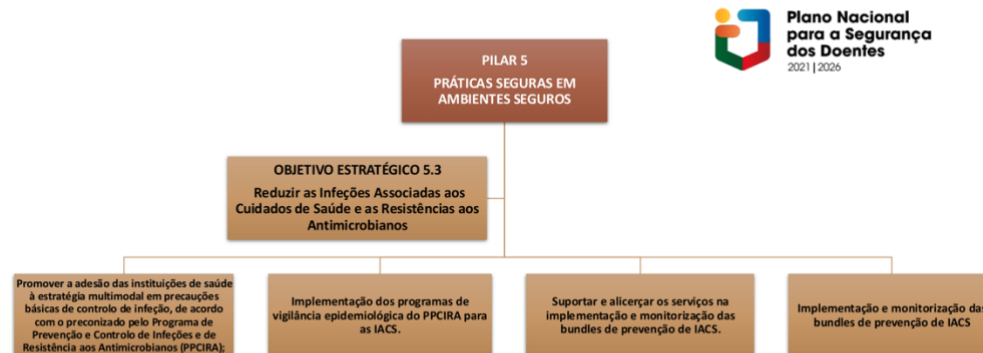
(DGS, 2022)



**Plano Nacional
para a Segurança
dos Doentes**

2021 | 2026

Fátima Sousa



(DGS, 2022)

Fátima Sousa

8

As infeções do local cirúrgico (ILC) estão entre as infeções associadas aos cuidados de saúde mais comuns:

- Internamentos hospitalares prolongados;
- Procedimentos cirúrgicos adicionais.

Estas infeções podem requerer cuidados intensivos, resultando em maior morbilidade e mortalidade e custos elevados em saúde.

Estima-se que aproximadamente metade das ILC sejam evitáveis pelo uso de estratégias baseadas em evidência.

Cada ILC é responsável por 7-11 dias adicionais de internamento e por um aumento de risco de morte em 2 a 11 vezes.

(Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022, 2022)

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da
do Local Cirúrgico

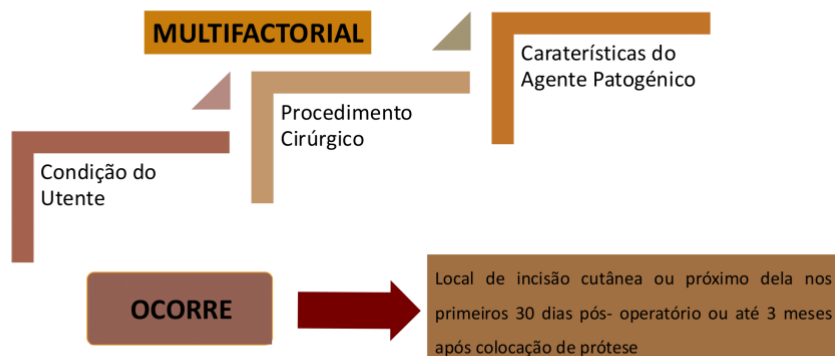
PUBLICAÇÃO: 17 de novembro de 2022

PALAVRAS-CHAVE: Infecção Local cirúrgica; Prevenção; Feixe de Intervenções
www.dgs.pt

Fátima Sousa

9

INFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO



Fátima Sousa

(Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022, 2022)

FATORES DE RISCO

MODIFICÁVEIS

- Administração de antibiótico (se e quando indicado);
- Monitorização e manutenção da glicemia e temperatura normais;
- Regulação da tricotomia;
- Oxigenação dos tecidos.

NÃO-MODIFICÁVEIS

- Idade;
- Comorbilidades;
- Gravidade da doença;
- Classe da Ferida Cirúrgica.

(Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022, 2022)

Fátima Sousa

11

FEIXES DE INTERVENÇÕES

01

SÃO UM CONJUNTO COESO DE MEDIDAS QUE TÊM DE SER IMPLEMENTADAS COMO UM TODO PARA QUE O SUCESSO SEJA Atingido

02

TÊM COMO OBJETIVO ASSEGURAR QUE OS DOENTES RECEBAM TRATAMENTOS E CUIDADOS RECOMENDADOS E BASEADOS NA EVIDÊNCIA DE FORMA CONSISTENTE

03

PROMOVEM MELHOR RESULTADO E COM MAIOR IMPACTO QUANDO AGRUPADAS E IMPLEMENTADAS DE FORMA INTEGRADA

Fátima Sousa

(Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022, 2022)

15

OPERACIONALIZAÇÃO DO FEIXE DE INTERVENÇÕES

INTERVENÇÕES NA FASE PRÉ-OPERATÓRIA

TRICOTOMIA

Quando absolutamente necessária:

- Realizada imediatamente antes da intervenção cirúrgica;
- Com máquina de corte de uso único.

(Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022, 2022)

Fátima Sousa
16

OPERACIONALIZAÇÃO DO FEIXE DE INTERVENÇÕES

INTERVENÇÕES NA FASE PRÉ-OPERATÓRIA

PROFILAXIA ANTIBIÓTICA CIRÚRGICA

Realizar profilaxia antibiótica cirúrgica, quando indicada, nos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica.

(Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022, 2022)

Fátima Sousa
17

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

Retirado de WHO (2018b)

Fátima Sousa
18

OPERACIONALIZAÇÃO DO FEIXE DE INTERVENÇÕES

INTERVENÇÕES NA FASE PERI-OPERATÓRIA PREPARAÇÃO DA PELE DO DOENTE

Realizar preparação antisséptica da pele do doente imediatamente antes da incisão, com técnica correta clorohexidina a 2% em álcool a 70%, exceto se contraindicada;

O tempo de fricção e secagem total da solução antisséptica usada devem ser respeitados de acordo com as instruções do fabricante.

(Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022, 2022)

OPERACIONALIZAÇÃO DO FEIXE DE INTERVENÇÕES

INTERVENÇÕES NA FASE PERI-OPERATÓRIA

- ✓ Garantir a esterilidade do campo operatório;
- ✓ Garantir o cumprimento de técnica asséptica durante todo o tempo em que decorre a cirurgia;
- ✓ Preparação pré-cirúrgica das mãos da equipa, deve ser realizada com sabão antimicrobiano ou SABA antes de calçar as luvas estéreis;
- ✓ Trocar de luvas de acordo com protocolo definido a nível local no decurso da cirurgia, na transição de uma área com maior grau de contaminação para uma área menos contaminada.

(Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022, 2022)

OPERACIONALIZAÇÃO DO FEIXE DE INTERVENÇÕES

INTERVENÇÕES NA FASE PERI-OPERATÓRIA

Manter a homeostasia intraoperatória do doente:

- ✓ **Manter normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$);**

A hipotermia leve, moderada e grave devem ser monitorizadas a cada 15 minutos, a cada 5 minutos e continuamente;

Os sistemas de aquecimento ativo e passivo combinados são eficazes para prevenção e gestão peri-operatória da hipotermia, registar o tipo de aquecimento utilizado no processo clínico do doente.

- ✓ **Manter normoglicemia ($\leq 180 \text{ mg/dl}$ em doentes com e sem Diabetes Mellitus);**

Não administrar insulina por rotina a doentes sem diabetes para otimizar a glicemia no pós-operatório, como forma de reduzir o risco de ILC.

(Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022, 2022)

OPERACIONALIZAÇÃO DO FEIXE DE INTERVENÇÕES

INTERVENÇÕES NA FASE PERI-OPERATÓRIA

- ✓ Manter saturação periférica de oxigénio $\geq 95\%$;
- ✓ Manter normovolémia;

Monitorização hemodinâmica não invasiva contribuindo para a perfusão tecidual adequada durante a cirurgia;

Em doentes com cirurgia complexa ou de alto risco poderá ser necessária a monitorização cardíaca avançada.

(Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022, 2022)

Fátima Sousa

22

PREVENÇÃO DE INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

CUIDADOS NO PERÍODO INTRA-OPERATÓRIO

	Ação:	Colaboração:
	Não utilizar sistema de fluxo laminar durante a cirurgia. (isto se aplica a situações totais)	Equipa cirúrgica Aprovisionamento Serviço de Manutenção
	Utilizar roupa e campos cirúrgicos descartáveis ou reutilizáveis, desde que devidamente esterilizados.	Equipa cirúrgica Aprovisionamento Serviço de Esterilização
	Não utilizar campos cirúrgicos pericelado com porção aderida. (o mesmo se aplica a outros sem propriedades antimicrobianas)	Equipa cirúrgica Aprovisionamento
	Utilizar solução de base etodéica com solução de gliconato de clorhexidina para preparação da pele.	Equipa cirúrgica Aprovisionamento Farmácia

	Não utilizar sistemas antimicrobianos após preparação da pele no local cirúrgico.	Equipa cirúrgica Aprovisionamento
	Administrar 80% de FIO (fração de oxigénio inspirado). (adultos com anestesia geral e tubo endotraqueal)	Equipa cirúrgica Serviço de Manutenção
	Considerar utilizar manta térmica.	Equipa cirúrgica Aprovisionamento
	Considerar protocolos de monitorização intensiva de glicémia capilar. (em doentes diabéticos e não-diabéticos)	Equipa cirúrgica Responsável Gestão Documental

Retirado de WHO (2018a)

Fátima Sousa

23

OPERACIONALIZAÇÃO DO FEIXE DE INTERVENÇÕES

MANTER A HOMEOSTASIA PÓS-OPERATÓRIO

- ✓ Manter normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$);
- ✓ Manter normoglicemia ($\leq 180 \text{ mg/dl}$ nas 24 horas seguintes em doentes com e sem Diabetes Mellitus);
- ✓ Monitorização e registo da glicemia capilar segundo esquema:
 - Pessoas sem Diabetes Mellitus: 9h e 21h;
 - Pessoas com Diabetes Mellitus: de 4/4 horas.
- ✓ Manter saturação periférica de oxigénio $\geq 95\%$ após anestesia geral com intubação endotraqueal, em doente com função pulmonar normal.

(Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022, 2022)

Fátima Sousa

24

AUDITORIAS

Instrumento de auditoria clinica interna					Fase Pré e Intra-operatória				
Norma "Fase de Intervenções" de Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico"					Fase Pós-operatória				
Unidade de Saúde:					Fase Pós-operatória				
Serviço/Unidade Funcional:					Fase Pós-operatória				
Data: ____/____/____ Equipe avaliadora:					Fase Pós-operatória				
Implementação do Fluxo de Intervenções" de Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico					Fase Pós-operatória				
CRITÉRIOS	SIW	NAO	NÃO	EVIDENCIADO/NOTA	Fase Pós-operatória				
1. Há evidência de que é realizado rastreo de SARM e desconhecidos dos doentes contactados por SARM, efetuado nas cirurgias de elevado risco para infecção por SARM.					3. Há evidência de que a tricotomia é realizada apenas quando absolutamente necessária e se necessário, é realizada o mais próximo possível do início da cirurgia e com máquina de corte. 4. Há evidência de que é realizada profilaxia antibiótica cirúrgica quando indicada, administrada nos 60 minutos anteriores à incisão cutânea (consultar Norma da Direção-Geral de Saúde)				
2. Há evidência de que é realizado o barbeio do doente com sabão antisséptico (cloroxina a 2%) na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia >2 horas antes da cirurgia					4.1 Há evidência de que na cirurgia eletiva do cólon e reto, com ou sem preparação mecânica, é adicionada profilaxia antibiótica via oral à prescrita por via endovenosa (EV) 4.2 Há evidência de que é realizada a preparação antibiótica da pele do doente com solução antibiótica de cloroxina a 2% em álcool imediatamente antes da incisão, exceto quando contraindicado 4.3 Há evidência de que é mantida a homeostasia intraoperatória do doente.				
Sub-Total	0	0	0		5.1 Normotermia (Temperatura >36°C) 5.2 Normoglicemia em doentes com e sem diabetes (glicemia <180 mg/dl) 5.3 Saturação periférica de oxigénio (SpO2) >95%				
					1. Há evidência de que é mantida a homeostasia pós-operatória do doente. 1.1 Normotermia (Temperatura >36°C) 2. Glicemia <180 mg/dl nos 24 horas seguintes à cirurgia 3. Saturação periférica de oxigénio (SpO2) >95% 2. Há evidência de que é cumprida a técnica asséptica na realização do procedimento				
					Sub-total 0 0 0 ÍNDICE GLOBAL DE CONFORMANÇA %				
					Avaliação de cada elemento (Índice) = $\frac{\text{Total de respostas a favor da implementação do Fluxo SIW}}{\text{Total de respostas aplicáveis}}$ x 100% (Índice) de ____%				

BIBLIOGRAFIA

- Campos, A. (2024). Portugal é o terceiro país da UE com maior prevalência de infeções hospitalares. Público. <https://www.publico.pt/2024/05/06/sociedade/noticia/portugal-terceiro-pais-ue-maior-prevalencia-infeccoes-hospitalares-2089469>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2022). Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 | 2026. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022. (2022). "Feixe de Intervenções" de Prevenção de infeção de Local Cirúrgico. Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/9/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>
- Norma n.º 004/2023 de 29/05/2023. (2023). Avaliação de risco e rastreio de Enterobactérias produtoras de carbapenemases (EPC) e de *Staphylococcus aureus* resistente a metilicina (SAMR) à admissão hospitalar e durante o internamento. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes-normas-circulares-normativas/norma-n-004/2023-de-29052023-pdf.aspx>
- Keast, D., Angel, D., Weir, D., Haesler, E., Ousey, K., Carville, K., Waters, N., Idensohn, P., Swanson, T., & Bjarnsholt, T. (2022). Wound infection in clinical practice: Principles of best practice. Wounds International. <https://woundsinternational.com/consensus-documents/wound-infection-in-clinical-practice-principles-of-best-practice/>
- WHO (2018a). INTRAOPERATIVE PERIOD. SURGICAL SITE INFECTION PREVENTION RECOMMENDATIONS. <https://www.who.int/publications/m/item/intraoperative-period—surgical-site-infection-prevention-recommendations>
- WHO (2018b). POSTOPERATIVE PERIOD. SURGICAL SITE INFECTION PREVENTION RECOMMENDATIONS. <https://www.who.int/publications/m/item/postoperative-period—surgical-site-infection-prevention-recommendations>
- WHO (2018c). PREOPERATIVE PERIOD. SURGICAL SITE INFECTION PREVENTION RECOMMENDATIONS. <https://www.who.int/publications/m/item/preoperative-period—surgical-site-infection-prevention-recommendations>

APÊNDICE 3 – PLANEAMENTO DA FORMAÇÃO TÉCNICO AUXILIAR DE SAÚDE



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COIMBRA

PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DO TÉCNICO AUXILIAR DE SAÚDE

PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFEÇÃO

Serviço Cirurgia Geral

Destinatários: Técnicos Auxiliares de Saúde

Data: 28/11/2024

Duração: Uma Hora

SÚMARIO:

- Medidas a adotar para a prevenção e controlo de infeção hospitalar: estratégias do controlo ambiental e reprocessamento de dispositivos médicos;
- Equipamentos de Proteção Individual a utilizar no exercício da atividade.

OBJETIVOS:

- Compreender a importância da prevenção e controlo de infeção hospitalar;
- Promover atitudes /comportamentos facilitadores da prevenção e controlo de infeção;
- Capacitar e monitorizar os Técnicos Auxiliares de Saúde na realização da higienização de superfícies e pavimentos, segundo a metodologia de pré impregnação;
- Capacitar e monitorizar os Técnicos Auxiliares de Saúde na manipulação de roupa contaminada e resíduos da unidade do doente;
- Capacitar e monitorizar os Técnicos Auxiliares de Saúde na realização do reprocessamento de dispositivos médicos;
- Capacitar e observar os Técnicos Auxiliares de Saúde na colocação e remoção dos equipamentos de proteção individual.

ATIVIDADES A DESENVOLVER:

Prática Simulada:

- Higiene das mãos (cinco momentos preconizados pela OMS, quando aplicável);

Unidade Local de Saúde de Coimbra
Praceta Professor Mota Pinto
3004-561 Coimbra, Portugal
www.chuc.min-saude.pt

Serviço Cirurgia D
Telefone: 239 400 625
Email: cirur3dir@ulscoimbra.min-saude.pt

- Seleção e colocação do equipamento de proteção individual;
- Preparação da estação de limpeza TTS com o material necessário;
- Preparação das diluições/reconstituições de detergente e desinfetante;
- Avaliação prévia do local a higienizar;
- Pré impregnação dos panos microfibras e toalhetes descartáveis e mopas;
- Remoção e acondicionamento dos sacos de roupa contaminada e de resíduos da unidade a higienizar;
- Limpeza e desinfecção da unidade com técnica a dois passos;
- Reprocessamento dos dispositivos médicos existentes na unidade;
- Remoção segura do equipamento de proteção individual.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Quarto, preferencialmente individual, com todos os equipamentos necessários para os cuidados ao doente;
- Estação de limpeza TTS;
- Detergentes e desinfetantes utilizados na organização;
- Panos de microfibras, toalhetes descartáveis e mopas;
- Equipamento de proteção individual (máscara, luvas, avental, bata, etc);
- Apresentação das Instruções de Trabalho do Serviço.

APÊNDICE 4 – DISPOSITIVOS ESTRATÉGICOS NA PREVENÇÃO DE INFEÇÕES DA CORRENTE SANGUÍNEA RELACIONADAS COM O CATETER VASCULAR CENTRAL

Dispositivos como Estratégia para Redução de Infecções Relacionadas com o Cateter Vascular Central

Joaquim, R.¹, Rosa, A.², Sousa, F.³

¹ Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Leiria
² Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
³ Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Introdução

O Cateter Vascular Central (CVC) é um dispositivo frequentemente relacionado com infecções da corrente sanguínea (CRBSI), uma complicação com fortes impactos financeiros e sociais. Diversos estudos têm evidenciado que as CRBSI estão associadas com o aumento do internamento hospitalar em cerca de três semanas, além de apresentarem uma taxa de mortalidade atribuível entre 14% e 40%, o que tem gerado uma crescente preocupação nesta área (Xu et al., 2024).

Por conseguinte, as CRBSI têm levado as organizações a emitir recomendações e a implementar *bundles* de intervenção, com o objetivo de melhorar as práticas de prevenção e controlo de infeção e produzir indicadores de qualidade dos cuidados prestados (DGS, 2022). Paralelamente, têm sido impulsionados avanços tecnológicos a nível dos dispositivos médicos, visando mitigar esta complicação e combater as CRBSI.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

• Quais os dispositivos que contribuem para a prevenção de infeção da corrente sanguínea relacionada com o CVC?

OBJETIVO

• Descrever, com base na literatura disponível, quais os dispositivos passíveis de reduzir a incidência de infeção de corrente sanguínea relacionada com o CVC.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

• Revisão narrativa de literatura, analisando publicações científicas com espaço temporal < 5 anos através de pesquisa bibliográfica em bases de dados digitais (PubMed e EBSCOhost). Após seleção, resultaram 5 artigos para análise.
Keywords: Central venous catheter; Infection control; CRBSI.

Resultados/Discussão

Revestimento antimicrobiano do CVC

A Revisão Sistemática de Literatura (RSL) com Meta-Análise de Cao & Wang (2024) concluiu que, em adultos, o uso de CVC impregnados ou revestidos com nanopartículas de clorexidina, sulfadiazina de prata ou outros antimicrobianos, reduziu efetivamente a incidência de colonização do CVC e CRBSI, em comparação com o CVC “padrão” e aplicação de feixes de intervenção, sendo mais eficazes na redução da taxa de CRBSI por 1000 dias de cateter e colonização do dispositivo. Como tal, esta ampla revisão demonstra de forma sustentada que o revestimento antimicrobiano do CVC é uma estratégia eficaz para minimizar o risco de CRBSI, devendo ser ponderado o seu custo-benefício (em adultos).

Penso impregnados com gluconato de clorexidina

Entre de 7 a 10 dias após a colocação do CVC, a microbiota cutânea entra no espaço intravascular ao longo da superfície externa do cateter. A aplicação de penso impregnado com antimicrobiano pode prevenir esse fenómeno. A RSL de Xu et al. (2024) demonstrou que o uso de penso impregnado com gluconato de clorexidina reduz a incidência de colonização do cateter e de CRBSI, promovendo a segurança dos cuidados e ganhos em saúde. Devendo ser estudado o impacto económico deste dispositivo. Da mesma forma Puig-Asensio et al. (2020) corroboram esta evidência em população adulta, ressaltando que, em neonatologia/pediatria não existe evidência que sustente o seu uso, havendo maior risco de eventos adversos.

A evidência em análise nesta revisão de literatura está em consonância com o *Position Paper* emanado pela *International Society for Infectious Diseases* (Rosenthal et al., 2025).

Tampas de barreira antisséptica

Contém um agente desinfetante (70% álcool isopropílico ou gluconato de clorexidina) e visam prevenir de forma passiva a contaminação intraluminal do CVC. Enquanto a tampa não for removida, a válvula anti-refluxo permanece inacessível, desinfetada e protegida até 7 dias. No entanto, estas tampas devem ser substituídas sempre que o CVC for utilizado. Segundo Gillis et al. (2023) estes dispositivos são uma estratégia eficaz para reduzir taxas de CRBSI em adultos (mais evidente em contexto de UCI), sendo seguros e muito valorizados pelos profissionais de saúde pela sua fácil utilização e economia de tempo na prática clínica, o que promove a sua *compliance* e, consequentemente, as boas práticas. Os autores recomendam ainda a realização de ensaios clínicos randomizados que avaliem o custo-efetividade.

Conclusão

A utilização de CVC impregnados com agentes antissépticos pode ser eficaz na redução de CRBSI em adultos (qualidade de evidência moderada para população pediátrica). Assim como o uso de penso impregnado com gluconato de clorexidina, em idade > dois meses (com evidência de alta qualidade). Além disso, a desinfecção passiva através da aplicação de tampas antissépticas com agentes desinfetantes têm demonstrado a redução eficaz das taxas de CRBSI, complementando a desinfecção ativa.

