



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 2ª edição
Unidade Curricular: Opção 8- Estágio com Relatório Final
em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos

Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária associada a Cateter Vesical: Perspetiva dos Enfermeiros

Beatriz Isabel Sousa Pinheiro

Março de 2026

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 2ª edição

Unidade Curricular: Opção 8- Estágio com Relatório Final em Contexto
de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos

Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária associada a Cateter Vesical: Perspetiva dos Enfermeiros

Beatriz Isabel Sousa Pinheiro

Orientação: Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes

Março de 2026

“A única maneira de fazer um excelente trabalho é amar o que você faz.”

Steve Jobs

Agradecimentos

É com profunda gratidão que dedico estes agradecimentos a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização desta tese e para o meu percurso formativo.

Em primeiro lugar, gostaria de expressar o meu sincero e profundo reconhecimento à Professora Doutora Madalena Cunha, cuja orientação exemplar, responsabilidade, sabedoria e dedicação foram determinantes ao longo de todo este relatório. O seu apoio, incentivo e exigência construtiva e exímia permitiram-me crescer académica e profissionalmente, tornando possível a realização desta etapa tão significativa na minha carreira.

Agradeço a todos os tutores e enfermeiros especialistas e equipas dos estágios por onde passei, pela generosidade, partilha de conhecimentos e experiências. Cada ensinamento, orientação e gesto de acompanhamento foram essenciais para a minha formação prática e para o desenvolvimento enquanto futura enfermeira especialista. A vossa experiência, dedicação e profissionalismo são, para mim, uma inspiração e um exemplo de excelência no cuidado de Enfermagem.

À minha família, deixo o meu mais profundo agradecimento. Aos meus pais, irmãos e namorado, pela paciência, pelo incentivo constante e pelo apoio incondicional nos momentos mais exigentes deste percurso, sobretudo quando duvidei de mim própria. Obrigada por estarem sempre presentes, por me acompanharem de forma incondicional e por me darem a mão sempre que os desafios pareceram maiores. Esta conquista é também vossa.

Aos meus colegas de turma, que tive o prazer de conhecer e com quem tive o privilégio de partilhar este percurso, deixo um sincero agradecimento. Ao longo desta etapa, foram criadas ligações significativas, marcadas pela entreajuda, pelo apoio mútuo e pela partilha constante de experiências, quer em contexto académico, quer nos diferentes contextos de estágio. A partilha de vivências do dia a dia nas diversas áreas de atuação enriqueceu este percurso e contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional. Acredito que este caminho se torna mais leve e significativo quando é percorrido em conjunto, pelo que levo comigo cada momento partilhado. Desejo-vos a todos o maior sucesso, tanto a nível pessoal como profissional.

Aos meus amigos, sou grata pela compreensão, paciência e incentivo, mesmo quando, devido à minha intensa dedicação a esta etapa acadêmica, parte do vosso tempo foi inevitavelmente “tomado”. Cada palavra de apoio e cada gesto de amizade tiveram um papel fundamental para a minha motivação e perseverança.

Este percurso formativo não seria o mesmo sem cada pessoa que me acompanhou, ensinou e apoiou, tornando possível alcançar este importante marco na minha vida profissional.

A todos, o meu sincero e profundo agradecimento.

Resumo

Introdução: A realização dos estágios nos serviços de Urgência e Cuidados Intensivos representou um momento fundamental no meu percurso formativo com foco na aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, integrando experiências práticas e o processo de desenvolvimento de competências especializadas; A investigação “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical: Perspetiva dos Enfermeiros”, tem o objetivo de analisar a prática clínica e as intervenções implementadas promovendo uma reflexão sustentada na evidência científica.

Objetivos: Analisar criticamente a aquisição das competências comuns e específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; Avaliar a perspetiva dos enfermeiros sobre o “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária associada a Cateter Vesical”.

Métodos: Análise das competências adquiridas nos estágios em contexto de Urgência e Cuidados Intensivos; Estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado numa Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal, comparando serviços com e sem implementação do projeto “STOP Infecção Hospitalar 2.0.”.

Resultados: O contacto direto com a pessoa em situação crítica, em contextos diferenciados como o Serviço de Urgência e Cuidados Intensivos, bem como as atividades desenvolvidas, constituíram elementos essenciais para o desenvolvimento de competências nos diferentes domínios da prática de Enfermagem; A investigação desenvolvida teve a participação de 80 enfermeiros. Os resultados demonstram que os enfermeiros apresentam um nível globalmente adequado de conhecimentos relativamente ao Feixe de Intervenções, contudo identificam-se fragilidades na sua aplicação prática, sobretudo em áreas que exigem maior capacidade de pensamento crítico e clínico.

Conclusão: Os objetivos delineados para os estágios foram atingidos e as competências adquiridas. Os resultados da investigação reforçam que, apesar dos enfermeiros apresentarem um bom nível de conhecimento sobre o “Feixe de Intervenções”, persistem lacunas na aplicação prática.

Palavras- Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Investigação; Infecções Urinárias; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

Abstract

Introduction: Completing clinical rotations in the Emergency and Intensive Care Units was a pivotal moment in my educational journey, focused on acquiring both general and specialized competencies as a Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, specifically in the area of Critical Care Nursing, integrating practical experiences with the process of developing specialized skills; The research study “Bundle of Interventions for the Prevention of Urinary Tract Infections Associated with Urinary Catheters: Nurses’ Perspective” aims to analyze clinical practice and the interventions implemented, promoting reflection grounded in scientific evidence.

Objectives: To critically analyze the acquisition of common and specific competencies in Medical-Surgical Nursing, within the field of Critical Care Nursing; To assess nurses’ perspectives on the “Bundle of Interventions for the Prevention of Urinary Tract Infections Associated with Urinary Catheters.”

Methods: Analysis of skills acquired during internships in emergency and intensive care settings; A quantitative, descriptive, cross-sectional study conducted at a local health unit in northern Portugal, comparing departments with and without implementation of the “STOP Hospital Infection 2.0” project.

Results: Direct contact with patients in critical condition, in diverse settings such as the Emergency Department and Intensive Care Unit, as well as the activities performed, were essential elements for the development of competencies in the various domains of nursing practice; The study involved 80 nurses. The results show that nurses demonstrate an overall adequate level of knowledge regarding the Intervention Bundle; however, weaknesses are identified in its practical application, particularly in areas that require greater critical and clinical thinking skills.

Conclusion: The objectives set for the internships were achieved, and the necessary skills were acquired. The research findings confirm that, although nurses demonstrate a good level of knowledge regarding the “Intervention Bundle,” gaps remain in its practical application.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Research; Urinary Tract Infections; Health Knowledge, Attitudes, and Practice.

Sumário

Lista de Tabelas

Lista de Gráficos

Listas de Abreviaturas, Siglas e Acrônimos

Introdução Geral 27

PARTE I: Estágios em Contexto de Urgência e Cuidados Intensivos

1. Caracterização dos Contextos de Estágio 33

1.1. Estágio em Serviço de Urgência.....33

1.2. Estágio em Unidade de Cuidados Intensivos 35

2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista 37

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....38

2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....40

2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados 42

2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....44

3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista.....47

3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. 47

3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação. 53

3.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. 55

Reflexões Finais 59

Referências Bibliográficas 61

PARTE II: Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção Urinária associada a Cateter Vesical: Perspetiva dos Enfermeiros

Introdução 75

1. Enquadramento Teórico	77
2. Métodos.....	85
3. Resultados.....	93
3.1. Caraterização dos Participantes	93
3.2. Caraterísticas Sociodemográficas e Profissionais.....	93
3.3. Perspetiva dos Enfermeiros sobre o Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical.....	101
3.4. Práticas relativas ao Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical	116
3.5. Escala de Práticas relativas ao Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical: <i>Score</i> de nível de conhecimentos	120
3.6. Comparar a perspetiva dos enfermeiros em função dos serviços com o projeto STOP Infecção Hospitalar 2.0. implementado e os serviços onde o projeto ainda não foi aplicado .	122
3.7. Estudo da relação entre frequência de formação (participação ou não em ações formativas) e o <i>Score</i> de nível de conhecimentos, em função da idade, género, habilitações, tempo de exercício profissional e categoria profissional	130
3.7.1. Idade.....	130
3.7.2. Género.....	132
3.7.3. Habilitações Académicas	134
3.7.4. Tempo de exercício profissional	136
3.7.5. Categoria Profissional	138
4. Discussão.....	141
Conclusão.....	145
Referências Bibliográficas.....	147
Considerações Finais.....	151
Apêndices	
Apêndice I - Proposta de Protocolo de Febre SU	155
Apêndice II – Estudo de Caso 1 SU.....	181
Apêndice III - Estudo de Caso 2 SU.....	187

Apêndice IV - Estudo de Caso 1 UCI.....	193
Apêndice V - Gestão de Conflitos na Equipa Multidisciplinar (Documento <i>Word</i>)	197
Apêndice VI - Gestão de Conflitos na Equipa Multidisciplinar (Documento <i>PowerPoint</i>) .	215
Apêndice VII- Mapa de Conflitos UCI	225
Apêndice VIII- Instrumento de Recolha de Dados- Questionário	227
Anexos	
Anexo I- Parecer 14_26 ULS	233

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1- Escala de Práticas relativas ao Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical	89
Tabela 2- Consistência interna, correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Escala de Práticas relativas ao Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical	89
Tabela 3- População e Amostra das Unidades da ULS-NP	93
Tabela 4- Idade	93
Tabela 5- Classes Etárias	94
Tabela 6- Género	95
Tabela 7- Habilitações Académicas	96
Tabela 8- Mestrado	96
Tabela 9- Especialidade	97
Tabela 10- Serviço onde exerce	97
Tabela 11- Projeto "STOP Infecção Hospitalar 2.0."	98
Tabela 12- Tempo de exercício profissional	98
Tabela 13- Classes do Tempo de exercício profissional	99
Tabela 14- Categoria Profissional	100
Tabela 15- Características Sociodemográficas e Profissionais (RESUMO)	101
Tabela 16- Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção	102
Tabela 17- Tipo de formação	102
Tabela 18- Número de horas de formação na área de prevenção e controlo de infeção associada a cateter vesical	103
Tabela 19- Classes do número de horas de formação na área de prevenção e controlo de infeção associada a cateter vesical	104
Tabela 20- Integração no Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)	105
Tabela 21- Conhecimento da existência da norma nº: 019/2015 "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical	106
Tabela 22- Leitura por completo da norma da DGS nº: 019/2015	106
Tabela 23- Número de pontos que compõem o "Feixe de Intervenções" da norma nº: 019/2015	107

Tabela 24- Número de pontos da norma nº: 019/2015 relativos à colocação de cateter vesical	108
Tabela 25- Número de pontos da norma nº: 019/2015 relativos à manutenção de cateter vesical.....	109
Tabela 26- Conhecimento dos critérios para colocação de um cateter vesical	110
Tabela 27- Número de critérios da norma nº: 019/2015 relativos a colocação de um cateter vesical.....	111
Tabela 28- Respostas corretas às questões 5, 6, 7 e 8.1	112
Tabela 29- Conhecimento da existência do projeto “STOP Infecção Hospitalar 2.0”	113
Tabela 30- Nível de aplicação da Norma para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical	115
Tabela 31- Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical: Perspetiva dos Enfermeiros (RESUMO)	115
Tabela 32- Práticas relativas ao Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical	117
Tabela 33- Práticas relativas ao Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical): Respostas corretas.....	119
Tabela 34- <i>Score</i> de nível de conhecimentos.....	120
Tabela 35- Categorias <i>Score</i> de nível de conhecimentos.....	121
Tabela 36- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” com os dois grupos	123
Tabela 37- Relação entre “Número de horas de formação na área de prevenção e controlo de infeção associada a cateter vesical” com os dois grupos	124
Tabela 38- Relação entre as questões sobre o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e a norma nº: 019/2015 com os dois grupos	125
Tabela 39- Relação entre as respostas corretas sobre a norma nº 019/2015 com os dois grupos	126
Tabela 40- Relação entre “Conhecimento da existência do projeto STOP Infecção Hospitalar 2.0” e “Nível de aplicação da norma da DGS nº: 019/2015” com os dois grupos.....	127
Tabela 41- Relação entre o Score de nível de conhecimentos com os dois grupos.....	128
Tabela 42- Relação entre o Score de nível de conhecimentos, em categorias, com os dois grupos.....	129
Tabela 43- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” e o “Score de nível de conhecimentos, em função da idade.....	131

Tabela 44- Teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S).....	131
Tabela 45- Teste de Kruskal-Wallis: Relação entre o “Score de nível de conhecimentos” com a idade.....	132
Tabela 46- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” e o “Score de nível de conhecimentos” em função do género	132
Tabela 47- Teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S).....	133
Tabela 48- Relação entre o “Score de nível de conhecimentos” com o género	133
Tabela 49- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” e o “Score de nível de conhecimentos” , em função das habilitações académicas ..	134
Tabela 50- Teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S).....	135
Tabela 51- Relação entre o “Score de nível de conhecimentos” com as habilitações académicas.....	135
Tabela 52- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” e o “Score de nível de conhecimentos” em função do tempo de exercício profissional	136
Tabela 53- Teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S).....	137
Tabela 54- Relação entre o “Score de nível de conhecimentos” com o tempo de exercício profissional	137
Tabela 55- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” e o “Score de nível de conhecimentos”	138
Tabela 56 - Teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S).....	139
Tabela 57- Relação entre o “Score de nível de conhecimentos” com a categoria profissional	139

Lista de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1- Histograma Idade	94
Gráfico 2- Diagrama Idade	94
Gráfico 3- Classes Etárias.....	95
Gráfico 4- Género	95
Gráfico 5- Habilitações Académicas	96
Gráfico 6- - Projeto "STOP Infecção Hospitalar 2.0."	98
Gráfico 7- Histograma Tempo de exercício profissional	99
Gráfico 8- Diagrama Tempo de exercício profissional	99
Gráfico 9- Classes do Tempo de exercício profissional	100
Gráfico 10- Categoria Profissional	100
Gráfico 11- Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção.....	102
Gráfico 12- Tipo de formação	103
Gráfico 13- Histograma Número de horas de formação na área de prevenção e controlo de infeção associada a cateter vesical.....	103
Gráfico 14- Diagrama Número de horas de formação na área de prevenção e controlo de infeção associada a cateter vesical.....	104
Gráfico 15- Classes do número de horas de formação na área de prevenção e controlo de infeção associada a cateter vesical.....	104
Gráfico 16- Integração no Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA).....	105
Gráfico 17- Conhecimento da existência da norma nº: 019/2015 "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical.....	106
Gráfico 18- Leitura por completo da norma da DGS nº: 019/2015.....	107
Gráfico 19- Número de pontos que compõem o "Feixe de Intervenções" da norma nº: 019/2015	108
Gráfico 20- Número de pontos da norma nº: 019/2015 relativos à colocação de cateter vesical	109
Gráfico 21- Número de pontos da norma nº: 019/2015 relativos à manutenção de cateter vesical	110
Gráfico 22- Conhecimento dos critérios para colocação de um cateter vesical	110

Gráfico 23- Número de critérios da norma nº: 019/2015 relativos a colocação de um cateter vesical.....	111
Gráfico 24- Respostas corretas às questões 5, 6, 7 e 8.1.....	112
Gráfico 25- Conhecimento da existência do projeto “STOP Infecção Hospitalar 2.0”	113
Gráfico 26- Nível de aplicação da Norma para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical	115
Gráfico 27- Práticas relativas ao Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical	118
Gráfico 28- Práticas relativas ao Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical): Respostas corretas	120
Gráfico 29- Histograma Score de nível de conhecimentos	121
Gráfico 30- Diagrama Score de nível de conhecimentos.....	121
Gráfico 31- Categorias <i>Score</i> de nível de conhecimentos	122
Gráfico 32- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” com os dois grupos	123
Gráfico 33- Relação entre “Número de horas de formação na área de prevenção e controlo de infeção associada a cateter vesical” com os dois grupos	124
Gráfico 34- Relação entre as questões sobre o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e a norma nº: 019/2015 com os dois grupos	125
Gráfico 35- Relação entre as respostas corretas sobre a norma nº 019/2015 com os dois grupos	127
Gráfico 36- Relação entre “Conhecimento da existência do projeto STOP Infecção Hospitalar 2.0” e “Nível de aplicação da norma da DGS nº: 019/2015” com os dois grupos.....	128
Gráfico 37- Médias: Relação entre o Score de nível de conhecimentos com os dois grupos	129
Gráfico 38- Relação entre o Score de nível de conhecimentos, em categorias, com os dois grupos.....	130
Gráfico 39- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” e o “Score de nível de conhecimentos” em função da idade	131
Gráfico 40- Gráfico de médias: Relação entre o “Score de nível de conhecimentos” com a idade	132
Gráfico 41- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” e o “Score de nível de conhecimentos” em função do género	133

Gráfico 42- Gráfico de médias: Relação entre o “Score de nível de conhecimentos” com o gênero	134
Gráfico 43- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” e o “Score de nível de conhecimentos” , em função das habilitações académicas ..	135
Gráfico 44- Gráfico de médias: Relação entre o “Score de nível de conhecimentos” com as habilitações académicas.....	136
Gráfico 45- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” e o “Score de nível de conhecimentos” em função do tempo de exercício profissional	137
Gráfico 46- Gráfico de médias: Relação entre o “Score de nível de conhecimentos” com o tempo de exercício profissional.....	138
Gráfico 47- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” e o “Score de nível de conhecimentos”	139
Gráfico 48- Gráfico de médias: Score do nível de conhecimentos em função da categoria profissional	140

Listas de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APA *American Psychological Association*

AVC Acidente Vascular Cerebral

AVD'S Atividades de Vida Diárias

BIS *Bispectral Index System*

CCIRA Comissão de Controlo de Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos

CHTV Centro Hospitalar Tondela- Viseu

CMEMC- EPSC Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

CV Coeficiente de Variação

DGS Direção-Geral de Saúde

DP Desvio Padrão

EAM Enfarte Agudo do Miocárdio

EE Enfermeiro Especialista

EPI Equipamentos de Proteção Individual

ERC *European Resuscitation Council*

ESCID Escala de *Campbel* Modificada

ESSV Escola Superior de Saúde de Viseu

EVA Escala Visual Analógica

FCG Fundação *Calouste Gulbenkian*

GCS *Glasgow Coma Scale*/ Escala de Coma de Glasgow

IACS Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IHI *Institute for Healthcare Improvement*

INEM Instituto Nacional de Emergência Médica

IOT Intubação OroTraqueal

ITU Infecção do Trato Urinário

IUACV Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

K-S Teste de Aderência de *Kolmogorov- Smirnov*

M Média

Max Valores Máximos

MeSH *Medical Subject Headings*

Min Valores Mínimos

NAS *Nursing Activities Score*

PBCI Precauções Básicas de Controlo de Infecção
PCR Paragem Cardiorrespiratória
PEG Gastrostomia Endoscópica Percutânea
PPCIRA Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
PSC Pessoa em Situação Crítica
RASS Escala de *Richmond* de Agitação-Sedação
SAV Suporte Avançado de Vida
SBV Suporte Básico de Vida
SE Sala de Emergência
SIV Suporte Imediato de Vida
SpO2 Saturação Periférica de Oxigénio
SPSS *Statistical Package for the Social Sciences*
STB Secreções TraqueoBrônquicas
SU Serviço de Urgência
SUP Serviço de Urgência Polivalente
TAC Tomografia Axial Computorizada
TCE Traumatismo Crânio- Encefálico
TEV Tromboembolismo Venoso
TISS *Therapeutic Intervention Scoring System*
TPC Tempo de Preenchimento Capilar
TQ Traqueostomia
TVM Trauma Vertebro Medular
UCI Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes
UL-PPCIRA Unidade Local de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
ULS-NP Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal
ULS-VDL Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões
VMER Viatura de Emergência Médica e Reanimação
VMI Ventilação Mecânica Invasiva
VNI Ventilação Mecânica Não Invasiva
VVC Via Verde Coronária

Introdução Geral

A atualização contínua de conhecimentos e o aperfeiçoar de saberes e competências já adquiridos, é uma necessidade constante em Enfermagem.

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (CMEMC- EPSC), constitui um percurso formativo orientado para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais, éticas e investigativas, capacitando os enfermeiros especialistas a serem capazes de intervir, gerir e monitorizar cuidados de saúde de elevada complexidade, contribuindo simultaneamente para o avanço do conhecimento e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. (Escola Superior de Saúde de Viseu, 2024).

Entende-se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 6)

Assim, o presente Relatório Final surge no âmbito da Unidade Curricular de Opção 8- “Estágio com Relatório Final em contexto de Serviço de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos”, integrada no plano de estudos do CMEMC- EPSC, 2ª edição, lecionado pela Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV).

A sua realização resulta da concretização de dois ensinamentos clínicos distintos e complementares, considerados fundamentais para o desenvolvimento de competências especializadas na área da pessoa em situação crítica (PSC). Neste sentido, o presente relatório tem como principal objetivo a análise crítico-reflexiva de todo o processo formativo inerente à aquisição dessas competências comuns e especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A realização destes dois ensinamentos clínicos representou o culminar de uma etapa importante no meu percurso académico e profissional, marcada por desafios, aprendizagens e crescimento pessoal, constituindo uma oportunidade ímpar de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências essenciais no domínio da enfermagem à PSC.

O contacto direto com a pessoa em situação crítica, particularmente em contextos diferenciados como o Serviço de Urgência e a Unidade de Cuidados Intensivos, bem como as atividades aí desenvolvidas, constituíram elementos essenciais para o desenvolvimento de competências nos diferentes domínios da prática de Enfermagem.

O primeiro estágio decorreu no Serviço de Urgência Polivalente e o segundo na Unidade de Cuidados Intensivos, ambos inseridos na Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, proporcionando experiências diferenciadas e enriquecedoras no cuidado à pessoa em contexto de elevada complexidade clínica.

Em termos estruturais, o presente Relatório Final organiza-se em duas partes principais, de forma a assegurar clareza e coerência na exposição dos conteúdos. A primeira parte centra-se na descrição e análise dos dois contextos de estágio: Serviço de Urgência Polivalente e Unidade de Cuidados Intensivos, integrando uma reflexão crítica sobre as competências desenvolvidas ao longo do percurso formativo. Nesta secção são apresentadas as atividades realizadas, articuladas com os objetivos previamente definidos nos projetos de estágio, evidenciando o processo de aquisição e consolidação das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista.

Qualquer investigação tem o seu início com a escolha de um domínio particular de interesse para uma questão de investigação que poderá ser estudada (Fortin, 1999). Assim, a segunda parte corresponde à investigação desenvolvida subordinado ao tema **“Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária associada a Cateter Vesical: Perspetiva dos Enfermeiros”**, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Madalena Cunha, constituindo um contributo para a fundamentação e melhoria da prática clínica baseada na evidência.

A infecção urinária associada ao cateter vesical (IUACV) constitui uma das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) mais prevalentes em contexto hospitalar, representando uma importante causa de morbilidade, aumento do tempo de internamento e acréscimo dos custos em saúde. Trata-se de uma complicação frequentemente evitável, cuja ocorrência está, na maioria dos casos, relacionada com práticas inadequadas ao longo das diferentes fases do cateterismo vesical, nomeadamente na inserção, manutenção e remoção do dispositivo, o que evidencia o papel central dos enfermeiros na prevenção deste tipo de infeção. (DGS, 2022; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2019).

O presente estudo surge da necessidade de avaliar as perspetivas e conhecimentos sobre as práticas de suporte ao feixe de intervenções para a prevenção da IUACV, comparando os serviços com e sem implementação do projeto *STOP Infecção Hospitalar 2.0*.

Mediante o exposto, delineou-se o presente estudo e emergiu a seguinte questão de investigação: **Qual a perspetiva dos enfermeiros acerca do Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical?**

Procurou-se dar resposta a esta questão através de um estudo primário, de natureza quantitativa, descritiva e de corte transversal, pretendendo-se gerar evidência que sustente a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e a segurança do doente, através de intervenções de Enfermagem fundamentadas em boas práticas de controlo de infeção.

Para dar resposta à questão de investigação, foram definidos os seguintes objetivos: como objetivo geral, pretende-se avaliar a perspetiva dos enfermeiros relativamente ao “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, em profissionais a exercer funções em serviços com e sem implementação do projeto “STOP Infecção Hospitalar 2.0.” numa Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal. Como objetivos específicos, pretende-se avaliar o nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre o “Feixe de Intervenções” da Direção-Geral da Saúde para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical, identificar as boas práticas clínicas adotadas na manipulação e manutenção do cateter vesical e comparar a perspetiva dos enfermeiros em função dos serviços com o projeto implementado e dos serviços onde este ainda não foi aplicado.

Este Relatório Final segue os critérios normativos do Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESSV e as referências bibliográficas encontram-se de acordo com as normas da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição.

PARTE I: Estágios em Contexto de Urgência e Cuidados Intensivos

1. Caraterização dos Contextos de Estágio

1.1. Estágio em Serviço de Urgência

Marcado pela intensidade e pela diversidade de situações clínicas, o primeiro estágio foi desenvolvido no serviço de Urgência Polivalente (SUP) da Unidade Local de Saúde de Viseu Dão- Lafões (ULS-VDL), EPE, no período compreendido entre 15 de setembro de 2025 a 14 de novembro de 2025, totalizando 9 semanas e 180 horas de contacto, sendo realizados 23 turnos de 8 horas. Este estágio foi desenvolvido sob a orientação da Professora Doutora Madalena Cunha e com a tutoria das Enfermeiras Especialistas Natália Figueiredo e Carla Almeida, que acompanharam e supervisionaram todo o meu percurso em contexto de estágio no serviço de Urgência. Este estágio foi de extrema importância para o desenvolvimento da minha formação profissional e pessoal, na área, adquirindo e consolidando competências científicas, técnicas, humanas e culturais adequadas à prestação de cuidados de enfermagem especializados em Médico-Cirúrgica.