Referências Bibliográficas



APÊNDICE 5 – FOLHETO CISTECTOMIA RADICAL COM NEOBEXIGA ORTÓTOPICA

E depois da cirurgia?

- > Os tratamentos à ferida cirúrgica e a remoção do material de sutura devem ser realizados no Centro de Saúde conforme indicado na carta de alta;
- > Deve evitar esforços físicos intensos, como carregar pesos e praticar desporto intenso, durante cerca de um mês;
- > Ingerir alimentos ricos em fibra, para facilitar o trânsito intestinal e reduzir o esforço para a defecação;
- > Ingerir cerca de 2 l de água, se não houver contra indicação médica;
- > Se surgir algum destes sinais de alarme, deve dirigir-se ao seu Centro de Saúde:
- > Retenção urinária;
- > Presença de sangue vivo ou coágulos na urina;
- > Febre;
- > Penso da ferida e/ou local do dreno muito repassado;
- > Rubor, edema e calor no local da ferida e/ou dreno;
- > Afastamento dos bordos da ferida;
- > Dor que não alivia com analgésicos.

Serviço de Urologia e Transplantação Renal



Unidade Local de Saúde de Coimbra
Polo Hospitais da Universidade de Coimbra, Piso 7

Contactos:

- Praceta Prof. Mota Pinto, 3004-561 Coimbra
- 239 400 400 / 239 400 457
- dirurotrans@ulscoimbra.min-saude.pt

PARA MAIS INFORMAÇÕES VISITE O
WEBSITE DA ULS COIMBRA
chuc.min-saude.pt

APP MyCHUC



Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Cistectomia Radical com Neobexiga Ortótopica



ULS Coimbra/XXX, Versão 1, maio/23



O que é a Cistectomia Radical com Neobexiga Ortótopica?

A cistectomia radical com neobexiga ortóptica é uma cirurgia que envolve a remoção completa da bexiga. Além da remoção da bexiga, a cirurgia inclui a remoção dos gânglios linfáticos pélvicos.

Para substituir a bexiga removida, é criada uma neobexiga ("uma nova bexiga") a partir de uma porção do intestino, permitindo que continue a urinar de forma natural após a cirurgia.

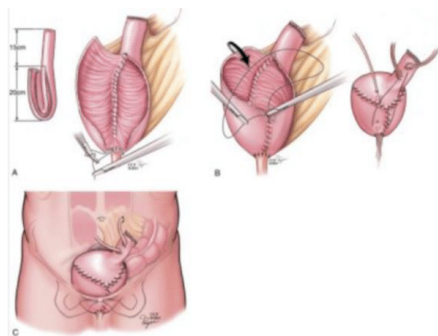


Figura 1 – Confeção da Neobexiga

Antes da cirurgia

Informe o seu médico ou enfermeiro:

- > Se tem algum implante artificial (*stent*, válvula cardíaca, prótese ortopédica, *pacemaker*, etc.);
- > Se tem alguma alergia conhecida ou é sensível a algum medicamento, material ou alimento;
- > Se toma regularmente medicamentos para a coagulação do sangue (aspirina, varfarina).

Vai ser preciso:

- > Preparação intestinal de acordo com a porção do intestino utilizado para a construção da "nova bexiga";
- > Tomar duche com a solução antisséptica que lhe será fornecida e quando lhe for indicado;
- > Retirar próteses e adornos de metal (anéis, pulseiras, brincos, etc.).

E depois da cirurgia?

- > Serão realizados ensinamentos sobre os cuidados necessários com os cateteres ureterais abdominais;
- > Serão realizados ensinamentos sobre como realizar a lavagem vesical pelo cateter urinário;
- > Deve realizar lavagem vesical com soro fisiológico até remover o muco;
- > Os cateteres serão removidos na data determinada pelo seu médico conforme indicado na carta de alta;
- > Poderá sentir a sensação de desconforto gástrico ("enfartamento") quando a bexiga estiver cheia;
- > Deve urinar sentado, de 2 em 2 horas, contraindo os músculos abdominais para esvaziar a bexiga;
- > Realizar exercícios Kegel para fortalecer os músculos do pavimento pélvico.

Quais os Principais Riscos

A curto prazo:

- > Hemorragia intra e pós-operatória;
- > Infecção da ferida cirúrgica;
- > Complicações intestinais;
- > Infecção do trato urinário;
- > Retenção ou incontinência urinária;
- > Espasmos.

A longo prazo:

- > Incontinência urinária diurna e/ou noturna;
- > Acumulação de muco com formação de cálculos;
- > Infecções do trato urinário recorrentes;
- > Disfunção erétil.

APÊNDICE 6 – NORMALIZAÇÃO DO “FEIXE DE INTERVENÇÕES” PARA A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

NORMALIZAÇÃO DO “FEIXE DE INTERVENÇÕES” PARA A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

OBJETIVOS

- Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Promover a normalização do “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico no doente a ser submetido a intervenção cirúrgica de acordo com a Norma da DGS Nº 020/2015 atualizada A 17/11/2022;
- Descrever as intervenções a desenvolver no Serviço de Urologia A no pré e pós-operatório de acordo com o “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico.

APLICABILIDADE

Todos os enfermeiros e médicos do serviço de Urologia A

SIGLAS E ABREVIATURAS

CHD a 2% - Clorexidina a 2%

DGS – Direção Geral da Saúde

EPC - *Enterobacterales* produtores de carbapenemases

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

RAM - Resistências aos Antimicrobianos

SAMR - *Staphylococcus aureus* metilina resistente

DESCRIÇÃO

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021- 2026 tem como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados no sistema de saúde. Este plano está estruturado em cinco pilares, sendo que o Pilar 5 - práticas seguras em ambientes seguros, define como objetivos estratégicos a redução das IACS e das resistências aos antimicrobianos (RAM).

As IACS são infecções adquiridas durante a prestação de cuidados de saúde e assumem um papel central nas políticas de controlo de infeção, com um impacto significativo na morbilidade, no tempo de internamento, na mortalidade e no desenvolvimento de resistências aos antibióticos (Ferreira et al., 2022).

De acordo com a Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022 (2022), a infeção do local cirúrgico (ILC) é causada por múltiplos fatores, modificáveis e não modificáveis, estando associada à condição clínica do doente, ao procedimento cirúrgico e às características do agente patogénico envolvido. A ILC ocorre no local da incisão cutânea ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco), nos primeiros trinta dias de pós-operatório, ou até três meses após a colocação de uma prótese.

Os fatores de risco modificáveis incluem: administração do antimicrobiano se e quando indicado, monitorização e manutenção de níveis normais de glicemia e temperatura, regulação da tricotomia, oxigenação dos tecidos, entre outros. Os fatores de risco não modificáveis são: idade, comorbilidades, severidade da doença, classe da ferida cirúrgica, entre outros.

Estima-se que 60% das ILC sejam evitáveis através da aplicação de normas baseadas na evidência e da implementação de “Feixes de Intervenções”.

De acordo com a Norma nº 020/2015 (atualização de 2022). Os “Feixes de Intervenção” correspondem a um conjunto de ações que, quando aplicadas de forma integrada e coerente num mesmo contexto, produzem resultados superiores ao obtidos pela aplicação isolada de cada medida. Estes feixes visam assegurar que os doentes recebam cuidados e tratamentos recomendados, consistentes e sustentados em evidência científica.

No contexto da prevenção da ILC, devem ser implementadas, de forma integrada, as intervenções previstas para o período pré e pós-operatório, direcionadas aos doentes internados no Serviço de Urologia A, com cirurgia programada (em tempo normal ou em produção adicional), que se encontrem na unidade de internamento pelo menos desde o turno da tarde do dia anterior à cirurgia.

Intervenções na fase pré-operatória

- Na admissão hospitalar, na ausência de teste positivo para *Enterobacterales* produtores de carbapenemases (EPC) nos últimos 12 meses, deve ser efetuado rastreio de EPC e de *Staphylococcus aureus* resistente a metilina (SAMR) no doente que apresenta, pelo menos, uma das seguintes condições:

- Internamento hospitalar nos 12 meses anteriores;

- Internamento em unidades de cuidados continuados ou de cuidados paliativos ou residência em estruturas residenciais para idosos;
- Hemodiálise crónica (Norma n.º 004/2023, 2023).

- Realizar banho com cloroheixidina a 2% kit de banho pré-cirúrgico, exceto quando houver contra-indicação:

- No dia anterior à cirurgia e no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência;
- O banho pré-operatório com cloroheixidina a 2% deve ser documentado no processo clínico e verificado no momento de transferência do doente para o bloco operatório.

- A tricotomia deve ser evitada e, quando absolutamente necessária, deve ser realizada imediatamente antes da intervenção cirúrgica, com máquina de corte de uso único, o mais próximo possível da cirurgia, antes do banho pré-operatório.

- Realizar profilaxia antibiótica cirúrgica, quando indicada, nos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica:

- Realizar profilaxia antibiótica cirúrgica, quando indicada, nos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica.

Intervenções na fase perioperatória

- Preparação da pele do doente:

- Realizar preparação antisséptica da pele do doente imediatamente antes da incisão, com técnica correta com uma solução de CHD a 2% em álcool a 70%, exceto se contra-indicada;
- O tempo de fricção e secagem total da solução antisséptica usada devem ser respeitados de acordo com as instruções do fabricante;

- Garantir a esterilidade do campo operatório;

- Garantir o cumprimento de técnica asséptica durante todo o tempo em que decorre a cirurgia;

- Preparação pré-cirúrgica das mãos da equipa, deve ser realizada com sabão antimicrobiano ou SABA antes de calçar as luvas estéreis;

- Trocar de luvas, de acordo com protocolo definido a nível local no decurso da cirurgia, na transição de uma área com maior grau de contaminação para uma área menos contaminada.

- Manter a homeostasia no intraoperatório:

- Manter normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$):

- A hipotermia leve, moderada e grave devem ser monitorizadas a cada 15 minutos, a cada 5 minutos e continuamente;
- Os sistemas de aquecimento ativo e passivo combinados são eficazes para prevenção e gestão perioperatória da hipotermia, registar o tipo de aquecimento utilizado no processo clínico do doente.
- Manter normoglicemia (≤ 180 mg/dl nas 24 horas seguintes em doentes com e sem Diabetes Mellitus):
 - Não administrar insulina por rotina a doentes sem diabetes para otimizar a glicemia no pós-operatório, como forma de reduzir o risco de ILC.
- Manter saturação periférica de oxigénio $\geq 95\%$;
- Manter normovolémia;
 - Monitorização hemodinâmica não invasiva direcionada por objetivos contribuindo para a perfusão tecidual adequada durante a cirurgia;
 - Em doente com cirurgia complexa ou de alto risco, poderá ser necessária a monitorização cardíaca avançada.