Este está localizado no 2.º andar do hospital, sendo responsável pela resposta imediata a situações de urgência e emergência e foi alvo de renovação em 2023. O projeto implicou a remodelação de uma área de cerca de 1.449 m², onde estava localizada a antiga urgência, e a construção de um novo edifício. Com esta intervenção, foram duplicadas as áreas de espera e de atendimento, criados espaços diferenciados de acordo com a situação clínica do doente para maior vigilância e acompanhamento pelas diversas especialidades. Outra das alterações prende-se com a separação dos doentes triados como mais ou menos urgentes, com circuitos mais diferenciados desde o posto de triagem até ao atendimento, permitindo assim aumentar a eficiência dos fluxos internos e racionalizar os recursos alocados. Este tem uma afluência diária média de cerca de 250 utentes e referencia uma população direta e indireta de cerca de 500 mil pessoas, da região de Viseu, Guarda e Douro Sul. (*ViseuNow* (2023), “Novas Urgências de Viseu já se encontram em pleno funcionamento”)

A equipa é composta por cerca de 4 médicos residentes, 6 equipas de enfermagem rotativas sendo constituídas por seis chefes de equipa e um enfermeiro com funções de gestão do serviço, num total de cerca de 110 a 115 enfermeiros (cada equipa liderada por um responsável) e entre 60 a 70 assistentes operacionais. A gestão do serviço está a cargo da Enfermeira Especialista Helena Rosário, enquanto a formação em serviço é coordenada pelas Enfermeiras Especialistas Isabel Tavares e Natividade Luís.

O funcionamento diário do SUP organiza-se em três turnos de oito horas:

- Turno da Manhã (08h00 – 16h15) com cerca de 19 enfermeiros;
- Turno da Tarde (16h00 – 00h00) com um número semelhante de elementos;
- Turno da Noite (23h45 – 08h15) com 16 enfermeiros escalados, representando uma redução face aos restantes turnos.

O serviço encontra-se estruturado em diversas áreas de trabalho da equipa de enfermagem, sendo estas:

- Gabinete de Triagem: composta por três unidades individuais de atendimento (apenas dois em funcionamento), assegura a avaliação inicial dos doentes, permitindo o seu encaminhamento, de acordo com as prioridades definidas pela Triagem de *Manchester*, recorrendo ao sistema informático ALERT.;
- Sala de emergência (SE): onde estão alocados 2 enfermeiros (um em permanência e outro de apoio) e com capacidade para 4 doentes, cada unidade disponível equipada com um monitor cardíaco, monitor desfibrilhador, ventilação mecânica, sistema de oxigénio, aspiração, bombas de infusão, carro de material de suporte clínico e farmacológico, prateleiras com material de apoio, entre outros materiais indispensáveis para a prestação de cuidados urgentes e imediatos; Tem também um quarto de isolamento,
- Gabinete de Informações: localizado na sala dos acompanhamentos, em funcionamento das 08h00 às 00h00;
- "Área dos Amarelos": distribuída em 2 gabinetes para doentes independentes ou em cadeira de rodas e outro para doentes em maca com 6 unidades individuais;
- Área de "verdes"/ ortopedia: com 1 maca e 2 cadeirões;
- Área Cirúrgica: distribuída em 2 áreas, sendo elas a Cirurgia com 6 unidades individuais e a Pequena Cirurgia com 2 unidades individuais;
- Área Médica: composta por 16 unidades individuais;
- Sala de Observações: destinada a doentes que precisam de vigilância clínica contínua e estabilização imediata, geralmente durante um curto período de tempo. Com capacidade de 12 camas, incluindo dois quartos de isolamento.
- Unidade de Decisão Clínica : destinada a doentes já estabilizados, mas que necessitam de observação prolongada (até 24 a 48 horas, conforme normas) para se decidir se vão ter alta ou se precisam de internamento. O objetivo é apoiar a decisão médica quanto ao destino do mesmo;
- Áreas não clínicas: armazéns de material clínico, farmácia interna, copa, área de vestiários e instalações sanitárias.

“A enfermagem é uma arte que exige cuidar com o coração, a mente e as mãos”, ensinou Florence Nightingale, cuja dedicação e cuidado transformou a forma de atuar e cuidar das pessoas na saúde. Neste espírito, afirmo que este estágio constituiu uma oportunidade única e profundamente enriquecedora, que me permitiu crescer enquanto profissional e enquanto ser humano, adquirindo e consolidando competências científicas, técnicas, humanas e culturais adequadas à prestação de cuidados de Enfermagem especializados em Médico-Cirúrgica.

1.2. Estágio em Unidade de Cuidados Intensivos

O segundo estágio decorreu no Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), um contexto de elevada complexidade clínica e exigência constante, onde executar decisões rápidas e fundamentadas se aliam à atenção cuidadosa e individualizada a cada doente. Esta experiência complementou e aprofundou o que já havia sido desenvolvido no primeiro estágio, permitindo consolidar ainda mais competências científicas, técnicas, humanas e culturais, fortalecendo o meu pensamento clínico, ético e a capacidade de atuar de forma empática e responsável em situações críticas. Este estágio teve lugar no 3º piso da Unidade Local de Saúde de Viseu Dão Lafões (ULS-VDL), EPE, no período compreendido entre 17 de novembro de 2025 a 30 de janeiro de 2026, totalizando 9 semanas e perfazendo 180 horas de contacto. Este estágio foi realizado sob a orientação da Professora Doutora Teresa Lopes, contando com a tutoria e supervisão das Enfermeiras Especialistas Teresa Andrade e Filipa Costa, que acompanharam todo o meu percurso em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.

A apresentação do serviço decorreu no dia 17 de novembro de 2025, sendo conduzida pela Enfermeira Gestora Elisabete Figueiredo. A gestão deste serviço está a cargo da Enfermeira Elisabete Figueiredo e do Enfermeiro Paulo Carvalho.

Este serviço tem capacidade para 12 doentes: 1 quarto com capacidade para 3 doentes, 2 quartos com capacidade para 2 doentes e 5 quartos individuais. Todos os quartos individuais têm possibilidade de ter pressão positiva/negativa e todos estão sujeitos a sistema de videovigilância, garantindo segurança e monitorização contínua dos doentes.

Cada unidade é composta por uma cama com comando integrado, equipamento de monitorização cardíaca, monitorização hemodinâmica invasiva, ventilador, bombas e seringas de perfusão, bomba de perfusão de nutrição entérica. Cada unidade possui fornecimento de

gases, ventilador, ambu, aspiração de secreções, iluminação e fonte de alimentação dos equipamentos. Capacitado também com material de apoio individualizado, nomeadamente sondas de aspiração de secreções, espátulas de higiene oral, copos descartáveis, seringas de alimentação, clorhexidina a 2% em álcool, solução alcoólica, creme hidratante, luvas, elétrodos, compressas, obturadores de cateter, entre outros materiais.

A UCIP tem capacidade para admitir doentes com todos os tipos de patologias médicas e cirúrgicas de todas as especialidades que apresentem falência de órgão atual ou potencial que possa ser revertida ou controlada. Esta destina-se à vigilância e tratamento de utentes em situação crítica do foro médico-cirúrgico resultante de patologia potencialmente reversível, para isso utilizando meios humanos especializados ou treinados e meios técnicos complexos, sendo caracterizada como uma unidade de internamento autónoma situada em área definida dentro do hospital, que possui normas orientadoras sobre critérios de admissão e alta e regulamentação própria.

O serviço dispõe de equipamento de monitorização cardíaca, monitorização hemodinâmica invasiva, capnografia e ainda meios de suporte ventilatório, bombas e seringas de controlo de administração de fluídos e terapêuticas e equipamento para execução de técnicas de substituição da função renal. A equipa é multidisciplinar, composta por diversos médicos residentes, com acesso facilitado a outros especialistas sempre que necessário. Integra ainda seis equipas de enfermagem, constituídas por cerca de 45 enfermeiros, bem como vários assistentes operacionais. Na unidade existe também a presença regular de outros profissionais que participam na prestação de cuidados, como técnicos de radiologia, fisioterapeutas e nutricionistas.

O funcionamento diário da UCIP organiza-se em 3 turnos de 8h30:

- Turno da manhã (08h00 – 16h30);
- Turno da tarde (16h00 – 00h30);
- Turno da noite (00h00 – 08h30).

As rotinas do serviço apresentam um carácter dinâmico, sendo ajustadas de acordo com a situação e o estado clínico de cada doente, embora sigam uma estrutura base comum em todos os turnos da manhã, tarde e noite. A organização física do serviço, bem como os recursos disponíveis, nomeadamente um computador junto à cabeceira de cada doente, possibilitam a observação direta de cada doente enquanto se consulta o processo clínico e se realizam os registos de Enfermagem, favorecendo um acompanhamento mais próximo, personalizado e holístico.

2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Os ensinamentos clínicos, como complemento à componente teórica, visam concretizar o desenvolvimento de conhecimentos e competências científicas, técnica e relacionais adequadas à prestação de cuidados e à investigação na prática especializada em áreas clínicas específicas de médico-cirúrgica (Guia Orientador de Estágios CMEMC-EPSC- 2ª edição, 2025).

“As competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2011, p.8649). Estas competências são caracterizadas por uma elevada capacidade de liderança, autonomia, tomada de decisão clínica baseada em evidência, desenvolvimento profissional contínuo, comunicação eficaz, trabalho multiprofissional, assim como, promoção da qualidade e segurança dos cuidados prestados. (Gutiérrez-Rodríguez et al., 2022)

O contacto direto com estes dois contextos clínicos são, sem dúvida, um marco fundamental no percurso de qualquer profissional de enfermagem. A realização dos dois estágios proporcionou-me uma oportunidade única de contacto com o doente crítico, permitindo vivenciar situações de grande exigência técnica, científica e relacional, em que relacionei a aplicação rigorosa dos meus conhecimentos teóricos à minha capacidade de tomar decisões rápidas, fundamentadas e éticas, sempre centradas nas necessidades do doente.

No SUP, deparei-me com um ambiente dinâmico e imprevisível, cuja experiência reforçou a importância da observação atenta, da comunicação eficaz e do trabalho em equipa, permitindo-me consolidar competências técnicas aliadas às competências humanas, fundamentais à prática da Enfermagem Médico-Cirúrgica. Para complementar, no serviço de UCIP, a complexidade cresceu, por meio de uma monitorização contínua, dos recursos tecnológicos avançados e da exigência de coordenação multiprofissional. A organização do serviço, facilitou o acompanhamento direto dos doentes, permitindo um cuidado mais próximo, individualizado e holístico. Esta etapa aprofundou a minha capacidade de reflexão crítica, raciocínio clínico e humanização do cuidado, fortalecendo a minha preparação para enfrentar situações complexas com responsabilidade e empatia. Em reflexão, afirmo que cada momento constituiu um verdadeiro desafio e uma oportunidade ímpar de crescimento

profissional e pessoal. Permitiu-me integrar as minhas capacidades práticas de forma consciente, consolidar competências, e desenvolver uma postura mais atenta, ética, humanizada, adquirindo uma sensibilidade e compromisso com cada doente na prestação de cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assim como demonstrou *Florence Nightingale*, durante a Guerra da Crimeia, implementar melhorias na higiene, limpeza e nutrição dos soldados feridos, recorrendo a uma observação atenta e cuidadosa aliada à sensibilidade para intuir as necessidades de cada doente (Ordem dos Enfermeiros, 2013), aprendi que o cuidado exige atenção, adaptação contínua ao contexto e dedicação ética. Inspirada por este legado, sinto-me preparada para atuar de forma competente, empática e reflexiva perante os desafios futuros da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A realização destes estágios foi uma experiência extremamente enriquecedora, permitindo aprofundar a compreensão das dinâmicas de trabalho em equipa multidisciplinar, bem como da organização e gestão dos próprios serviços.

Assim, neste capítulo concretiza-se a análise crítico-reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do EE.

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Durante este percurso formativo, e tendo presente o domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, procurei orientar a minha prática pela prestação de cuidados de Enfermagem seguros, responsáveis e eticamente fundamentado, baseando a minha prática nos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão. Neste sentido, mantive sempre presente o enquadramento legal e deontológico que sustenta o exercício profissional, procurando desenvolver uma capacidade de tomada de decisão sustentada em princípios éticos e normativos.

A minha atuação foi suportada pelo Código Deontológico e pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), bem como por regulamentos e pareceres emitidos pela Ordem dos Enfermeiros e publicados em Diário da República (Ordem dos Enfermeiros, 1996). Estes documentos enquadram as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, assim como orientações relacionadas com dotações seguras e a prestação de cuidados de elevada complexidade.

Segundo o Ordem dos Enfermeiros no Código Deontológico do Enfermeiro, “o enfermeiro deve atuar de forma a garantir a segurança, a qualidade e a dignidade dos cuidados prestados”, reforçando a importância de respeitar a autonomia do doente e a confidencialidade

dos dados clínicos (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Este documento dá ênfase, igualmente, à atuação do profissional em enfermagem. O enfermeiro deve “exercer apenas atos para os quais está qualificado” e “manter competências atualizadas”, garantindo, deste modo, uma prática segura e baseada nas evidências científicas atuais (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

O REPE especifica que as competências dos profissionais de enfermagem incluem a avaliação do doente, a intervenção e a monitorização rigorosa em situações de complexidade elevada, assim como a responsabilidade de “assegurar dotações seguras de recursos humanos, materiais e tecnológicos” para garantir a segurança do doente (Diário da República, 2016). Este regulamento reforça também que a prestação de cuidados complexos deve ser realizada de forma autónoma e sempre responsável, respeitando todos os protocolos clínicos e as boas práticas profissionais (Diário da República, 2016).

Os regulamentos de autoria da Ordem dos Enfermeiros formulam e indicam competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, focando-se na coordenação das equipas de enfermagem, da implementação de protocolos clínicos complexos e da capacidade de tomar decisões em contexto crítico, assegurando sempre a conformidade com as normas éticas e legais (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Em síntese, a consolidação das competências profissionais passa inevitavelmente pela conjugação da prática técnica com a sólida fundamentação legal e ética. A minha atuação sempre se pautou por este princípio, garantindo cuidados de qualidade e segurança ao doente, em pleno respeito pelas normas da profissão e pelos valores deontológicos que orientam a enfermagem. O enfermeiro, no seu exercício, assume o dever de: cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa (artigo nº 102.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 e alterado pela Lei n.º 8/2024). Este enfoque ético-legal constitui, assim, um alicerce indispensável para a prática especializada, garantindo não apenas a excelência técnica, mas também a dignidade, autonomia e direitos do doente como centro da intervenção de enfermagem.

Competências Adquiridas/ Aperfeiçoadas (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

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

2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

No âmbito da melhoria contínua da qualidade em contexto de estágio no Serviço de Urgência, tive a oportunidade de colaborar com as minhas colegas de estágio, num grupo constituído por seis elementos, na elaboração de uma Proposta de Protocolo de Febre (Apêndice I), direcionada para a abordagem da pessoa com febre em contexto de triagem.

Este Protocolo baseou-se na análise e adaptação do Protocolo de Febre da Unidade Local de Saúde de São João, tendo sido ajustado à realidade do serviço da ULS-VDL, com suporte na evidência científica mais recente. A proposta desenvolvida incluiu a construção de um fluxograma de atuação, concebido como instrumento de apoio à decisão clínica, permitindo orientar de forma estruturada e sistematizada a avaliação e priorização do doente com febre no momento da triagem. Este instrumento visa facilitar a identificação precoce de sinais de gravidade, uniformizar procedimentos entre profissionais de Enfermagem e promover uma resposta mais célere, segura e fundamentada.

A elaboração deste protocolo possibilitou identificar a necessidade de padronização de práticas, bem como refletir criticamente sobre os processos existentes, contribuindo para o desenvolvimento de competências na conceção, implementação e partilha de ferramentas clínicas. Assim, este Protocolo revelou-se um contributo relevante para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados em SU, particularmente no âmbito da aplicação da Triagem de *Manchester* e da gestão eficiente dos doentes em contexto de SU.

Desenvolvi, em ambos os estágios, vários estudos de caso, reconhecendo-os como uma ferramenta essencial na prática e na formação em saúde, ao permitirem a análise estruturada de situações reais, a integração de conhecimentos teóricos e o desenvolvimento do raciocínio clínico. Através da descrição detalhada da história clínica, avaliação objetiva, exames complementares, evolução e encaminhamento, torna-se possível compreender a complexidade das decisões em contexto de urgência e emergência e em contexto de UCI. (Apêndices II, III e IV)

Sendo a formação contínua uma preocupação pessoal, em colaboração com uma colega também a realizar estágio em Unidade de Cuidados Intensivos, desenvolvemos um trabalho subordinado ao tema “Gestão de Conflitos na Equipa Multidisciplinar”. A escolha deste tema revelou-se particularmente pertinente, atendendo à especificidade do contexto da UCI, caracterizado pela elevada complexidade dos cuidados, pela prestação de cuidados a doentes críticos e pela vivência diária de situações de elevado *stress* e pressão, envolvendo diferentes profissionais de saúde numa equipa multidisciplinar alargada.

O projeto incluiu a concepção e desenvolvimento de diversos materiais de apoio, nomeadamente um documento informativo em formato *Microsoft Word*® (Apêndice V), uma apresentação em formato *Microsoft Power Point*® (Apêndice VI) e a elaboração de um “Mapa de Conflitos” (Apêndice VII) que foi impresso, plastificado e disponibilizado no serviço, garantindo acessibilidade permanente e possibilidade de higienização, constituindo um recurso prático de consulta e apoio a toda a equipa, concebido como uma ferramenta prática de apoio à identificação precoce e à gestão eficaz de situações de conflito e stress no contexto interdisciplinar.

A intervenção foi apresentada à equipa multidisciplinar em três momentos distintos, nos dias 29 e 30 de janeiro de 2026 e no dia 4 de fevereiro de 2026, de forma a atingir a maioria da equipa multidisciplinar. Cada sessão teve uma duração média de duas horas, permitindo a partilha de conhecimentos e a reflexão conjunta sobre estratégias de gestão de conflitos.

A iniciativa foi recebida de forma muito positiva pelas Enfermeiras Tutoras e pela Enfermeira Gestora do serviço, que reconheceram a relevância do tema e do projeto para a promoção de um ambiente de trabalho mais seguro, colaborativo e harmonioso.

Deste modo, considera-se que a implementação deste projeto de intervenção contribuiu para a sensibilização da equipa para a importância da gestão adequada de conflitos no contexto interdisciplinar, promovendo a reflexão sobre práticas relacionais e reforçando a cooperação entre os diferentes profissionais. Paralelamente, potenciou o desenvolvimento de competências na área da formação em contexto clínico e da dinamização de estratégias de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Competências Adquiridas/ Aperfeiçoadas (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

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

2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

Para adquirir as competências deste domínio é indispensável que cada um de nós tenha a capacidade de gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados.

No decorrer do estágio em SU tive a oportunidade de acompanhar a Enfermeira Isabel Tavares num turno como enfermeira responsável, verificando que o enfermeiro responsável assume o papel de *team leader*, sendo responsável pela coordenação e gestão global de todo o serviço. Este papel implica, não só a supervisão dos cuidados prestados, mas também a gestão de recursos materiais, humanos e técnicos, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados, assim como a gestão de conflitos internos.

Durante este acompanhamento, pude observar e colaborar na verificação dos carrinhos de emergência, controlo de stocks de material clínico e medicação, bem como na reposição de consumíveis, assegurando a sua operacionalidade. Estas tarefas permitiram-me compreender a importância da gestão preventiva de recursos, evitando ruturas de stocks que possam comprometer a resposta em situações críticas. Participei também nas passagens de turno, o que me proporcionou uma visão global da dinâmica do serviço, da distribuição das tarefas e da importância da comunicação eficaz entre turnos. Esta experiência permitiu aprofundar a compreensão sobre a coordenação eficiente de cuidados e recursos, evidenciando como uma organização adequada contribui diretamente para a segurança do doente e para a eficiência do serviço de Enfermagem.

No contexto de estágio em UCIP, foi-me possível verificar e colaborar na gestão de cada turno e o planeamento dos recursos humanos que se encontra alinhado com as recomendações para unidades de cuidados intensivos, nomeadamente no que se refere ao rácio enfermeiro/doente, que prevê, no máximo, dois doentes por enfermeiro. Este dimensionamento tem em consideração não apenas o número de doentes internados, mas também a complexidade da sua situação clínica e a intensidade dos cuidados necessários.

A Ordem dos Enfermeiros (2019a) recomenda que, tendo em conta as orientações das dotações seguras, devem ser utilizados os rácios enfermeiro/ doente de acordo com a tipologia de cada UCI e da sua necessidade clínica. Assim, no caso específico da UCIP da ULS-VDL, sendo uma unidade de nível III, recomenda o rácio de 1 enfermeiro para 1 doente. Recomenda ainda que, da equipa de enfermagem, 50% sejam Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de preferência na área Pessoa em Situação Crítica, em permanência em cada turno e nas 24 horas. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Para apoiar esta gestão, é utilizada a ferramenta validada para a população portuguesa TISS-28 (*Therapeutic Intervention Scoring System-28*), que consiste num instrumento utilizado para avaliar a gravidade do doente crítico e a carga de trabalho de enfermagem nas UCI. Este sistema foi desenvolvido em 1974 e posteriormente revisto em 1983, baseando-se na quantificação das intervenções terapêuticas de acordo com a sua complexidade, grau de invasividade e tempo despendido pela equipa de enfermagem na prestação de cuidados ao doente crítico (Padilha et al., 2005).

Com o objetivo de tornar o instrumento mais simples e adequado à avaliação da carga de trabalho de enfermagem, foi realizada uma reformulação significativa que originou a versão simplificada designada TISS-28, composta por 28 intervenções terapêuticas representativas dos cuidados prestados em unidades de cuidados intensivos (Padilha et al., 2005). Durante o período de estágio, tive oportunidade de participar no preenchimento desta ferramenta, experiência que se revelou particularmente relevante para a compreensão da sua aplicação prática na gestão dos cuidados e na monitorização da carga de trabalho da equipa de enfermagem.

A organização e gestão dos recursos de enfermagem na unidade eram realizadas diariamente, tendo em consideração os resultados obtidos através do TISS-28, bem como a situação clínica dos doentes e as necessidades de cuidados identificadas. Este processo era desenvolvido em consonância com as orientações da Ordem dos Enfermeiros e do Ministério da Saúde, bem como com os princípios associados às dotações seguras em Enfermagem.

Relativamente à metodologia de trabalho, era adotado o método individual, sendo atribuídos a cada enfermeiro dois doentes sob a sua responsabilidade, situação que se mantinha de forma consistente ao longo dos diferentes turnos (manhã, tarde e noite). Esta organização permitia assegurar maior continuidade e individualização dos cuidados, promovendo uma vigilância clínica mais próxima e uma resposta mais célere às necessidades dos doentes críticos.

Tendo em conta o explanado, embora não tenha tido a oportunidade de exercer funções de gestão, considero que a observação e análise crítica dos pressupostos acima descritos, possibilitou o desenvolvimento das competências propostas. Tendo em conta a análise crítica realizada, considero ter adquirido/ aperfeiçoado as competências abaixo descritas.

Competências Adquiridas/ Aperfeiçoadas (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

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

2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A aquisição destas competências assentou fundamentalmente na análise e reflexão contínua sobre o meu desempenho na prática clínica diária, em contexto de SU e UCI, bem como no planeamento e desenvolvimento de intervenções. Para tal, revelou-se essencial a realização de pesquisa bibliográfica e a exploração diária de temáticas relacionadas com a abordagem à pessoa em situação crítica (PSC), promovendo uma prática sustentada na melhor evidência científica disponível.

A reflexão sistemática sobre a prática clínica e sobre os diferentes casos clínicos acompanhados constituiu um elemento central neste processo, permitindo uma compreensão mais aprofundada dos cuidados prestados e das metodologias de trabalho adotadas. A comparação entre a realidade dos cuidados e as guidelines mais recentes possibilitou a fundamentação científica das intervenções realizadas, orientando a prática para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Ao longo dos estágios, procurei aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem, evidenciando proatividade, espírito de iniciativa e uma autonomia progressiva, sempre sustentada na validação das decisões junto dos Enfermeiros Tutores, no esclarecimento de dúvidas e na reflexão crítica sobre a prática desenvolvida.

Este percurso contribuiu não só para a consolidação de competências técnicas, organizacionais e relacionais, mas também para o desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva sobre a minha prática enquanto pessoa e enfermeira.

Através do registo sistemático das experiências e da análise estruturada das situações vivenciadas, foi possível promover o autoconhecimento, reconhecer pontos fortes como a capacidade de adaptação, a motivação para a aprendizagem e a postura proativa e identificar áreas a desenvolver.

A reflexão contínua, aliada à observação de profissionais mais experientes e à procura ativa de conhecimento, permitiu trabalhar estas áreas, promovendo uma evolução consistente. Assim, considero que este processo contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento de uma elevada consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, bem como para o

fortalecimento do autoconhecimento e da assertividade, refletindo-se numa prática mais segura, fundamentada e alinhada com as competências do Enfermeiro Especialista.

Tendo em conta a análise crítica realizada, considero ter adquirido/ aperfeiçoado as competências abaixo descritas.

Competências Adquiridas/ Aperfeiçoadas (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

- Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.
- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.
- Suporta a prática clínica na investigação, em evidência científica e no conhecimento, na área da especialidade.

3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

As competências específicas dos EE em EPSC publicadas no Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro (2011, p. 8656) são as seguintes:

- a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação;
- c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

A definição de objetivos orientados para o desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista revelou-se essencial, na medida em que permitiu estruturar e orientar o meu percurso de aprendizagem, tendo por base as necessidades individuais de desenvolvimento identificadas. As competências específicas são igualmente centrais, pois permitem o papel clínico e técnico do Enfermeiro Especialista nesta área, desde o cuidado direto ao doente e suas famílias até à gestão do ambiente e prevenção de riscos sistémicos como a prevenção de infeções.

Assim, neste capítulo concretiza-se a análise crítico-reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EEEMC, na área da enfermagem à PSC.

3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Durante ambos os estágios pautei a minha ação na comunicação com o doente/família, como preconizado no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018, a respeito das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, que, no seu artigo 2.º, “a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; b) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” (p. 19359). Procurei aliviar o sofrimento do doente, “maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (artigo 4.º, Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018, p. 19360), estabelecendo e desenvolvendo, deste modo, uma relação terapêutica com o doente e sua família em situação crítica, respeitando as suas crenças e culturas.

Esclareci, do mesmo modo, quaisquer dúvidas, medos e anseios. Através desta prática desenvolvi e consolidei as minhas capacidades e habilidades comunicacionais em situações de *stress* e habilidades relacionais na comunicação de más notícias.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, internada em UCI frequentemente sedada, analgesiada e, em alguns casos, curarizada, exigiu uma abordagem holística, centrada não apenas na monitorização rigorosa dos parâmetros fisiológicos, mas também na salvaguarda da dignidade, conforto e segurança do doente. A atuação junto destes doentes implicou uma atenção permanente à adequação da sedoanalgesia, à prevenção de complicações associadas à imobilidade prolongada, à vigilância neurológica e à comunicação constante com a equipa multidisciplinar, assegurando uma resposta integrada e ajustada à evolução clínica. Paralelamente, o cuidado estendeu-se à família, reconhecendo o seu papel central no processo de doença crítica e a necessidade de apoio emocional, informação clara e presença terapêutica, em contextos de elevada incerteza e elevado sofrimento.