Intervenções na fase pós-operatória

- Manter a homeostasia pós-operatório:

- Manter normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$);
- Manter normoglicemia (≤ 180 mg/dl nas 24 horas seguintes em doentes com e sem Diabetes Mellitus):
 - - Monitorização e registo da glicemia capilar segundo esquema:
 - Pessoas sem Diabetes Mellitus: 9h e 21h
 - Pessoas com Diabetes Mellitus: de 4 em 4 horas
- Manter saturação periférica de oxigénio $\geq 95\%$ após anestesia geral com intubação endotraqueal, em doentes com função pulmonar normal.

- Cumprir técnica assética no tratamento à ferida cirúrgica:

- Garantir que o penso é mantido durante pelo menos 48 horas após a cirurgia;
- Executar tratamento de 3 em 3 dias ou em SOS;
- Higienizar as mãos antes e após a execução do tratamento;

- Usar técnica assética, incluindo técnica *no touch*, para trocar ou remover os pensos da ferida cirúrgica.
- Realizar ensinios aos doentes e cuidadores todas as fases dos cuidados, abordando os cuidados da ferida cirúrgica em casa após alta e como reconhecer os primeiros sinais de infeção (vermelhidão/febre/edema /dor)
- Os enfermeiros elos do Serviço de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos devem realizar auditorias internas, pelo menos trimestralmente, no âmbito da implementação da Norma Nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022 de acordo com o Anexo 1 - Instrumento de auditoria clínica interna (Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022, 2022)

BIBLIOGRAFIA

- Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). *Diário da República*: 2.^a Série n.º 187. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Ferreira, M., Nogueira, A., & Ferreira, C. (2022). Prevenção e controlo de infeção em cuidados de saúde. Editora Quântica.
- Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022. (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. *Direção-Geral da Saúde*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf
- Norma n.º 004/2023 de 29/05/2023. (2023). Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) à admissão hospitalar e durante o internamento. *Direção Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042023-de-290520231.aspx>

Anexo 1 - Instrumento de auditoria clínica interna

Instrumento de auditoria clínica interna				
Norma "Feixe de Intervenções" de Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico"				
Unidade de Saúde:				
Serviço/Unidade Funcional:				
Data: ____/____/____. Equipe auditora:				
Implementação do Feixe de Intervenções" de Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico				
CRITÉRIOS	SIM	NÃO	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Fase Pré-operatória				
1. Há evidência de que é realizado rastreio de SAMR e descolonização dos doentes colonizados por SAMR, sobretudo nas cirurgias de elevado risco para infecção por SAMR				
2. Há evidência de que é realizado o banho do doente com sabão antimicrobiano (clorexidina a 2%) na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia ≥ 2 horas antes da cirurgia				
Sub-Total	0	0	0	
Fase Pré e Intra-operatória				
3. Há evidência de que a tricotomia é realizada apenas quando absolutamente necessária e se necessária, é realizada o mais próximo possível do início da cirurgia e com máquina de corte				
4. Há evidência de que é realizada profilaxia antibiótica cirúrgica quando indicada, administrada nos 60 minutos anteriores à incisão cutânea (consultar Norma da Direção-Geral da Saúde)				
4.1 Há evidência de que na cirurgia eletiva do cólon e reto, com ou sem preparação mecânica, é adicionada profilaxia antibiótica via oral à prescrita por via endovenosa (EV)				
5. Há evidência de que é realizada a preparação antisséptica da pele do doente com solução antisséptica de clorexidina a 2% em álcool imediatamente antes da incisão, exceto quando contraindicado				
6. Há evidência de que é mantida a homeostasia intraoperatória do doente:				
6.1 Normotermia (Temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$)				
6.2 Normoglicemia em doentes com e sem diabetes (glicemia ≤ 180 mg/dl)				
6.3 Saturação periférica de oxigénio (SpO ₂) $\geq 95\%$				
Sub-total	0	0	0	

Fase Pós-operatória				
1. Há evidência de que é mantida a homeostasia pós-operatória do doente:				
1.1 Normotermia (Temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$)				
1.2 Glicemia ≤ 180 mg/dl nas 24 horas seguintes à cirurgia				
1.3 Saturação periférica de oxigénio (SpO2) $\geq 95\%$				
2 Há evidência de que é cumprida a técnica assética na realização do penso				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE GLOBAL DE CONFORMIDADE	%			

Avaliação de cada elemento (linha): $x = \frac{\text{Total de respostas a um elemento do Feixe SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 =$
(IQ) de%

APÊNDICE 7 – “FEIXE DE INTERVENÇÕES” PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO RELACIONADA COM O CATETER VASCULAR CENTRAL

“FEIXE DE INTERVENÇÕES” PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO RELACIONADA COM O CATETER VASCULAR CENTRAL

OBJETIVOS

- Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Promover a normalização do “Feixe de Intervenções” para a prevenção da infecção relacionada com o cateter vascular central (CVC)

APLICABILIDADE

Todos os enfermeiros e médicos do serviço de Urologia A

SIGLAS E ABREVIATURAS

CHD - Clorohexidina

CVC - Cateter Vascular Central

DGS - Direção Geral da Saúde

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

DESCRIÇÃO

A infecção relacionada com o CVC representa uma das principais complicações associadas aos cuidados de saúde, sendo uma causa significativa de morbilidade, mortalidade e aumento dos custos hospitalares. A sua prevenção constitui uma prioridade nas estratégias de controlo de infeção e promoção da segurança do doente, sendo eficazmente abordada através da implementação de Feixes de Intervenções baseados na evidência científica.

De acordo com a Norma 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o CVC deve ser aplicado de forma integrada e consistente, abrangendo as fases de colocação e manutenção do dispositivo.

Intervenções no momento da colocação do CVC:

1. Garantir treino e competência técnica na avaliação e colocação de CVC, assegurando que o procedimento é realizado por profissionais devidamente capacitados.
2. Realizar higiene das mãos, cumprindo uma das seguintes abordagens:
 - Fricção das mãos e antebraços com solução antisséptica de base alcoólica (SABA);

- Lavagem com sabão antisséptico, de acordo com a técnica de preparação pré-cirúrgica recomendada pela OMS.

3. Utilizar barreira de proteção máxima, incluindo:

- Bata e luvas esterilizadas, touca e máscara;
- Campos cirúrgicos esterilizados de grandes dimensões, cobrindo a maior parte do doente.

4. Realizar antisepsia da pele com clorhexidina (CHD) a 2% em álcool, observando os seguintes cuidados:

- Confirmar que a pele está limpa antes da desinfecção;
- Friccionar com solução corada de CHD a 2% em álcool, seguindo as instruções do fabricante e permitindo a secagem completa antes da punção;
- Em pele não íntegra, utilizar solução antisséptica aquosa, assegurando tempo de secagem de, pelo menos, 2 minutos.

5. Evitar o acesso femoral, selecionando preferencialmente:

- Veia jugular interna ou subclávia, devido ao menor risco de infeção;
- Sempre que clinicamente adequado, deve privilegiar-se o acesso subclávio, ponderando o risco de complicações versus o benefício na prevenção da infeção.

Intervenções na fase de manutenção do CVC:

1. Avaliar diariamente a necessidade de permanência do cateter, promovendo a sua remoção tão breve quanto possível.

2. Realizar higiene das mãos antes de qualquer manipulação do CVC.

3. Utilizar técnica *no-touch* nos pontos de acesso ao cateter, evitando contacto direto.

4. Descontaminar os pontos de acesso com antisséptico:

- Adotar técnica assética antes de qualquer conexão, infusão ou aspiração;
- Utilizar material de uso único e estéril, impregnado com CHD a 2% em álcool ou álcool a 70%, realizando fricção durante 15 segundos e permitindo secagem total antes da manipulação.

5. Aplicar técnica assética na realização do penso, nomeadamente:

- Limpeza do local de inserção com CHD a 2% em álcool;
- Substituição do penso nas seguintes situações:
 - Quando visivelmente sujo, com sangue ou descolado;
 - Se penso com compressa: até 48 horas após aplicação;
 - Se penso transparente: 7 dias após sua colocação.

A aplicação rigorosa e sistemática deste conjunto de intervenções é essencial para prevenir infeções da corrente sanguínea associadas ao uso de CVC, promovendo assim a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

BIBLIOGRAFIA

Norma nº 022/2015 atualizada a 29/08/2022. (2022). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. *Direção-Geral da Saúde*.
https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf

MATERIAL NECESSÁRIO PARA A COLOCAÇÃO DE CATETER VASCULAR CENTRAL

- ✓ Touca
- ✓ Máscara com viseira ou óculos proteção
- ✓ Luvas cirúrgicas esterilizadas
- ✓ Trougha para colocação cateter central (bata e campos cirúrgicos grandes esterilizados)
- ✓ Cateter vascular central (2 ou 3 lumens)
- ✓ Clorexidina a 2% em álcool (solução corada)
- ✓ Lidocaína 1% ou 2%
- ✓ Lâmina bisturi
- ✓ Seda 2/0 ou 3/0
- ✓ Heparina sódica 25000 IU
- ✓ Seringas 5 e 10 ml (2)
- ✓ Agulhas EV e SC
- ✓ Cloreto de Sódio 0,9% 500 ml
- ✓ Cloreto de Sódio 0,9% 100 ml ou ampolas de 20 ml
- ✓ Sistema de soro
- ✓ Prolongador com torneiras
- ✓ Penso com compressa ou penso transparente para CVC
- ✓ Campo ou compressas para manter as conexões protegidas
- ✓ Contentor corto perfurantes
- ✓ Saco para sujos

APÊNDICE 8 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO “HIGIENE DO AMBIENTE DA UNIDADE DO DOENTE”



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COIMBRA

Higiene do Ambiente da Unidade do Doente

IT-Cir Geral número. 1 versão: 0

Cirurgia Geral

Página 1 de 6

ELABORAÇÃO: Fátima Sousa		APROVAÇÃO: DATA DE APROVAÇÃO: Data de aprovação
VERIFICAÇÃO DO CONTEÚDO: D G T A	VERIFICAÇÃO DA ESTRUTURA:	
PRÓXIMA REVISÃO: nov-2027		

OBJECTIVO

Descrever o procedimento e metodologia de higienização das superfícies e pavimento da unidade do doente, no Serviço de Cirurgia Geral da ULS de Coimbra.

APLICABILIDADE

Todos os enfermeiros, Técnicos Auxiliares de Saúde e Assistentes Operacionais, do Serviço de Cirurgia Geral da ULS de Coimbra.

SIGLAS, ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS e DEFINIÇÕES

AO – Assistente Operacional

EPC – *Enterobacterales produtoras de carbapenemases*

EPI – Equipamento de Proteção Individual

IT – Instrução de Trabalho

PG – Procedimento Geral

TAS – Técnico Auxiliar de Saúde

ULS – Unidade Local de Saúde

DESCRIÇÃO

De acordo com PG – 04.00, a higiene do ambiente consiste num conjunto de medidas que visam tornar o ambiente hospitalar salubre através de processos de limpeza, desinfeção e conservação.