Pude prestar cuidados especializados a doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva (VMI) e não invasiva (VNI), adquirindo competências essenciais na monitorização e assistência respiratória de pacientes críticos.

É importante referir que a manutenção de um nível adequado de sedação assume um papel fundamental na qualidade dos cuidados prestados em contexto de UCI, tornando indispensável a sua monitorização contínua. Neste serviço, essa avaliação é realizada através da escala de RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*/ Escala de Agitação e Sedação de Richmond) que permite uma apreciação sistemática do estado de sedação do doente. (Sessler et al., 2002)

Complementarmente, o grau de sedação pode ser monitorizado através do Índice Bispectral (*Bispectral Index System*, BIS), um método que possibilita a avaliação objetiva do nível de sedação com base na atividade eletroencefalográfica. O BIS é obtido pela captura do sinal do eletroencefalograma (EEG) por meio de elétrodos colocados na testa do doente. O valor do BIS é representado em uma escala que varia de 0 a 100, onde valores de 90 a 100 correspondem a um estado desperto; 70 a 90 indicam sedação leve a moderada; 60 a 70 refletem anestesia superficial; 40 a 60 são típicos de anestesia adequada para pacientes sob ventilação mecânica; e 0 a 39 indicam anestesia profunda (Dos Santos et al., 2023)

Ao longo do estágio em contexto de UCI, tive a oportunidade de desenvolver e consolidar competências na avaliação da dor na pessoa em situação crítica, nomeadamente em doentes ventilados, sob sedação e analgesia.

Consegui atingir o objetivo proposto, evidenciando a aquisição de conhecimentos e a sua aplicação na prática clínica, através da utilização adequada de instrumentos validados, como a Escala de *Campbell* Modificada (ESCID) em doentes não comunicativos submetidos a ventilação mecânica, e a Escala Visual Analógica (EVA) em doentes conscientes e colaboradores. Demonstrou-se igualmente a compreensão da importância da avaliação sistemática da dor como indicador de qualidade dos cuidados, bem como da sua periodicidade, garantindo a realização da primeira avaliação na primeira hora após admissão e a monitorização contínua de acordo com a situação clínica do doente. Desta forma, considero ter consolidado a aprendizagem nesta área, desenvolvendo a competência específica de “cuidar da pessoa em situação crítica”, assegurando uma abordagem centrada no controlo eficaz da dor e no conforto do doente, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Durante também o estágio em UCI, pude acompanhar doentes com potencial para doação de órgãos, bem como situações de possível dador, o que constituiu uma experiência particularmente relevante para o desenvolvimento desta competência.

Em Portugal, desde 1993, a legislação admite a possibilidade de colheita de órgãos em doentes em morte cerebral, conforme previsto na Lei n.º 12/93, de 22 de abril, republicada em anexo à Lei n.º 22/2007, de 29 de junho, tendo a Declaração da Ordem dos Médicos, publicada no Diário da República, 1.ª série-B, n.º 235, de 11 de outubro de 1994, fixado os critérios e regras de semiologia médico-legal de verificação da morte cerebral. (Ministério da Saúde, 2013)

É importante referir a diferença entre estes dois conceitos, que muitas vezes se confundem, uma vez que, embora relacionados, apresentam definições e implicações distintas:

- Possível dador: doente com uma situação ou lesão neurológica devastadora, ou um doente com falência circulatória, que aparentemente é medicamente adequado para doação de órgãos;
- Potencial dador: doente cuja situação clínica é suspeita de preencher critérios de morte cerebral

(Guide to the Quality and Safety of Organs for Transplantation, 6th Edition, glossary, pág.302, 2016)

Foi possível observar o processo de diagnóstico de morte cerebral, realizado de acordo com os critérios legais e clínicos em vigor, com os seguintes critérios de metodologia: 1) Realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas com intervalo adequado à situação clínica e à idade; 2) Realização de exames complementares de diagnóstico, sempre que for considerado necessário; 3) A execução das provas de morte cerebral por dois médicos especialistas (em neurologia, neurocirurgia ou com experiência de cuidados intensivos); 4) Nenhum dos médicos que executa as provas poderá pertencer a equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e pelo menos um não deverá pertencer à unidade ou serviço em que o doente esteja internado. (Lei n.º 12/93, de 22 de abril, 1993)

Acompanhar estas situações permitiu-me compreender a complexidade técnica, ética e humana associada ao fim de vida em contexto de UCI, bem como a importância do cuidado contínuo à pessoa, mesmo após a confirmação de morte cerebral, e do acompanhamento sensível e empático de toda a família ao longo de todo o processo.

Adicionalmente, procurei ativamente consultar os protocolos terapêuticos específicos da UCIP, com o objetivo de aprofundar conhecimentos e otimizar a sua aplicação. Esta abordagem permitiu-me desenvolver competências na implementação, cumprimento e monitorização de protocolos, incluindo insulinoterapia e controlo da glicémia, nutrição entérica, gestão de vômitos e regurgitação, diarreia, obstipação e controlo da dor. Assumi uma aprendizagem progressiva na execução de protocolos terapêuticos complexos, reconhecendo o papel autónomo do enfermeiro na UCIP na sua aplicação. A monitorização e avaliação contínuas da implementação destes protocolos revelaram-se fundamentais, garantindo a vigilância constante do doente e prevenindo possíveis incidentes críticos que pudessem comprometer a sua segurança e integridade.

Esta vivência contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento da minha capacidade de “cuidar da pessoa e da família em contextos de doença crítica”, promovendo uma prática profissional mais consciente, humanizada e alinhada com os princípios éticos e deontológicos da enfermagem especializada.

Durante o estágio em contexto de SU, tive a oportunidade de acompanhar e intervir em múltiplas situações de abordagem ao doente crítico, nomeadamente no âmbito das Vias Verdes, incluindo Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC), Coronária e Trauma. Estas experiências revelaram-se fundamentais para a consolidação de

competências essenciais na prestação de cuidados diferenciados e atempados ao doente em situação crítica.

No âmbito da Via Verde AVC, numa fase inicial, observei o circuito de atendimento, tendo posteriormente assumido um papel progressivamente mais ativo na abordagem ao doente e na preparação de todo o material necessário, contribuindo para a otimização dos tempos de resposta, nomeadamente na redução do tempo porta-agulha, conforme preconizado nas orientações da Direção-Geral da Saúde (2017). Participei na preparação do doente para a realização de Tomografia Axial Computorizada Crânio-Encefálica (TAC-CE), na administração de terapêutica trombolítica com alteplase em situações de AVC isquémico e na monitorização hemodinâmica rigorosa, de acordo com os protocolos instituídos (de 15/15 min na 1ª hora e posteriormente de 30/30 min). Em alguns casos a fibrinólise iniciou-se logo na TAC, evidenciando a necessidade da sua iniciação da forma mais atempada para melhores resultados. Colaborei ainda na preparação e referenciação de doentes para trombectomia em centros especializados, como por exemplo Coimbra.

Relativamente à Via Verde Coronária (VVC), participei igualmente na abordagem ao doente crítico com síndrome coronária aguda, de acordo com as recomendações da Direção-Geral da Saúde (2020), incluindo situações que deram origem à elaboração de um estudo de caso. Em contexto de estágio em SU e no âmbito da VVC, prestei cuidados a doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e pude acompanhar até à sala de hemodinâmica, tendo-me sido dada a oportunidade de assistir a uma angioplastia com colocação de *stents*. A evidência científica confirma que, nos casos de EAM com supra-ST, a Intervenção Coronária Percutânea ou cateterismo cardíaco de emergência deve ser realizada idealmente dentro de 90 a 120 minutos após o admissão, sendo este o fator prognóstico mais determinante na redução da mortalidade e da disfunção ventricular (ESC, 2023; Bhatt et al., 2022).

É definido segunda a norma da Direção Geral de Saúde (DGS) de 2025 que é “Caso Suspeito Via Verde Coronária, todo o indivíduo que contacte o sistema de saúde com presença de dor torácica não traumática, tipicamente retrosternal, tipo opressiva, com irradiação para epigastro e/ou região submentoniana e/ou membro superior (geralmente esquerdo) e/ou dorsal, persistente (duração > 15 min), ou outros sintomas equivalentes, como síncope, dispneia, paragem cardiorrespiratória ou outros sinais relevantes” (Norma nº 003/2025, DGS, 2025).

É também descrito nesta norma da DGS que “a unidade de saúde com capacidade de intervenção coronária deve implementar procedimentos internos para assegurar o transporte direto do Caso Confirmado VVC para a sala de hemodinâmica, evitando o circuito do serviço de urgência, exceto quando o doente necessita de estabilização urgente à chegada”, neste caso em concreto o doente já estava em contexto de urgência e após início de sintomas foi de imediato para a SE e foram realizadas todos os procedimentos de protocolo VVC, sendo encaminhado após confirmação com ECG do EAM para o serviço de hemodinâmica.

Considero assim que, neste caso em concreto, a atuação foi rápida e bem executada, sendo que “o objetivo da VVC é a redução do tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento. Este intervalo é em grande parte determinado pelo período entre o início dos sintomas e o primeiro contacto médico. É justamente nas primeiras horas de EAM que ocorrem muitas das complicações fatais, em particular a fibrilhação ventricular.

O reconhecimento precoce dos sintomas e sinais de EAM pelo doente ou seu acompanhante é, assim, fundamental” (Norma nº 003/2025, DGS, 2025). Este caso clínico evidenciou a importância de uma avaliação sistematizada e contínua, bem como da intervenção de enfermagem rápida e fundamentada, articulada com uma colaboração multidisciplinar eficaz, fatores determinantes para garantir a estabilização inicial do doente com enfarte agudo do miocárdio e assegurar a preparação segura e atempada para o cateterismo de emergência.

No âmbito do trauma, acompanhei a abordagem sistematizada ao doente politraumatizado, com base na avaliação primária segundo a abordagem ABCDE, conforme as orientações do *European Resuscitation Council* (2021), garantindo a identificação precoce de situações de risco iminente de vida.

Estas experiências permitiram reforçar a importância da atuação célere e estruturada, da monitorização contínua e da comunicação eficaz no seio da equipa multidisciplinar, fundamentais na abordagem ao doente crítico em contexto de urgência. Simultaneamente, contribuíram para o aprofundamento de conhecimentos relacionados com protocolos de atuação e estratégias de reperfusão, assegurando uma prática segura e baseada na evidência.

No que concerne à utilização de sistemas de informação, evidenciei uma adaptação rápida, conseguindo, após um período inicial de integração, realizar registos clínicos completos e rigorosos, com recurso à abordagem sistematizada “ABCDE” no contexto de SU.

Globalmente, considero ter consolidado competências específicas essenciais à prestação de cuidados de enfermagem seguros, eficazes e diferenciados ao doente crítico.

3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

Durante o período de estágio em SU e UCI não se verificaram situações de catástrofe, incidente *major* ou emergência excecional que exigissem a ativação plena de planos de resposta. Contudo, num contexto de contingência real associado ao agravamento da situação epidemiológica sazonal, foi possível desenvolver e consolidar esta competência através de uma abordagem proativa, preventiva e integrada, articulando o conhecimento normativo com a prática clínica, em contexto de estágio em UCI.

Neste sentido, procedi à consulta e análise do Plano de Emergência e Catástrofe da ULS-VDL, bem como do Plano para a Resposta Sazonal em Saúde – Módulo Inverno, publicado pela Direção- Geral da Saúde em 2025, que define os níveis de contingência e as respetivas medidas de resposta face à circulação de vírus respiratórios e ao seu impacto nos serviços de saúde (DGS, 2025). Estes níveis variam de acordo com a gravidade da situação epidemiológica e a pressão assistencial, permitindo uma resposta faseada, estruturada e ajustada à capacidade de resposta das instituições de saúde.

No decurso do estágio em UCI, a ULS-VDL encontrava-se inicialmente em nível 2 do plano de contingência para a gripe, tendo posteriormente evoluído para o nível 3, correspondente a um agravamento significativo da situação epidemiológica, associado ao aumento das infeções respiratórias na comunidade. A ativação do nível 3 implicou o reforço da resposta assistencial, particularmente nos Cuidados de Saúde Primários, com extensão de horários, reforço de equipas para o atendimento de situações agudas, articulação com a linha do Sistema Nacional de Saúde 24 e integração funcional com os Serviços de Urgência, com o objetivo de mitigar o impacto do aumento da procura e garantir a continuidade, acessibilidade e segurança dos cuidados prestados.

A análise destes documentos permitiu-me compreender a organização da resposta institucional, os fluxos de comunicação e a articulação entre os diferentes níveis de cuidados, bem como o papel dos profissionais de enfermagem em contextos de contingência, exceção e emergência em saúde pública. Esta compreensão foi reforçada pela vivência prática durante o estágio, através da adaptação diária às medidas implementadas, nomeadamente o reforço das estratégias de prevenção e controlo da

infecção, a utilização sistemática de equipamentos de proteção individual (EPI), incluindo máscara, e a adequação das práticas assistenciais ao contexto epidemiológico vigente. A integração entre o conhecimento normativo e a prática clínica revelou-se fundamental para a consolidação desta competência, preparando-me para uma atuação mais consciente, estruturada e eficaz em contextos de emergência, exceção ou catástrofe.

Durante ambos os estágios, procurei também atualizar, aprofundar e aplicar os meus conhecimentos em SAV e SBV, consultando as últimas diretrizes publicadas no ano de 2025 pelo *European Resuscitation Council* (ERC). Esta abordagem permitiu-me conseguir colaborar na estabilização de doentes críticos, participando de forma atenta em procedimentos de suporte avançado e em situações de emergência, exceção e catástrofe.

Em cada ocorrência de episódios críticos, assegurei que a minha intervenção estivesse alinhada com as *guidelines* mais recentes, desde a avaliação inicial até à execução de medidas avançadas especializadas, garantindo, desta maneira, uma atuação segura, eficaz e baseada na evidência científica mais atualizada. Por conseguinte, foi-me possível dinamizar a resposta da equipa e integrar o conhecimento científico na prática clínica, reforçando a minha capacidade de tomar decisões rápidas e fundamentadas em contextos de elevada pressão, *stress* e risco.

Uma experiência particularmente marcante que tive a oportunidade de participar foi numa emergência interna, aquando da realização de estágio em SU, tendo havido a possibilidade e necessidade de colaborar e assistir numa paragem cardiorrespiratória no serviço de Pneumologia, onde pude observar de perto a coordenação e o papel de cada elemento da equipa multidisciplinar no contexto de PCR e Suporte Avançado de Vida (SAV). Este momento reforçou em mim o respeito pela organização, pela rapidez de resposta e pela importância do trabalho em equipa nas situações de maior criticidade.

Não obstante não se terem verificado situações de emergência multivítimas, exceção ou catástrofe durante os períodos de estágio, a vivência de momentos de sobrelotação, nomeadamente na sala de emergência ou outras áreas do SU, permitiu compreender as dificuldades existentes inerentes à gestão da prestação de cuidados, bem como à necessidade urgente de organização e otimização dos recursos humanos e materiais nestes contextos.

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

Este objetivo prende-se com a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, bem como da resistência aos antimicrobianos, reconhecendo-se este domínio como fundamental na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, frequentemente sujeita à utilização de múltiplos dispositivos invasivos, à terapêutica antimicrobiana prolongada e a estados de imunossupressão decorrentes da sua condição clínica. Neste sentido, ao longo de todo o estágio em SU e em UCI, procurei pautar a minha atuação pela adoção sistemática das melhores práticas de prevenção da infeção, sustentadas na evidência científica e numa reflexão crítica contínua e diária. Como atividade estruturante para o desenvolvimento desta competência, destaco a leitura, numa fase inicial de ambos os estágios do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), atualizado pelo Despacho n.º 10901/2022 que visa reduzir as IACS e a resistência a antibióticos em Portugal, enquanto documento orientador de referência nesta área. Ao nível do serviço, procedi igualmente à consulta e análise dos protocolos institucionais de prevenção e controlo da infeção em vigor na unidade, o que permitiu estabelecer paralelismos com as recomendações nacionais e compreender a sua operacionalização na prática clínica diária. Contudo, reconhecendo que a leitura isolada destes documentos não é suficiente para o desenvolvimento efetivo da competência, a reflexão crítica sobre a prática revelou-se determinante para uma atuação alinhada com o perfil de um EE.

Relativamente à prevenção das IACS, enquanto indicador de qualidade dos cuidados prestados, procedi, durante ambos os estágios, a uma atuação em conformidade com as normas de Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), de acordo com as orientações da Direção-Geral da Saúde (2013) e com o PPCIRA. Este programa tem como principais objetivos a redução da incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência adquirida, conforme definido no Despacho n.º 10901/2022.

Garanti o cumprimento das medidas de controlo da cadeia de transmissão, com especial enfoque na adesão aos cinco momentos da higiene das mãos. Recorri de forma criteriosa aos EPI's, salvaguardando a minha segurança e a dos doentes. A preparação

antecipada das intervenções revelou-se determinante para assegurar respostas eficazes, atempadas e ajustadas à elevada complexidade clínica característica deste contexto.

Durante os estágios, considerei adequadas as condições disponibilizadas pela ULSVDL, tanto no serviço de SU como de UCI, para a prevenção da infeção.

Nestes contextos, a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde assume particular relevância, dada a elevada exposição da pessoa em situação crítica a dispositivos invasivos. Deste modo, toda a minha prática clínica foi sustentada pela adesão rigorosa aos feixes de intervenções ou *bundles* preconizados pela DGS, nomeadamente o “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico; “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central; “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical e “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação, todos na sua versão mais recente, atualizada em agosto de 2022 (DGS, 2022).

O “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico integra um conjunto de medidas que devem ser aplicadas de forma sistemática ao longo de todo o processo cirúrgico. Inclui intervenções no período pré-operatório, como a correta preparação do doente e a administração adequada da profilaxia antibiótica, garantindo que esta é realizada no “tempo recomendado”. No período intraoperatório, contempla a manutenção da “normotermia”, do “controlo glicémico” e de uma adequada oxigenação, bem como o cumprimento rigoroso das técnicas asséticas. No pós-operatório, neste caso já em UCI, prevê a vigilância contínua do local cirúrgico e a realização de pensos com técnica assética, com o objetivo de reduzir o risco de infeção associada ao procedimento cirúrgico (DGS, 2022).

O “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central baseia-se na aplicação integrada de medidas durante a inserção e a manutenção do dispositivo. Durante a inserção, destaca-se a realização da “higiene das mãos”, a utilização de “barreira de proteção máxima”, a “antisepsia da pele com clorexidina a 2% em álcool” e a seleção do local de inserção com menor risco de infeção, “evitando o acesso femoral”. Na fase de manutenção, o feixe contempla a manipulação assética do cateter, a “desinfeção dos pontos de acesso”, a realização correta dos pensos, sendo que este deve ser substituído sempre que se verifique qualquer uma das seguintes situações: quando estiver visivelmente sujo, com presença de sangue ou descolado da pele (Categoria IB); no caso de pensos com compressa, até 48 horas após a sua 2ª colocação (Categoria II); e nos pensos transparentes, 7 dias após a sua realização (Categoria IB) e a “avaliação diária da necessidade de manutenção do cateter”, procedendo-se à sua remoção sempre que deixe de ser

cl clinicamente necessário (DGS, 2022). Durante ambos os estágios, tive a possibilidade e oportunidade de colaborar com a equipa médica na sua colocação de cateteres venosos centrais, assegurando a preparação de todo o material necessário e o cumprimento rigoroso das medidas preconizadas descritas anteriormente, contribuindo para a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.

O “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical assenta na utilização do cateter vesical apenas quando “estritamente indicado” e pelo menor tempo possível. Inclui a inserção do cateter com técnica assética, a manutenção de um “sistema fechado de drenagem” e a correta fixação do dispositivo, assegurando que o saco coletor se encontra abaixo do nível da bexiga. Este feixe reforça ainda a importância da “avaliação diária da necessidade de manutenção do cateter” e da sua remoção precoce, bem como da higiene adequada do meato urinário, como medidas essenciais para a redução do risco de infeção (DGS, 2022).

Por fim, o “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação integra um conjunto de medidas dirigidas ao doente com ventilação invasiva. Inclui a “elevação da cabeceira do leito a um ângulo de aproximadamente 30°”, a realização de “higiene oral pelo menos 3 vezes por dia” e a “manutenção da pressão adequada no balão do tubo/cânula endotraqueal entre 20 e 30 cm H₂O”. Este feixe contempla ainda a aspiração eficaz de secreções, a avaliação diária da possibilidade de “utilizar sedação ligeira, de preferência baseada na analgesia, titulada ao mínimo necessário” e de extubação, bem como a promoção da mobilização precoce sempre que clinicamente possível, com o objetivo de minimizar o risco de pneumonia associada à ventilação. (DGS, 2022). Este feixe é de elevada prioridade na prática clínica diária em UCI, sendo rigorosamente aplicado e monitorizado pela equipa de cuidados intensivos devido ao seu impacto significativo na prevenção de complicações respiratórias. A aplicação consistente e integrada destas medidas revelou-se fundamental para a redução do risco de infeção, reforçando a importância de uma prática de enfermagem estruturada, baseada na evidência científica e ajustada à complexidade clínica característica da UCI.

Reflexões Finais

O Enfermeiro Especialista detém conhecimento avançado e habilidades específicas, sendo fundamental para a tomada de decisões complexas. Atua frequentemente como um líder na gestão de casos críticos, proporcionando orientação e suporte aos outros membros da equipa, contribuindo, forma direta para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Por meio da leitura do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, verifiquei e compreendi que no Artigo 2.º identificam-se as competências específicas que definem esta área de especialidade, sem ambiguidades ou erros de generalização. O Regulamento refere que o Enfermeiro Especialista “cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”, evidenciando a necessidade de uma intervenção fundamentada, integrada e centrada no doente. (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho)

A análise e introspeção dos meus estágios evidencia a pertinência dos mesmos, visto que, até ao momento, no meu percurso profissional, nunca tinha exercido funções em serviços como o Serviço de Urgência ou a Unidade de Cuidados Intensivos, apenas em contexto de Licenciatura em Enfermagem em serviço de Urgência Geral.

A experiência surge, portanto, como um desafio enriquecedor, com elevado potencial de desenvolvimento científico, técnico e relacional. A realização destes estágios, embora distintos, tornou para mim, ainda mais evidente que o Enfermeiro Especialista assume um papel dinamizador na equipa multidisciplinar, constituindo uma referência técnico-científica e promotora de boas práticas baseadas na evidência.

Observei, assim, o papel do Enfermeiro Especialista como um líder clínico, integrando competências de avaliação, intervenção direta e coordenação da equipa multiprofissional. Para além da competência técnica, a prática especializada exige maturidade profissional, sensibilidade relacional e capacidade de integrar a pessoa e a família no processo de cuidados, mesmo em ambientes marcados pela urgência, emergência e pela elevada complexidade tecnológica.

Como o Regulamento da OE apresenta, as competências específicas incluem “Otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos” e “Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos” (Ordem dos Enfermeiros, 2023). A aplicação destas

competências permite não só consolidar as capacidades de planeamento e de execução, mas também a capacidade de avaliar o cuidado, reforçando a autonomia de tomar uma decisão fundamentada, da prática de uma comunicação eficaz com toda a equipa e o saber gerir e atuar em situações de elevada complexidade. Este contacto direto com ambas as realidades clínicas, evidenciam, a importância da enfermagem especializada na melhoria dos cuidados de saúde, na segurança do doente e na promoção da qualidade de vida do doente e família.

Esta experiência sublinha a importância do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica como referência normativa essencial, que orienta a prática profissional de forma segura, fundamentada em evidência científica e centrada no doente.

Ao concluir esta etapa, afirmo que ambas as experiências se revelaram fundamentais para o desenvolvimento das minhas competências específicas essenciais à prática clínica, permitindo a consolidação de conhecimentos avançados e o desenvolvimento de habilidades técnicas em contextos críticos, onde a tomada de decisão rápida é determinante para a segurança e o bem-estar do doente. Para além desta dimensão científica e técnica, cito, igualmente, um crescimento humano significativo, reforçando a importância da atenção, do cuidado, da empatia e da capacidade de estar verdadeiramente presente do doente e da sua família/cuidadores. A prática clínica revelou que o conhecimento teórico sozinho não é suficiente. É na interação com o doente crítico, na observação detalhada e atenta, e na resposta cuidadosa a cada necessidade, que se concretizam as competências específicas do EE em doente crítico. Cada decisão, cada atitude e cada palavra assume um impacto real na experiência do doente, evidenciando que a excelência em Enfermagem resulta da conjugação entre a ciência e a humanidade.

Florence Nightingale, conhecida como a “Dama da Luz”, iluminava os caminhos do cuidado com uma atenção incansável e uma presença constante dos doentes. Do mesmo modo, o Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica aprende a “estar atento para saber atuar sempre que necessário”, mantendo uma vigilância, sensibilidade e prontidão.

Em síntese, concluo que os estágios evidenciam que o verdadeiro domínio da Enfermagem Médico-Cirúrgica surge da combinação do rigor técnico com a atenção dedicada, a empatia e o compromisso ético, recordando que, como nos ensinou *Florence Nightingale* “a atenção cuidadosa é a essência de todo o bom cuidado”, uma luz que guia cada ação, cada decisão e cada gesto de quem cuida.