A - SEQUÊNCIA DO PROCEDIMENTO DE HIGIENIZAÇÃO DAS UNIDADES DOS DOENTES:

Tipo de Limpeza		PROCEDIMENTO DE HIGIENIZAÇÃO
Limpeza Corrente	Manhã	- Avaliar previamente a unidade a higienizar; - Preparar a estação de limpeza TTS com todo o material necessário para a higienização da unidade do doente: • Abraçadeiras; • Sacos para os contentores de roupa e resíduos grupo III; • Panos de microfibras pré-impregnados em detergente; • Toalhetes descartáveis pré impregnados em composto clorado. - Higienizar as mãos e colocar o EPI adequado ao procedimento; - Remover roupa contaminada e resíduos da unidade, garantindo que estão devidamente acondicionados (em saco próprio, encerrados com as abraçadeiras); - Acondicionar os sacos da roupa no carro de apoio que deve estar à entrada da porta; - Depositar os sacos de resíduos no contentor final à porta do quarto; - Retirar o EPI e higienizar as mãos. Prosseguir com técnica de limpeza a dois passos Primeiro passo: - Utilizar os panos microfibras de acordo com a área a limpar: Azul – Unidade doente; Verde – Mobiliário e bancadas em geral;



		Amarelo – Lavatórios, bases de duche e azulejos (instalações sanitárias e salas de sujos); Vermelho/Rosa – sanitas, urinóis, pias de despejos e contentores; - Dobrar o pano microfibras pré-impregnado com detergente ao meio até ficar mais ou menos do tamanho da palma da mão; Iniciar a limpeza pelas superfícies de contacto mais altas para as mais baixas, progredindo da área mais limpa para a mais suja: • Candeeiros de parede; • Calha técnica; • Debitómetros; • Trapézio; • Tampo da mesa-de-cabeceira e gavetas; • Barras e grades da cama; • Campainha; • Suportes de soro (da cama e da unidade); • Dispositivos médicos diversos; • Cadeira. - Retirar o EPI e higienizar as mãos; DEIXAR SECAR - Higienizar as mãos e colocar o EPI adequado ao procedimento; Segundo passo: - Desinfetar com os toalhetes descartáveis pré-impregnados com composto clorado 1000 ppm, todas as superfícies, seguindo a mesma ordem do primeiro passo; - Retirar o EPI e higienizar as mãos;
--	--	---



		- Colocar a sinalética de “Superfícies Altas Higienizadas” na porta (para conhecimento da funcionária da empresa externa); Nota: - Na limpeza corrente, o colchão deve ser higienizado diariamente com toalhetes de composto de amónio quaternário. - No fim do segundo passo, devem ser retirados os objetos e equipamentos desnecessários à unidade (validar informação com a enfermeira responsável pelo doente).
Limpeza Corrente	Tarde	- Higienizar, com técnica a um passo, as superfícies de contacto elevado (trapézio, mesa de refeição, barras da cama, campainha) utilizando detergente/desinfetante (Oxivir); - Higienizar das instalações sanitárias com técnica a dois passos.
	Noite	- Higienizar com técnica a um passo, utilizando detergente/desinfetante (Oxivir), as superfícies de contacto elevado das unidades dos doentes sob precauções baseadas nas vias de transmissão.
Limpeza Terminal	Alta	- Avaliar previamente a unidade a higienizar; - Preparar a estação de limpeza TTS com todo o material necessário; - Higienizar as mãos e colocar o EPI adequado ao procedimento; - Remover roupa contaminada e resíduos da unidade, garantindo que estão devidamente acondicionados (em saco próprio, encerrados com as abraçadeiras); - Acondicionar os sacos da roupa no carro de apoio que deve estar à entrada da porta;



		- Depositar os sacos de resíduos no contentor final à porta do quarto; - Retirar o EPI e higienizar as mãos; - Higienizar todas as superfícies altas com técnica a dois passos, seguindo a mesma ordem definida para a limpeza corrente; - Higienizar as paredes com técnica a dois passos até à altura do braço (pode ser usada uma mopa microfibras pré-impregnada com detergente); - Verificar a integridade do colchão (em caso de dúvida validar com a enfermeira responsável pela unidade); - Higienizar o colchão com técnica a dois passos, deixando o composto clorado atuar durante 15 minutos, e no final deste tempo sem esfregar, passar um com toalhete descartável húmido com água e deixar secar; - Higienizar os contentores de roupa e resíduos com técnica a dois passos; - Higienizar o chão com técnica a dois passos com mopas pré-impregnadas.
Exceções	Isolamentos por <i>Clostridioides Difficile</i>	- O passo de desinfeção destas unidades deve ser realizado com uma diluição de 500 ml hipoclorito de sódio a 1% em 500 ml água, para se obter uma concentração de 5000 ppm.

C - ESPECIFICIDADES:

- Limpar derrames de sangue ou fluidos corporais de acordo com a IT – **05.00 Limpeza de Salpicos ou Derrames de Fluidos Orgânicos**, pelo potencial risco de infeção.
- Em quartos com doentes sob precauções baseadas nas vias de transmissão, devem ser utilizados taça de banho, urinol e arrastadeira descartáveis sendo que a base da arrastadeira deve ser forrada com um saco de plástico.



-
- A base da arrastadeira deve ser higienizada a cada utilização, com técnica a dois passos.
 - Na limpeza terminal da unidade em que esteve internado um doente sob precauções baseadas nas vias de transmissão por EPC, deve ser contactado o serviço SPCIRA para ser realizada a nebulização seca com peróxido de hidrogénio. Nestes casos, a higienização do quarto e o reprocessamento dos dispositivos médicos devem ser efetuados com água e detergente. Abrir as tampas dos dispensadores de sabão, dos toalhetes de papel para secar as mãos e do papel higiénico. Se visivelmente limpos, retirar alguns toalhetes e algum papel higiénico e deixar as tampas abertas. As caixas das luvas também podem ser mantidas, desde que devidamente conservadas, após remoção de algumas luvas.
 - Outros dispositivos médicos podem ser colocados na unidade após serem corretamente reprocessados.

RESPONSABILIDADES

Responsáveis pela Execução: Técnicos Auxiliares de Saúde e Assistentes Operacionais do Serviço de Cirurgia Geral da ULS de Coimbra

Responsáveis pela Supervisão do Procedimento: Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral da ULS de Coimbra.

DOCUMENTOS CONSULTADOS

PG - 04.00: Higiene do ambiente.

IT - 05.00 Limpeza de Salpicos ou Derrames de Flúidos Orgânicos.

APÊNDICE 9 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO “PREPARAÇÃO DA ESTAÇÃO DE LIMPEZA TTS. DILUIÇÃO DO DETERGENTE E RECONSTITUIÇÃO DO DESINFETANTE”



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COIMBRA

Preparação da Estação de Limpeza TTS
Diluição do Detergente e Reconstituição do

Desinfetante

IT-Cir Geral número. 1 versão: 0

Cirurgia Geral

Página 1 de 4

ELABORAÇÃO: Fátima Sousa		APROVAÇÃO: DATA DE APROVAÇÃO: Data de aprovação
VERIFICAÇÃO DO CONTEÚDO: D G TA	VERIFICAÇÃO DA ESTRUTURA:	
PRÓXIMA REVISÃO: nov-2027		

OBJECTIVO

Implementar a metodologia de pré-impregnação de panos, mopas microfibras e toalhetes descartáveis, no Serviço de Cirurgia Geral da ULS de Coimbra.

Descrever a preparação da Estação de Limpeza TTS.

Definir o procedimento para a diluição do detergente e reconstituição do desinfetante, em utilização na ULS de Coimbra.

APLICABILIDADE

Todos os Enfermeiros, Técnicos Auxiliares de Saúde e Assistentes Operacionais do Serviço de Cirurgia Geral da ULS de Coimbra.

SIGLAS, ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS e DEFINIÇÕES

AO – Assistente Operacional

EPI – Equipamento de Proteção Individual

IT – Instrução de Trabalho

PG – Procedimento Geral

TAS – Técnico Auxiliar de Saúde

ULS – Unidade Local de Saúde



De acordo com **PG – 04.00 Higiene do Ambiente**, a limpeza e desinfecção das superfícies das unidades dos doentes implementada na ULS de Coimbra baseia-se na metodologia de pré-impregnação de panos e mopas microfibras com detergente e desinfetante.

DESCRIÇÃO

A – METODOLOGIA DE PRÉ-IMPREGNAÇÃO UTILIZANDO A ESTAÇÃO TTS:

1. Preparação das Diluições/Reconstituições:

As diluições/reconstituições devem ser realizadas no turno da manhã pelo TAS/AO de externos, após a lavagem cuidadosa dos reservatórios e enxaguamento com água corrente abundante. Deve prestar especial atenção à válvula do sistema de dosagem Dosely, garantindo a remoção total de resíduos de detergente.

▪ Diluição do Detergente Sanimat:

- Preencher o reservatório Dosely com 5L de água e de seguida adicionar uma dose (10 a 20 ml) de Sanimat (não deve ser agitado).

▪ Reconstituição do Composto Clorado:

- Preencher o reservatório com água e adicionar as pastilhas necessárias para obter uma concentração de 1000 ppm, de acordo com as recomendações do fabricante;
- Colocar a data e a hora no reservatório.

2. Pré-impregnação dos Panos Microfibras, Toalhetes Descartáveis e Mopas:

Após a preparação das diluições/reconstituições, realizar uma descarga (200ml) da preparação do detergente para o tabuleiro e pré-impregnar os panos microfibras (4 unidades), ou os toalhetes descartáveis (10 unidades), ou a mopa (1 unidade), colocando-os nos respetivos baldes.

- As reconstituições têm uma estabilidade de 24 horas, desde que acondicionadas adequadamente nos recipientes.
- Os baldes podem ser retirados do carro para serem levados à unidade do doente, podendo ser pousados numa superfície previamente higienizada. Antes de serem colocados



novamente no carro, devem ser higienizados com um toalhete pré-impregnado em detergente/desinfetante.

B – CUIDADOS DE MANUTENÇÃO DA ESTAÇÃO DE LIMPEZA TTS:

1. A estação TTS deve ser reposta pelo TAS/AO durante o turno da noite, com:
 - ✓ Abraçadeiras;
 - ✓ Sacos de risco biológico III;
 - ✓ Sacos para a roupa contaminada;
 - ✓ Panos microfibras;
 - ✓ Mopas;
 - ✓ Toalhetes descartáveis;
 - ✓ Toalhetes de composto de amónio quaternário;
 - ✓ Detergente/Desinfetante (Oxivir) e álcool a 70%.
2. Após cada utilização, o exterior do carro deve ser higienizado com técnica a dois passos (por exemplo, no final dos turnos da manhã e tarde).
3. No final da higienização das unidades dos doentes, todos os materiais e equipamentos devem ser devidamente limpos e desinfetados e armazenados secos numa área limpa do corredor.
4. Os panos e as mopas microfibras são enviados para a lavandaria, em saco transparente.
5. Semanalmente, a estação de limpeza deve ser desmontada e o seu interior deve ser higienizado com técnica a dois passos.