Referências Bibliográficas

- Arslan, K., & Sahin, A. S. (2024). Evaluation of patients diagnosed with brain death in the intensive care unit: 10 years of tertiary center experience in Istanbul. *North Clinics of Istanbul*, 11(2), 127–132. doi: 10.14744/nci.2023.06937
- Bhatt DL; Lopes RD; Harrington RA. Diagnóstico e tratamento de síndromes coronárias agudas: uma revisão sistemática. *JAMA*. 2022;327(7):662–675. doi:10.1001/jama.2022.0358
- Cullen DJ. Therapeutic intervention scoring system: a method for quantitative comparison of patient care. *Crit Care Med* 1974; 2 (2): 57-60.
- Despacho n.º 10901/2022. (2022). Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>
- Direção Geral da Saúde (2025). *Plano para a Resposta Sazonal em Saúde – Módulo inverno 2025/2026* [PDF]. <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-para-a-resposta-sazonal-em-saude-modulo-inverno-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Precauções básicas do controlo da infeção (PBCI)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Direção-Geral da Saúde. Acedido em [DGS_PCIRA_V8.pdf \(sns.gov.pt\)](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf)
- Direção-Geral da Saúde (2022). Norma DGS: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. Acedido em https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2022). Norma DGS: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical . Acedido em 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
- Direção-Geral da Saúde (2022). Norma DGS: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Acedido em https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

- Direção-Geral da Saúde (2022). Norma DGS: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Acedido em https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf
- DOS SANTOS, Patrícia Nunes et al. Avaliação da sedoanalgesia pelo monitoramento do índice bispectral em uma Unidade de Terapia Intensiva Covid: a importância das intervenções farmacêuticas. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*
- Escola Superior de Saúde de Viseu (2024). *Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. <https://essv.ipv.pt/cursos/mestrados/cmcmc-epsc/>
- Escola Superior de Saúde de Viseu (2025). Guia Orientador de Estágios CMEMC-EPSC 2ª edição
- European Resuscitation Council. (2025). *European Resuscitation Council Guidelines 2025: Adult advanced life support*. ERC. <https://www.erc.edu/science-research/guidelines/guidelines-2025>
- Fortin, M. F. (1999). O Processo de Investigação da concepção à realização. Lusociência. ISBN: 972-8383.10-X
- Guide to the Quality and Safety of Organs for Transplantation, 6th Edition, glossary, pág.302 (2016)
- INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica. (2024). Manual de Suporte Avançado de Vida (1.ª ed.). Instituto Nacional de Emergência Médica. Disponível em <https://www.inem.pt/2025/01/24/inem-reve-manuais-de-suporte-avancado-de-vida/>
- Keene AR, Cullen DJ. Therapeutic intervention scoring system: update 1983. *Crit Care Med* 1983; 11(1): 1-3.
- Lei n.º 12/93, de 22 de abril. (1993). *Colheita e transplante de órgãos*. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=236&so_miolo=&tabela=leis&nversao=
- Ministério da Saúde - Direção de Serviços de planeamento. (2003). Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- Ministério da Saúde. (2013). Despacho n.º 14341/2013, de 6 de novembro. Diário da República, 2.ª série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/14341-2013-3313599>

- Miranda DR, Rijk AD, Schaufeli W. Simplified therapeutic intervention scoring system: the TISS-28 itens-results from a multicenter study. *Crit Care Med* 1996; 24 (1): 64-73.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2(135), pp. 19359-19370.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE)*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer n.º 15/2018: Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Padilha, K.G., et al (2005) A versão simplificada do Therapeutic Intervention Scoring System e seu valor prognóstico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2).
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>
- Portugal, Despacho normativo nº 11/2002. *Diário da República*, 1B (55), p. 11865-1866
- Portugal, Lei n.º 8/2024. (2024, janeiro 19). Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* 1 (14), pp. 57-75. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2024-837135328>
- Rocha, A. K., & Coelho, P. (2015). *Cuidados oftálmicos ao doente crítico: revisão integrativa*. *Revista Investigação em Enfermagem*, 24–28.
- Romero-Ganuza, F. J., Gambarrutta-Malfatti, C., Díez de la Lastra-Buigues, E., Marín-Ruiz, M. Á., Merlo-González, V. E., Sánchez-Aranzueque Pantoja, A. M., García-Moreno, F. J., & Mazaira-Álvarez, J. (2011). Diaphragmatic pacemaker as an alternative to

mechanical ventilation in patients with cervical spinal injury. *Medicina Intensiva*, 35(1), 13–21. [https://doi.org/10.1016/S2173-5727\(11\)70004-2](https://doi.org/10.1016/S2173-5727(11)70004-2)

Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., O’Neal, P. V., Keane, K. A., Tesoro, E. P., & Elswick, R. K. (2002). The Richmond Agitation-Sedation Scale: Validity and reliability in adult intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166(10), 1338–1344. <https://doi.org/10.1164/rccm.2107138>

Silva, A. R., & Lage, M. J. (2010). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde Lda

ViseuNow (2023), Novas Urgências de Viseu já se encontram em pleno funcionamento, Recuperado de <https://viseunow.pt/novas-urgencias-de-viseu-ja-se-encontram-em-pleno-funcionamento/>

**PARTE II: Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária associada a
Cateter Vesical: Perspetiva dos Enfermeiros**

Título: Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária associada a Cateter Vesical: Perspetiva dos Enfermeiros

Title: Intervention Package for the Prevention of Urinary Tract Infections Associated with Urinary Catheters: Nurses' Perspective

Título: Conjunto de intervenciones para la prevención de la infección urinaria asociada al catéter vesical: la perspectiva del personal de enfermería

RESUMO

Introdução: A infeção urinária associada a cateter vesical é uma das infeções hospitalares mais comuns, frequentemente ligada a práticas inadequadas de cuidados. A Direção-Geral de Saúde tem reforçado a prevenção através da implementação do “Feixe de Intervenções” e do projeto “*STOP Infeção Hospitalar 2.0.*”.

Objetivos: Avaliar a perspetiva dos enfermeiros sobre o “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Urinária associada a Cateter Vesical: Perspetiva dos Enfermeiros, entre os serviços com e sem implementação do projeto “*STOP Infeção Hospitalar 2.0.*” na Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal.

Métodos: Realizou-se um estudo de natureza quantitativa, descritiva e de corte transversal, com a participação de 80 enfermeiros que exercem funções numa Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal. A amostra é não probabilística, por conveniência. A recolha de dados foi suportada na aplicação de um Questionário de Conhecimentos e Práticas relativas ao “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Urinária associada a Cateter Vesical.

Resultados: Os enfermeiros apresentam um bom nível de conhecimento sobre o “Feixe de Intervenções”. Contudo persistem lacunas na aplicação prática, sobretudo na tomada de decisão clínica e na correta manutenção do cateter vesical. Estes achados reforçam a necessidade de estratégias contínuas e integradas de formação, supervisão e suporte à decisão clínica, destacando o papel crítico do Enfermeiro Especialista na promoção da segurança e qualidade dos cuidados.

Conclusão: Torna-se, assim, imperativo reforçar a formação contínua dos enfermeiros e das equipas de saúde, bem como alargar a implementação do projeto “*STOP Infeção Hospitalar 2.0.*” a um maior número de serviços e Unidades Locais de Saúde, de forma a promover a aquisição de conhecimentos, a melhoria das práticas clínicas e, consequentemente, a redução da infeção urinária associada ao cateter vesical.

Palavras- Chave: Enfermagem; Infeções Urinárias; Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Urinary tract infections associated with urinary catheters are one of the most common hospital-acquired infections, often linked to inadequate care practices. The Directorate-General for Health has been strengthening prevention efforts through the implementation of the “Bundle of Interventions” and the “STOP Hospital-Acquired Infection 2.0” project.

Objectives: To assess nurses’ perspectives on the “Bundle of Interventions” for the Prevention of Urinary Tract Infections Associated with Urinary Catheters: Nurses’ Perspectives, comparing units with and without implementation of the “STOP Hospital Infection 2.0” project at the Local Health Unit in Northern Portugal.

Methods: A quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted, involving 80 nurses working at a Local Health Unit in Northern Portugal. The sample is non-probabilistic, selected for convenience. Data collection was based on the administration of a Knowledge and Practice Questionnaire regarding the “Bundle of Interventions” for the Prevention of Urinary Tract Infections Associated with Urinary Catheters.

Results: Nurses demonstrate a good level of knowledge regarding the “Bundle of Interventions.” However, gaps persist in practical application, particularly in clinical decision-making and the proper maintenance of the urinary catheter. These findings reinforce the need for continuous and integrated strategies for training, supervision, and clinical decision support, highlighting the critical role of the Nurse Specialist in promoting safety.

Conclusion: It is therefore imperative to strengthen the continuing education of nurses and healthcare teams, as well as to expand the implementation of the “STOP Hospital Infection 2.0” project to a greater number of departments and Local Health Units, in order to promote knowledge acquisition, improve clinical practices, and, consequently, reduce urinary tract infections associated with urinary catheters.

Key-words: Nursing; Urinary Tract Infections; Health Knowledge, Attitudes, and Practice.

RESUMEN

Introducción: La infección urinaria asociada al catéter vesical es una de las infecciones hospitalarias más comunes, a menudo relacionada con prácticas de cuidados inadecuadas. La Dirección General de Salud ha reforzado la prevención mediante la implementación del “Paquete de Intervenciones” y del proyecto “STOP Infección Hospitalaria 2.0”.

Objetivos: Evaluar la perspectiva de los enfermeros sobre el “Conjunto de Intervenciones” para la Prevención de la Infección Urinaria Asociada al Catéter Vesical: Perspectiva de los Enfermeros, entre los servicios con y sin implementación del proyecto “STOP Infección Hospitalaria 2.0” en la Unidad Local de Salud del Norte de Portugal.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio de naturaleza cuantitativa, descriptiva y transversal, con la participación de 80 enfermeros que ejercen sus funciones en una Unidad Local de Salud del Norte de Portugal. La muestra es no probabilística, por conveniencia. La recopilación de datos se basó en la aplicación de un cuestionario sobre conocimientos y prácticas relativos al conjunto de intervenciones para la prevención de la infección urinaria asociada al catéter vesical.

Resultados: El personal de enfermería presenta un buen nivel de conocimientos sobre el «Conjunto de intervenciones». Sin embargo, persisten lagunas en la aplicación práctica, sobre todo en la toma de decisiones clínicas y en el mantenimiento correcto del catéter vesical. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estrategias continuas e integradas de formación, supervisión y apoyo a la toma de decisiones clínicas, destacando el papel fundamental del enfermero especialista en la promoción de la seguridad y la calidad de la atención.

Conclusión: Por lo tanto, resulta imprescindible reforzar la formación continua del personal de enfermería y de los equipos sanitarios, así como ampliar la implementación del proyecto “STOP Infección Hospitalaria 2.0” a un mayor número de servicios y centros de salud locales, con el fin de promover la adquisición de conocimientos, la mejora de las prácticas clínicas y, en consecuencia, la reducción de las infecciones urinarias asociadas al catéter vesical.

Palabras clave: Enfermería; Infecciones urinarias; Conocimientos, actitudes y práctica en salud.

Introdução

A infeção urinária associada a cateter vesical (IUACV) constitui uma das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) mais prevalentes em contexto hospitalar, representando uma importante causa de morbilidade, prolongamento do tempo de internamento e aumento dos custos hospitalares. A maioria destas infeções está relacionada com práticas inadequadas de inserção, manutenção e remoção do cateter vesical, o que evidencia a importância do papel dos profissionais de enfermagem na implementação de medidas preventivas baseadas na evidência científica. (DGS, 2022; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2019).

A pessoa em situação crítica apresenta uma elevada vulnerabilidade à infeção e às suas consequências, decorrente de fatores como o compromisso do sistema imunitário, a incontinência, a imobilidade, a presença de patologias agudas graves e a existência de comorbilidades mal controladas (Shadle et al., 2021).

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (DGS) tem vindo a reforçar a necessidade de uniformização das práticas preventivas através da publicação de normas e feixes de intervenções específicos, entre os quais se destaca o “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. Esta norma define recomendações dirigidas aos profissionais de saúde, com o objetivo de reduzir o risco de infeção, promovendo a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados.

No contexto hospitalar, o projeto “*STOP Infeção Hospitalar 2.0. – Prevenção da Infeção Associada ao Cateter Vesical*”, desenvolvido pela Unidade Local de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA) tem sido implementado progressivamente em diversos serviços de uma Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal (ULS-NP).

Contudo, importa compreender se a implementação deste projeto tem efetivamente repercussões no conhecimento, formação e práticas dos enfermeiros relativamente à prevenção da IUACV, comparativamente a enfermeiros a exercer noutros serviços ainda não abrangidos por esta iniciativa.

Assim, o presente estudo surge da necessidade de avaliar as perspetivas e conhecimentos sobre as práticas de suporte ao feixe de intervenções para a prevenção da IUACV, comparando os serviços com e sem implementação do projeto *STOP Infeção Hospitalar 2.0.*

Emergiu, assim, a seguinte questão de investigação: Qual a perspectiva dos enfermeiros acerca do Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical?

Procurou-se dar resposta a esta questão através de um estudo primário, de natureza quantitativa, descritiva e de corte transversal, pretendendo-se gerar evidência que sustente a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e a segurança do doente, através de intervenções de Enfermagem fundamentadas em boas práticas de controlo de infeção.

O objetivo geral deste estudo é avaliar a perspectiva dos enfermeiros relativamente ao “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária associada a Cateter Vesical a exercer em serviços com e sem implementação do projeto “*STOP Infecção Hospitalar 2.0.*” numa ULS-NP.

O trabalho será estruturado em cinco secções principais: Enquadramento Teórico, Métodos, Resultados, Discussão e Referências Bibliográficas. No Enquadramento Teórico, pretende-se contextualizar o tema do “Feixe de Intervenções” para a prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, abordando as recomendações e diretrizes nacionais e internacionais relacionadas com a prevenção e controlo desta infeção.

Na secção de Métodos, descrevem-se as opções metodológicas adotadas para a realização do estudo, enquanto os Resultados apresentam os dados obtidos. A Discussão analisa os principais resultados, confrontando-os com evidências de estudos anteriores e refletindo-os à luz da literatura científica atual.

Por fim, apresentam-se as principais Conclusões, destacando as contribuições desta investigação para a prática dos cuidados de saúde, as limitações identificadas durante o estudo e sugestões para futuras investigações nesta área.