RESPONSABILIDADES

Responsáveis pela Execução: Técnicos Auxiliares de Saúde e Assistentes Operacionais do Serviço de Cirurgia Geral da ULS de Coimbra

Responsáveis pela Supervisão do Procedimento: Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral da ULS de Coimbra.



DOCUMENTOS CONSULTADOS

PG-04.00 - Higiene do Ambiente.

APÊNDICE 10 – ESTRATÉGIA DE PESQUISA (EBSCOHOST/CINAHL)

(((((TI "*venous Catheter" OR AB "*venous Catheter") OR (TI "Peripheral Venous Cathet*" OR AB "Peripheral Venous Cathet*")) OR (((MH "Catheterization, Peripheral+") OR ((TI "Peripheral Catheterization" OR AB "Peripheral Catheterization") OR (TI "Catheterizations, Peripheral" OR AB "Catheterizations, Peripheral") OR (TI "Peripheral Catheterizations" OR AB "Peripheral Catheterizations") OR (TI "Peripheral Venous Catheterization" OR AB "Peripheral Venous Catheterization") OR (TI "Catheterizations, Peripheral Venous" OR AB "Catheterizations, Peripheral Venous") OR (TI "Peripheral Venous Catheterizations" OR AB "Peripheral Venous Catheterizations") OR (TI "Venous Catheterizations, Peripheral" OR AB "Venous Catheterizations, Peripheral") OR (TI "Catheterization, Peripheral Venous" OR AB "Catheterization, Peripheral Venous") OR (TI "Venous Catheterization, Peripheral" OR AB "Venous Catheterization, Peripheral")))))	AND
((((MH Nurses+)) OR (Nurse OR "Nursing Personnel" OR "Personnel, Nursing" OR "Registered Nurses" OR "Nurse, Registered" OR "Nurses, Registered" OR "Registered Nurse")))	AND
(((((TI barriers OR AB barriers) OR (TI hindrances OR AB hindrances) OR (TI impediments OR AB impediments) OR (TI constraints OR AB constraints) OR (TI obstructions OR AB obstructions) OR (TI blockades OR AB blockades) OR (TI obstacles OR AB obstacles) OR (TI interferences OR AB interferences) OR (TI limitations OR AB limitations) OR (TI roadblocks OR AB roadblocks) OR (TI inhibitors OR AB inhibitors) OR (TI challenges OR AB challenges) OR (TI difficulties OR AB difficulties) OR (TI hardships OR AB hardships) OR (TI complications OR AB complications) OR (TI issues OR AB issues) OR (TI problems OR AB problems) OR (TI trials OR AB trials) OR (TI adversities OR AB adversities) OR (TI setbacks OR AB setbacks) OR (TI hurdles OR AB hurdles) OR (TI blockages OR AB blockages) OR (TI "stumbling blocks" OR AB "stumbling blocks") OR (TI encumbrances OR AB encumbrances) OR (TI restrictions OR AB restrictions) OR (TI shortcomings OR AB shortcomings) OR (TI boundaries OR AB boundaries) OR (TI drawbacks OR AB drawbacks) OR (TI deficiencies OR AB deficiencies) OR (TI weaknesses OR AB weaknesses) OR (TI efforts OR AB efforts) OR (TI conflicts OR AB conflicts) OR (TI fights OR AB fights) OR (TI tensions OR AB tensions) OR (TI battles OR AB battles) OR (TI endeavors OR AB endeavors))))	AND
((((MH "Qualitative Research+") OR (TI "Qualitative Research" OR AB "Qualitative Research") OR (TI "Qualitative Study" OR AB "Qualitative Study") OR (TI Qualitative OR AB Qualitative) OR (TI Interviews OR AB Interviews) OR (TI "mixed methods" OR AB "mixed methods") OR (TI "exploratory study" OR AB "exploratory study") OR (TI "semi-structured interview" OR AB "semi-structured interview") OR (TI "semi structured interview" OR AB "semi structured interview") OR (TI "unstructured interview" OR AB "unstructured interview") OR (TI "in-depth interview" OR AB "in-depth interview") OR (TI "in depth interview" OR AB "in depth interview") OR (TI "focus group" OR AB "focus group") OR (TI "focus groups" OR AB "focus groups") OR (TI "thematic analysis" OR AB "thematic analysis") OR (TI "content analysis" OR AB "content analysis") OR (TI "narrative analysis" OR AB "narrative analysis") OR (TI "case study" OR AB "case study") OR (TI "case studies" OR AB "case studies") OR (TI "field notes" OR AB "field notes")))))	Total 84

APÊNDICE 11 – ESTRATÉGIA DE PESQUISA RCAAP

"cateter venoso periférico" OR "cateterização venosa periférica" OR "cateterização periférica"	AND
barreiras OR obstáculos OR dificuldades OR limitações OR problemas OR desafios OR	Total
constrangimentos OR impedimentos OR restrições OR conflitos OR fraquezas	15

APÊNDICE 12 – EXTRAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

A1	Factors influencing nurses' handling and control of peripheral intravenous lines-an interview study (1996)
Desenho do estudo	Estudo descritivo, qualitativo, baseado em entrevistas estruturadas a 37 enfermeiros de um hospital sueco de média dimensão.
Objetivo do estudo	Descrever como os enfermeiros planeiam, prestam cuidados e documentam a inserção e manutenção de CVP, bem como identificar os fatores que influenciam essa prática.
Principais resultados	• Locais preferenciais de inserção: antebraço (57%) e dorso da mão (38%). • Tamanhos de cateter mais utilizados: 0,8 mm (22G) e 1,0 mm (20G). • Fixação: compressa estéril com adesivo ou apenas adesivo. • Tempo de permanência do CVP: intenção de 1 a 3 dias, mas, na prática, entre 2 a 7 dias. • Informação fornecida aos doentes: reduzida. • Documentação: apenas 1 enfermeiro registava inserção e remoção; a maioria não documentava formalmente. • Influência da experiência e rotinas pessoais; diretrizes pouco utilizadas.
Resultados relevantes para a Questão de Revisão	• Rotinas inadequadas, ausência de protocolos consistentes e práticas institucionais padronizadas. • Falta de responsabilização, inexistência de um responsável claro pela gestão do CVP. • Documentação deficiente, falhas no registo comprometem continuidade e a segurança dos cuidados. • Informação insuficiente ao doente: lacunas na educação do utente dificultam a deteção precoce de complicações. • Dependência da experiência pessoal: práticas orientadas pelo hábito, em detrimento da evidência científica. • Fatores organizacionais (stress e carga de trabalho), barreiras à implementação de cuidados eficazes.
Limitações do estudo	• Amostra limitada a um único hospital. • Carácter descritivo e qualitativo, com possibilidade de viés de resposta. • Ausência de triangulação metodológica e de análise estatística aprofundada. • Dados datados limitando a atualidade das conclusões. • Falta de referência explícita a boas práticas baseadas na evidência.
Implicações /Recomendações Finais	A ausência de rotinas claras, de responsabilização formal, e de envolvimento ativo do doente, associada à predominância de práticas baseadas na experiência pessoal, evidencia a necessidade de: • Desenvolvimento e implementação de diretrizes fundamentadas na evidência. • Investimento em formação contínua para os profissionais de saúde. • Reforço da documentação e comunicação clínica. • Promoção da supervisão e do fortalecimento da cultura de segurança institucional. Apesar de antigo e realizado na Suécia, os desafios identificados mantêm-se relevantes para o contexto português.

A2	Examining the care of patients with peripheral venous cânulas (2000)
Desenho do estudo	Estudo qualitativo exploratório, baseado em <i>grounded theory</i> , realizado num hospital universitário com 600 camas, na Irlanda. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a 10 enfermeiros de enfermarias médicas e cirúrgicas, complementadas com análise documental e revisão da literatura.
Objetivo do estudo	Investigar questões de enfermagem relacionadas com a duração da cateterização venosa periférica, com o objetivo de reduzir o risco de infeções associadas ao CVP.
Principais resultados	- Os enfermeiros conheciam a política institucional relativa aos cuidados e à duração do CVP, mas reconheciam falhas na sua aplicação prática. - Avaliação do local do CVP era reconhecida como importante, mas nem sempre realizada - CVP frequentemente mantido além das 72 horas recomendadas, por hábito ou falta de registo. - Ausência de um sistema eficaz para registar a data de inserção e de remoção do CVP. - Conflitos de responsabilidade entre médicos e enfermeiros, quem deve registar ou proceder à remoção do CVP. - Autonomia dos enfermeiros perante sinais de infeção. - CVP visto como prioridade baixa em relação a outros cuidados de enfermagem. - Currículo de enfermagem não incluía, de forma estruturada, conteúdos específicos sobre cuidados com CVP.
Resultados relevantes para a Questão de Revisão	- Falta de clareza institucional e partilha ambígua de responsabilidades com conflitos entre médicos e enfermeiros. - Défice de registo sistemático, inexistência de locais apropriados para a documentação do CVP nos processos clínicos. - Manutenção além do recomendado: CVP frequentemente mantido por mais de 72h devido a hábito ou ausência de alternativas rápidas. - Perceção de baixa prioridade: cuidados com CVP vistos como secundários, o que reduzia a vigilância adequada. - Formação insuficiente: lacuna de conteúdos sobre gestão de CVP nos currículos de enfermagem. - Fragilidades organizacionais: ausência de políticas claras e supervisão efetiva, ausência de metas e mecanismos de <i>feedback</i>.
Limitações do estudo	- Amostra reduzida (10 enfermeiros) e centrada num único hospital. - Investigador único com risco de viés. - Falta de critérios objetivos para medir eficácia, baseando-se em perceções subjetivas. - Contexto específico, não generalizável, embora os resultados possam ser transferíveis.
Implicações /Recomendações Finais	- Criar sistemas acessíveis e eficazes de registo do CVP. - Clarificar responsabilidades entre médicos e enfermeiros. - Garantir a remoção do CVP às 72 horas, salvo justificação clínica devidamente registada. - Reforçar formação e supervisão dos profissionais de saúde. - Incluir conteúdos sobre gestão de CVP nos currículos de enfermagem. - Estabelecer metas, monitorizar e implementar mecanismos de <i>feedback</i>. - Considerar a implementação de equipas de terapia intravenosa. - Utilizar o modelo das 12 dimensões da efetividade organizacional como ferramenta de melhoria contínua.

A3	What fuels suboptimal care of peripheral intravenous catheter-related infections in hospitals? A qualitative study of decision-making among Spanish nurses (2022)
Desenho do estudo	Estudo qualitativo descritivo, baseado em entrevistas semiestruturadas a 14 enfermeiros de três hospitais públicos das Ilhas Baleares, Espanha. A análise combinou um modelo indutivo e dedutivo, com triangulação metodológica e validação pelos participantes (<i>member checking</i>).
Objetivo do estudo	Explorar os fatores que determinam a tomada de decisão dos enfermeiros relativamente à prevenção de infeções associadas a CVP em hospitais espanhóis.
Principais resultados	• Falta de clareza nas funções entre médicos e enfermeiros sobre inserção, manutenção e remoção dos CVP. • Redução dos cuidados a tarefas com prejuízo para a visão holística e segurança do doente. • Aceitação institucionalizada de cuidados subótimos, incluindo protocolos desatualizados, ausência de supervisão e baixa perceção do risco associado aos CVP. • Propostas de melhorias superficiais, como formações pontuais ou equipas especializadas, sem enfrentar causas estruturais das falhas.
Resultados relevantes para a Questão de Revisão	• Indefinição de papéis entre médicos e enfermeiros. • Perceção do risco clínico associado ao CVP. • Protocolos desatualizados ou desvalorizados. • Ausência de estratégias para envolver o doente na vigilância e deteção precoce de complicações. • Falta de supervisão, metas, mecanismos de <i>feedback</i>, recursos humanos e materiais adequados.
Limitações do estudo	• Estudo limitado a três hospitais espanhóis, com características socioculturais específicas. • Foco exclusivo em enfermeiros na prestação de cuidados, sem inclusão de gestores ou médicos. • Resultados não generalizáveis, mas úteis para reflexões contextuais.
Implicações /Recomendações Finais	• Clarificar funções e responsabilidades no cuidado ao CVP. • Atualizar e aplicar eficazmente os protocolos institucionais. • Promover cultura de segurança, reconhecendo o risco dos CVP. • Apostar em formação contínua e liderança clínica. • Envolver ativamente os doentes nos cuidados relacionados com o CVP.

A4	Using Implementation Science to Improve Short Peripheral Intravenous Catheter Outcomes (2024)
Desenho do estudo	Estudo misto (quantitativo e qualitativo), baseado na ciência da implementação, conduzido num hospital terciário urbano dos EUA. Participaram 23 unidades de internamento, que aplicaram intervenções específicas para melhorar os resultados dos CVP durante 3 meses.
Objetivo do estudo	Aplicar uma abordagem fundamentada na ciência da implementação para avaliar e melhorar os processos de inserção e cuidados com CVP, reduzindo as remoções associadas a eventos adversos.
Principais resultados	• A maioria das unidades concentrou-se na melhoria da integridade do penso. • Estratégias utilizadas: comunicação (82%), educação (64%), auditorias (50%). • Utilização limitada do relatório eletrónico. • Redução significativa das remoções por descolamento accidental (de 6,3% para 5,8%). • Unidades que implementaram múltiplas estratégias ativas (formação + auditoria) apresentaram melhores resultados. • Adesão variável às políticas de registo e às práticas padronizadas.
Resultados relevantes para a Questão de Revisão	• Desalinhamento entre política e prática, uso de estratégias passivas (formação pontual, afixação de cartazes) com eficácia limitada. • Utilização insuficiente de ferramentas eletrónicas para monitorização e tomada de decisão. • Adesão desigual à prática clínica baseada na evidencia científica. • O envolvimento da liderança, carga de trabalho e apoio institucional foram determinantes para o sucesso. • As melhorias dependiam da continuidade das estratégias de manutenção (auditoria e <i>feedback</i>) raramente utilizadas.
Limitações do estudo	• Realizado num único hospital o que limita a generalização. • Dificuldade em distinguir entre remoção por alta ou por evento adverso nos registos eletrónicos. • Dados retrospectivos e dependência de documentação existente. • Variabilidade na atuação dos coordenadores de unidade afetou a consistência das intervenções.
Implicações /Recomendações Finais	• Adotar estratégias de implementação ativas, incluindo auditoria e mecanismos de <i>feedback</i>. • Capacitar lideranças locais para envolver as equipas de enfermagem. • Melhorar a integração dos dados no sistema eletrónico, facilitando o uso em tempo real. • Promover formação estruturada em implementação para enfermeiros. • Investir em recursos e tempo protegido para líderes de mudança (coordenadores). • Monitorizar continuamente os resultados e ajustar intervenções.

A5	Aligning peripheral intravenous catheter quality with nursing culture—A mixed method study (2024)
Desenho do estudo	Estudo misto (quantitativo e qualitativo), realizado em quatro hospitais da Noruega. Incluiu a aplicação de questionários a 612 enfermeiros e a realização de entrevistas a 26 gestores/enfermeiros líderes. O estudo combinou análise estatística descritiva com análise temática.
Objetivo do estudo	Investigar o alinhamento entre a cultura de enfermagem e a qualidade dos cuidados com CVP bem como identificar barreiras e facilitadores para a adesão às diretrizes.
Principais resultados	• Variabilidade significativa na prática e na adesão às diretrizes institucionais. • Cultura organizacional orientada para cuidados baseados em tarefas com escassa valorização da segurança do doente. • Pressão de tempo, escassez de recursos e ausência de <i>feedback</i> foram identificados como principais barreiras. • Formação e supervisão inconsistentes, muitas vezes com base em modelos informais de pares. • Registos clínicos frequentemente omissos ou insuficientes. • Falta de priorização do CVP como componente crítico dos cuidados.
Resultados relevantes para a Questão de Revisão	• Práticas orientadas por rotinas estabelecidas e pela cultura local, em detrimento da evidência científica. • Ausência de liderança clínica ativa, falta de tempo para cuidados baseados na evidência científica. • Deficiências na formação contínua e supervisão formal: aprendizagem frequentemente não estruturada. • Foco reduzido na segurança do doente e nos resultados clínicos associados ao CVP. • Falta de responsabilização e reconhecimento institucional dos cuidados com CVP.
Limitações do estudo	• Dados autorrelatados com risco de viés de resposta. • Estudo restrito à realidade norueguesa, com baixa transferibilidade para outros contextos culturais. • Desenho transversal, não permitindo estabelecer relações de causalidade. • Sub-representação de hospitais com menos recursos ou de menor dimensão.
Implicações /Recomendações Finais	• Alinhar a cultura organizacional com práticas sustentadas na evidência científica. • Reforçar a supervisão clínica estruturada e a formação contínua planeada. • Melhorar os registos/documentação clínica e implementar auditorias regulares. • Promover uma cultura organizacional centrada na segurança do doente. • Reconhecer formalmente os cuidados com CVP como componente essencial da prática de enfermagem segura.

A6	Nurses' clinical reasoning concerning management of peripheral venous cannulae (2009)
Desenho do estudo	Estudo qualitativo, baseado em observações naturalísticas e entrevistas semiestruturadas, realizado em 14 enfermarias (médicas, cirúrgicas e de doenças infecciosas) de dois hospitais na Suécia. Participaram 43 enfermeiros com diferentes níveis de experiência profissional.
Objetivo do estudo	Descrever o raciocínio clínico dos enfermeiros em relação ao uso de CVP, com foco na informação clínica e nas circunstâncias consideradas durante a tomada de decisão.
Principais resultados	Três categorias principais influenciam o raciocínio clínico dos enfermeiros: • Situação individual do doente: necessidade do CVP, aplicabilidade, tempo de utilização, desconforto e condição clínica. • Situação de trabalho do enfermeiro: pressão de tempo, falhas nas rotinas, atitudes da equipa e supervisão inconsistente. • Experiência prévia com CVP: enfermeiros mais experientes demonstravam maior confiança, conhecimento sobre complicações e decisões mais integradas com a observação do doente. A tomada de decisão era entendida como uma “balança” entre a prevenção de complicações e a minimização do desconforto do doente. As diretrizes eram conhecidas, mas frequentemente adaptadas ao contexto e ao julgamento clínico.
Resultados relevantes para a Questão de Revisão	• Falta de adesão sistemática às diretrizes, o julgamento clínico e as circunstâncias contextuais sobrepunham-se frequentemente às normas formais. • Influência da experiência pessoal, decisões mais cautelosas entre enfermeiros que já tinham vivenciado complicações graves. • Falta de priorização dos cuidados com o CVP, cuidados frequentemente adiados face a outras prioridades clínicas. • Deficiências na documentação clínica, ausência registos sistemáticos. • A Cultura da equipa condicionava as práticas clínicas e as atitudes locais moldavam a qualidade dos cuidados.
Limitações do estudo	• Contexto limitado à Suécia e a enfermarias específicas. • Entrevistas realizadas em locais com pouca privacidade. • Potencial influência da presença da investigadora na atuação dos participantes.
Implicações /Recomendações Finais	• Adaptar diretrizes à realidade local e integrá-las na cultura da equipa. • Desenvolver formação contínua centrada no raciocínio clínico. • Reforçar a documentação como ferramenta de segurança. • Incluir a perspetiva dos doentes na melhoria dos cuidados com CVP.

A7	Peripheral intravenous catheter clinical care standard adherence in emergency departments: A qualitative study underpinned by the behaviour change Wheel (2024)
Desenho do estudo	Estudo qualitativo descritivo fundamentado na <i>Behaviour Change Wheel (BCW)</i> , realizado em dois serviços de urgência na Austrália. Participaram 25 enfermeiros e médicos com diferentes níveis de experiência profissional.
Objetivo do estudo	Explorar barreiras e facilitadores que influenciam a adesão dos profissionais de serviços de urgência Norma Clínica Australiana para Cuidados com CVP (PIVC Clinical Care Standard).
Principais resultados	Barreiras: desconhecimento da norma clínica, ambiente de trabalho altamente stressante, formação insuficiente, ausência de mecanismos de <i>feedback</i> e resistência à mudança. Facilitadores: reconhecimento de práticas abaixo do ideal, valorização do envolvimento do doente e desejo de melhoria. Outros resultados: • Inserção frequente de CVP “por precaução”. • Falta de registo e monitorização sistemática dos efeitos adversos. • Variabilidade de competências e rotatividade da equipa, afetando a consistência dos cuidados. • Ausência de formação em ecografia para inserção por parte dos enfermeiros. • Cultura permissiva de múltiplas tentativas por diferentes profissionais. • Participação do doente reconhecida como desejável, mas considerada pouco viável no contexto de urgência.
Resultados relevantes para a Questão de Revisão	• Ausência de estratégias estruturadas de implementação da norma clínica. (Barreira organizacional) • Défice de formação contínua e de capacitação específica em práticas seguras e eficazes de inserção e manutenção de CVP. • Falta de responsabilização individual e inexistência de mecanismos de <i>feedback</i> sistemático. • Ausência de padronização das práticas e frágil suporte institucional, dificultando a adoção uniforme de boas práticas. • Ambiente clínico adverso, caracterizado por pressão de tempo, prioridades concorrentes e carga assistencial excessiva. • Cultura permissiva quanto à repetição de tentativas, sem escalonamento adequado em casos de acesso venoso difícil (<i>Difficult Intravenous Access, DIVA</i>).
Limitações do estudo	• Estudo realizado apenas em dois hospitais metropolitanos australianos. • Amostra intencional e baseada em dados autorrelatos, com risco de viés de resposta. • Exclusão da perspetiva dos doentes.
Implicações /Recomendações Finais	• Implementar programas de educação estruturada e contínua sobre práticas seguras relacionadas com o CVP. • Estabelecer mecanismos formais de auditoria e <i>feedback</i> individualizado. • Promover formação em técnicas avançadas, incluindo ecografia para enfermeiros. • Rever as condições estruturais e logísticas dos serviços de urgência, facilitando a adesão à norma clínica. • Promover uma cultura de responsabilização e envolvimento proativo dos profissionais. • Aplicar intervenções multifacetadas (educação, modificação ambiental, persuasão, incentivo e mecanismos de coerção), em conformidade com os princípios da BCW.

A8	Nurses' Short Peripheral Catheter Flushing Practices: Implications for Patient Care, Nursing Education, and Policy (2019)
Desenho do estudo	Estudo de métodos mistos realizado numa unidade de neurologia/neurocirurgia de um hospital universitário (935 camas) nos EUA. Participaram 35 enfermeiros da unidade, com dados recolhidos via folha de registo de prática e grupos focais.
Objetivo do estudo	Examinar práticas de <i>flushing</i> de CVP curtos (SPC) entre enfermeiros de enfermagem médico-cirúrgica, identificar fatores influenciadores dessas práticas e avaliar implicações para a educação clínica, políticas institucionais e cuidados ao doente.
Principais resultados	• Variabilidade nas práticas, diferença significativa na frequência e volume dos <i>flushes</i>, influenciada pela experiência profissional, o turno e a carga de trabalho. • As motivações para a realização do <i>flushing</i> incluíam a preparação para situações de emergência, manutenção da permeabilidade do cateter e administração de medicamentos. • Observou-se maior frequência de <i>flushing</i> durante o turno da noite, associada à maior experiência média dos enfermeiros que prestavam cuidados nesse período. • O volume de solução salina mais frequentemente utilizado foi de 10 mL. • A experiência profissional revelou-se determinante, estando associada a práticas mais frequentes e à valorização do estado clínico do doente durante a tomada de decisão. • O procedimento de <i>flushing</i> foi ainda percecionado como um mecanismo de preparação psicológica, conferindo ao enfermeiro um sentimento de prontidão face a eventos inesperados.
Resultados relevantes para a Questão de Revisão	• Falta de padronização das práticas de <i>flushing</i>, com recurso a múltiplas fontes de orientação (políticas institucionais, experiência pessoal, orientação entre pares), conduzindo a inconsistência nos cuidados com o CVP. • Políticas institucionais ambíguas ou pouco utilizadas, não fornecendo diretrizes claras e uniformes para a prática clínica. • O contexto clínico adverso, caracterizado por elevada carga de trabalho e a perceção de prioridades concorrentes reduziam a adesão ao <i>flushing</i>. • Verificou-se a omissão do <i>flushing</i> antes da administração de medicamentos foi identificada, comprometendo a segurança do doente. • Défices na formação e no conhecimento técnico, com o procedimento de <i>flushing</i> frequentemente desvalorizado ou mal compreendido em termos da sua mecânica e relevância clínica.
Limitações do estudo	• Realizado numa única unidade com amostra limitada. • Participação voluntária e autorrelato podem introduzir viés. • Generalização limitada a outros contextos clínicos ou populações.
Implicações /Recomendações Finais	• Desenvolver políticas institucionais, sustentadas na evidência científica. • Integrar formação anual obrigatória sobre cuidados com CVP. • Implementar sistemas regulares de monitorização e mecanismos de <i>feedback</i>. • Promover o desenvolvimento profissional diferenciado com foco nas necessidades formativas dos enfermeiros. • Aproveitar períodos de menor carga de trabalho para garantir a implementação de cuidados, como <i>flushing</i>.

A9	Nursing Practices in peripheral intravenous cannulation: phlebitis and patient safety (2019)
Desenho do estudo	Estudo qualitativo realizado num hospital português. Participaram 26 enfermeiros. Foram conduzidas 80 horas de observação participante e 15 entrevistas semiestruturadas. A análise seguiu uma abordagem temática de conteúdo.
Objetivo do estudo	Compreender as práticas de enfermagem relacionadas com o CVP e identificar desvios em relação às recomendações baseadas na evidência científica no que se refere à prevenção da flebite.
Principais resultados	Desvios identificados nas práticas de enfermagem: • Seleção do local de punção e calibre do cateter: utilização de membros inferiores e de calibres maiores, contrariando recomendações. • Higienização das mãos e desinfecção dos materiais: omissões frequentes, atribuídas à ausência de lavatórios e uso de garrotes contaminados. • Avaliação do local de inserção, do CVP feita de forma subjetiva, sem critérios clínicos sistemáticos. • Fixação e manutenção do CVP, com uso de adesivos não estéreis, pensos mal identificados e permanência do cateter para além da necessidade clínica; • Envolvimento reduzido do doente, com orientação escassa ou inexistente sobre sinais de complicações • Baixa adesão a protocolos institucionais e diretrizes internacionais (INS, CDC).
Resultados relevantes para a Questão de Revisão	• Práticas clínicas não alinhadas com a evidência científica. • Utilização de materiais inadequados e práticas inseguras (adesivos contaminados e reutilização de garrotes). • Deficiências infraestruturais (falta de lavatórios e de materiais adequados). • Falta de formação contínua e protocolos padronizados, o que conduz à prática baseada em hábitos e não na evidência. • Ausência de monitorização sistemática de complicações como a flebite. • Falta de envolvimento do doente na vigilância e autocuidado.
Limitações do estudo	• Estudo realizado num único serviço hospitalar, limitando a generalização dos resultados. • Possível viés de observação decorrente da presença do investigador. • Amostra reduzida e não representativa da totalidade do contexto nacional.
Implicações /Recomendações Finais	• Implementar protocolos institucionais padronizados, sustentados na evidência científica. • Reforçar a formação contínua e sensibilização da equipa de enfermagem. • Promover o envolvimento ativo do doente na prevenção de complicações.

A10	Factors Influencing Nurses' Decision-Making Process on Leaving in the Peripheral Intravascular Catheter After 96 Hours (2011)
Desenho do estudo	Estudo observacional longitudinal, realizado em sete hospitais do norte da Itália (2009). Amostra de 269 CVP observados e entrevistas com os enfermeiros responsáveis pelos dispositivos. Aplicou-se categorização mista baseada em modelo qualitativo anterior (Johansson et al., 2009).
Objetivo do estudo	Explorar os fatores que influenciam a decisão dos enfermeiros de manter um CVP <i>in situ</i> por mais de 96 horas, desafiando diretrizes internacionais que recomendam substituição nesse período.
Principais resultados	• 61,7% dos CVP observados permaneceram mais de 96 horas. • Fatores relatados pelos enfermeiros para manter o CVP: ○ 52,3%: Nunca observaram complicações após 96h. ○ 28,6%: Necessidade do doente ou falta de acesso alternativo. ○ 20,7%: Falta de competência técnica para nova punção. ○ 19,1%: Sobrecarga de trabalho e priorização reduzida da substituição do CVP. • CVP inseridos no braço esquerdo, na face posterior do antebraço ou em veias de maior calibre tendem a permanecer mais tempo. ○ Remoção precoce (antes das 96h) ocorria quase sempre por falta de necessidade clínica (88,3%), e raramente por complicações: (Oclusão: 5,8% e Flebite: 3,9%).
Resultados relevantes para a Questão de Revisão	A manutenção prolongada do CVP nem sempre reflete negligência, mas sim um processo de julgamento clínico contextualizado, influenciado por: • experiência pessoal, • avaliação da condição do doente, • disponibilidade técnica, • contexto organizacional. Falta de sistematização na documentação (registros incompletos sobre inserção e remoção). A infraestrutura e o ambiente clínico moldam diretamente as decisões de manutenção ou substituição do CVP.
Limitações do estudo	• Amostra restrita a contextos não emergentes, adultos, sem infusões irritantes. • Coleta de dados dependente de múltiplos investigadores, embora treinados. • Ausência de avaliação da formação dos enfermeiros e condição clínica detalhada dos doentes.
Implicações /Recomendações Finais	• A manutenção de CVP por mais de 96 horas deve ser recontextualizada, não como violação sistemática da norma, mas como decisão clínica ponderada. • Sugere-se revisão das políticas institucionais, integrando maior flexibilidade clínica. • A formação contínua deve incluir riscos de manutenção prolongada. • Estudos multicêntricos e internacionais são recomendados para comparar decisões e práticas entre contextos distintos (culturais e organizacionais distintos).

A11	Prática baseada em evidência no âmbito da cateterização venosa periférica: O caminho a seguir em Portugal (2024)
Desenho do estudo	Artigo teórico/ensaio com base em análise crítica da literatura, dados epidemiológicos e reflexão sobre políticas de saúde e prática clínica em Portugal.
Objetivo do estudo	Explorar os desafios e propor caminhos estratégicos para melhorar a prática clínica na cateterização venosa periférica (CVP) em Portugal, com base na evidência científica.
Principais resultados	• Estimativas indicam mais de 5,3 milhões de CVP inseridos em 2021, com até 1,2 milhões de falhas prematuras e 583 mil insucessos à primeira tentativa. • Elevadas taxas de complicações: flebite (9-61,5%), infiltração/extravasamento (3,8-38,8%), obstrução (1-50%) e remoção acidental (3,4-47,2%). • Práticas de enfermagem inconsistentes e desalinhadas com a evidência, com variações entre contextos e profissionais. • Falta de norma nacional aprovada pela DGS para orientar cuidados com CVP. • Deficiente uso de tecnologias de apoio à punção e avaliação do risco de DIVA. • Subutilização de <i>flushing</i> e <i>locking</i>, uso de cateteres sem indicação clínica e terminologia não padronizada.
Resultados relevantes para a Questão de Revisão	• Falta de diretrizes nacionais resulta em cuidados fragmentados e inconsistentes. • Ausência de formação padronizada e de reconhecimento formal de competências avançadas em enfermagem em acessos vasculares. • Deficiente cultura de segurança, sem mecanismos eficazes de auditoria e melhoria contínua. • Subaproveitamento de equipas especializadas em acessos vasculares no Serviço Nacional de Saúde. • Documentação clínica e terminologia não uniformizada, dificultando o rastreio e o diagnóstico de complicações.
Limitações do estudo	• Artigo de natureza teórica, sem recolha de dados empíricos originais. • As propostas baseiam-se em literatura e experiências internacionais, carecendo de validação no contexto português.
Implicações /Recomendações Finais	• Elaboração urgente de uma norma clínica nacional sobre CVP para adultos e crianças sobre CVP, com instrumentos de auditoria. • Reconhecimento formal de competências acrescidas em enfermagem na área de acessos vasculares. • Constituição e financiamento de equipas interdisciplinares especializadas em acessos vasculares no Sistema Nacional de Saúde. • Integração de formação pós-graduada estruturada em acessos vasculares nas instituições de ensino superior. • Promoção da uniformização da terminologia e indicadores clínicos relacionados ao CVP.