1. Enquadramento Teórico

De acordo com a DGS e CDC, a IUACV constitui uma das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) mais prevalentes em contexto hospitalar, representando uma importante causa de morbilidade, aumento do tempo de internamento e acréscimo dos custos em saúde. Sendo uma complicação frequentemente evitável, cuja ocorrência está, na maioria dos casos, relacionada com práticas inadequadas ao longo das diferentes fases do cateterismo vesical, nomeadamente na inserção, manutenção e remoção do dispositivo, evidencia assim o papel central dos enfermeiros na prevenção da infeção. (DGS, 2022; CDC], 2019).

O cateterismo vesical consiste na inserção de um cateter através da uretra até à bexiga, com o objetivo de permitir a drenagem urinária em pessoas com alterações da eliminação urinária, podendo assumir caráter contínuo ou intermitente. Sendo um procedimento invasivo, encontra-se associado a um risco acrescido de infeção, particularmente quando a sua utilização não é devidamente indicada ou quando não são cumpridas práticas baseadas na evidência científica (CDC & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee [HICPAC], 2019).

O risco de desenvolvimento de bacteriúria aumenta proporcionalmente ao tempo de permanência do cateter, sendo a duração da cateterização considerada o principal fator de risco. Estima-se que a incidência de bacteriúria aumente cerca de 3% a 7% por cada dia de cateterização, podendo atingir valores próximos de 100% em cateterizações prolongadas (Fletke et al., 2024).

É reconhecido que as IUACV são evitáveis quando é usada uma abordagem de intervenção agrupada abrangendo simultaneamente múltiplas intervenções, baseada em evidências científicas (Shadle et al., 2021). A evidência científica mais atual demonstra que a implementação de estratégias multimodais associada a uma abordagem multidisciplinar, envolvendo profissionais de diferentes áreas e intervenções baseadas em evidência, contribui significativamente para a redução da incidência desta tipologia de infeções. Entre as medidas destacam-se a padronização dos cuidados ao cateter vesical, a formação dos profissionais de saúde, a monitorização da utilização do dispositivo e o reforço das práticas de inserção e manutenção assépticas (Sykora et al., 2025).

Estas recomendações estão em consonância com a Norma n.º 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 da DGS “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical”, no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), que preconiza a adoção de boas

práticas na inserção, manutenção e remoção precoce do cateter vesical, bem como a formação e monitorização dos profissionais de saúde, com o objetivo de prevenir a infecção urinária associada ao cateter vesical.

Estas intervenções, quando implementadas de forma coletiva e integrada, propiciam melhores resultados e melhoram a qualidade dos cuidados (Rubi et al., 2022).

O EE deve garantir um ambiente terapêutico e seguro, promovendo o bem-estar do doente, participando na gestão do risco e na implementação de medidas de prevenção e controlo da infeção. Na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica – PSC, o EE possui a competência específica de “c) maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos em pessoas submetidas a processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”. Para tal, deve assumir um papel proativo, aplicando conhecimento baseado na melhor evidência científica, divulgando-o à equipa de cuidados, diagnosticando necessidades e implementando estratégias de prevenção e controlo de infeções, com especial atenção à infeção do trato urinário associada à cateterização vesical (Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 429/2018, 2019/2018).

A interligação entre a abordagem internacional e a Norma n.º 019/2015 atualizada a 2022 da DGS é evidente, uma vez que ambas enfatizam a implementação de *bundles* de cuidados, protocolos institucionais, *reminders* eletrónicos para verificação da necessidade do cateter vesical associada a uma educação multidisciplinar (Li et al., 2025; Tayyib & Alsolami, 2025).

Destaca-se, igualmente, a prática de uma vigilância ativa e contínua, permitindo monitorizar os indicadores e sustentar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Li et al., 2025). Relativamente à Norma n.º 019/2015 atualizada a 2022, esta baseia-se no conceito de feixe de intervenções (*bundle*), entendido como um conjunto restrito de práticas baseadas na melhor evidência científica disponível que, quando aplicadas de forma integrada e sistemática, produzem melhores resultados do que a implementação isolada de cada intervenção; um conjunto de seis intervenções baseadas em evidências consubstancializa as práticas na colocação e manutenção do CV promotoras da prevenção da ITUACV (DGS, 2022).

A DGS recomenda que estas intervenções sejam aplicadas na sua totalidade, uma vez que o sucesso da sua implementação depende da execução conjunta de todas as medidas, sendo a sua monitorização realizada através de auditorias do tipo “tudo-ou-nada” (DGS, 2022).

O primeiro ponto do feixe de intervenções refere-se à necessidade de evitar o cateterismo vesical sempre que possível, restringindo a sua utilização a indicações clínicas bem definidas, como a retenção urinária aguda, a monitorização rigorosa do débito urinário em doentes críticos, determinadas situações perioperatórias, a proteção de lesões cutâneas graves ou os cuidados paliativos. A norma reforça ainda a obrigatoriedade do registo claro da indicação clínica no processo clínico do doente, promovendo uma utilização criteriosa e segura do dispositivo. (DGS, 2022)

O segundo ponto diz respeito ao cumprimento rigoroso da técnica assética na colocação do cateter vesical, a qual deve incluir a higienização adequada das mãos, a utilização de material estéril, a correta antisepsia do meato urinário, o uso de luvas estéreis e a manutenção da esterilidade durante todo o procedimento. A correta execução desta técnica é determinante para prevenir a introdução de microrganismos no trato urinário no momento da inserção do cateter. (DGS, 2022)

O terceiro ponto do feixe de intervenções centra-se na manutenção do cateter vesical e do sistema de drenagem, a qual deve ser realizada com recurso a técnica limpa. Esta inclui a manutenção de um sistema fechado, a higienização das mãos antes e após qualquer manipulação, a evicção de desconexões desnecessárias e a substituição do cateter ou do sistema apenas quando clinicamente indicado, reduzindo o risco de contaminação durante o período de permanência do cateter. (DGS, 2022)

O quarto ponto refere-se à higiene diária do meato urinário, que deve ser realizada com água e sabão, não sendo recomendado o uso rotineiro de antissépticos, salvo indicação clínica específica. Sempre que possível, o doente deve ser envolvido no autocuidado, sendo-lhe fornecida educação adequada para a prevenção da IUACV, promovendo a sua participação ativa nos cuidados. (DGS, 2022)

O quinto ponto do feixe de intervenções prende-se com a correta fixação do cateter vesical e o posicionamento adequado do saco coletor. O cateter deve estar devidamente fixo de forma a evitar tração, desconforto e lesões uretrais, enquanto o saco coletor deve ser mantido sempre abaixo do nível da bexiga, sem contacto com o chão. O seu esvaziamento deve ser realizado quando atinge cerca de dois terços da capacidade, recorrendo a técnica limpa e a um recipiente exclusivo. (DGS, 2022)

Por fim, o sexto ponto refere-se à avaliação diária da necessidade de manutenção do cateter vesical. A permanência do dispositivo deve ser reavaliada diariamente, procedendo-se

à sua remoção logo que deixe de existir indicação clínica, sendo esta decisão devidamente registada no processo clínico. (DGS, 2022)

Esta prática contribui para a redução da duração do cateterismo vesical e, consequentemente, para a diminuição do risco de IUACV. A implementação integral e sistemática do feixe de intervenções constitui, assim, um elemento essencial para a prevenção eficaz da IUACV, reforçando a importância do papel dos enfermeiros na aplicação de práticas baseadas na evidência científica, na promoção da segurança do doente e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.

A prevenção da *Catheter-Associated Urinary Tract Infection* (CAUTI), correspondente à infeção urinária associada a cateter vesical (IUACV), constitui uma prioridade na prática clínica, dado o seu impacto direto na segurança do doente e na qualidade dos cuidados prestados. O papel do enfermeiro na implementação das intervenções preventivas assume particular relevância, distribuindo-se entre responsabilidades autónomas e interdependentes, sendo ambas essenciais para a implementação de estratégias eficazes de prevenção (Lan et al., 2026). Neste contexto, destaca-se a importância da atuação do enfermeiro na vigilância, manutenção e avaliação da necessidade do cateter vesical, contribuindo de forma determinante para a redução da incidência de IUACV. O enfermeiro desempenha responsabilidades autónomas, como a avaliação diária da necessidade do cateter, a monitorização do sistema de drenagem, a manutenção da higiene do meato uretral, a educação do doente e familiares, e a notificação de eventos adversos, essenciais para reduzir o risco de infeção e garantir cuidados seguros. Paralelamente, assume funções interdependentes, colaborando com a equipa médica na decisão de inserção e remoção do cateter, na implementação de protocolos institucionais e na participação em auditorias e análise de indicadores clínicos.

A articulação entre estas competências autónomas e colaborativas permite uma abordagem integrada e baseada em evidência na prevenção de CAUTI. Lan et al. (2026) demonstram que estratégias multimodais lideradas pela enfermagem, incluindo avaliação diária, utilização de *reminders* eletrónicos, educação contínua e monitorização sistemática, são altamente eficazes na redução das taxas de infeção urinária associada a cateter vesical em doentes internados. Este estudo evidencia que a liderança da enfermagem, aliada a práticas estruturadas e protocolos claros, constitui um fator determinante para a segurança do doente e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados hospitalares.

Através de estudos científicos verifica-se que a atuação do enfermeiro na implementação destas práticas traduz-se em reduções verdadeiramente evidentes nas taxas de

infecção urinária associada ao cateter vesical. As intervenções multimodais (cuidados de manutenção, educação, *reminders* eletrônicos e protocolos estruturados) têm demonstrado reduções significativas em contextos clínicos reais. Na análise de revisões sistemáticas, alguns estudos identificaram que estas intervenções alcançaram reduções de até 94 % nas taxas de CAUTI quando comparadas com cuidados convencionais, sobretudo através de assepsia reforçada e formação específica das equipas de saúde (lavagem pré-cateter com clorexidina 0,1 %, 94 % de redução) (Li et al., 2025).

Em Portugal, o projeto “*STOP Infecção Hospitalar 2.0. – Prevenção da Infecção Associada ao Cateter Vesical*”, desenvolvido pela UL-PPCIRA, tem vindo a ser progressivamente implementado em diversos serviços da ULS-NP. Este projeto visa reforçar a formação dos profissionais de saúde, a monitorização das práticas e a adesão às recomendações da DGS, contribuindo para a redução da incidência da IUACV.

Este projeto constitui uma iniciativa nacional portuguesa, promovida pela DGS, orientada para a prevenção e o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, com particular enfoque na infeção urinária associada ao cateter vesical. A conceção do projeto “*STOP Infecção Hospitalar 2.0.*” assenta na evidência científica internacional, que evidencia que intervenções multimodais, estruturadas em *bundles* de prevenção, acompanhadas de formação contínua das equipas de enfermagem, auditoria sistemática das práticas assistenciais e o feedback regular de indicadores clínicos, são pilares fundamentais para a redução da incidência de infeções hospitalares. A evidência científica internacional reforça a eficácia destas abordagens.

A *scoping review* de Lan et al. (2026) demonstrou que a implementação de estratégias multimodais de enfermagem, incluindo a avaliação diária da necessidade do cateter, manutenção asséptica, educação contínua de doentes, familiares e cuidadores, utilização de *reminders* eletrônicos, *bundles* e monitorização de indicadores, reduz de forma significativa o risco de CAUTI e melhora os indicadores assistenciais em adultos internados. Entre os 26 estudos analisados, 21 relataram reduções significativas na incidência de CAUTI, enquanto 13 documentaram diminuição do tempo de permanência do cateter vesical, um fator crítico associado à redução de infeções urinárias.

O programa “*STOP Infecção Hospitalar 2.0*” operacionaliza estas mesmas estratégias no contexto hospitalar português, fortalecendo de forma inequívoca a liderança da enfermagem na prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical (IUACV). Ao integrar intervenções multimodais baseadas em evidência científica, monitorização contínua

de indicadores clínicos e programas estruturados de formação, o programa não apenas consolida a adoção de práticas seguras recomendadas pela Direção-Geral da Saúde (DGS), mas também traduz para a realidade nacional as intervenções internacionalmente reconhecidas como mais eficazes na redução de CAUTI. Esta abordagem sistémica permite otimizar os resultados clínicos, promover cuidados de elevada qualidade, reforçar a segurança do doente e fomentar a melhoria contínua da prática clínica, posicionando o STOP Infecção Hospitalar 2.0 como um paradigma de excelência na prevenção de infeções hospitalares liderada pela enfermagem. Dados nacionais apontam para um impacto significativo da implementação destas estratégias, estimando-se uma redução da taxa de IUACV em cerca de 30% até 2026, em linha com os objetivos do Plano Nacional de Segurança do Doente 2021–2026 (DGS, 2022).

Adicionalmente, os resultados do Desafio STOP Infecção Hospitalar, implementado em Portugal entre 2015 e 2018, evidenciaram uma redução de 51% na densidade de incidência por 1.000 dias de cateter (DGS, 2022). O Desafio *Calouste Gulbenkian* STOP Infecção Hospitalar, baseado na metodologia de melhoria contínua *Collaborative Breakthrough*, teve como objetivo reduzir em 50% a incidência das infeções associadas aos cuidados de saúde em 12 hospitais portugueses, num período de três anos, através da implementação de boas práticas sustentadas na melhor evidência técnico-científica disponível (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015). Na sequência desta iniciativa, foi desenvolvido o projeto *STOP Infecção Hospitalar 2.0*, uma iniciativa de âmbito nacional coordenada pela DGS, através do PPCIRA, em parceria com a Fundação *Calouste Gulbenkian* (FCG) e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), com o objetivo de reforçar e expandir as estratégias de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde nas instituições de saúde portuguesas.

Apesar dos resultados positivos associados a estas iniciativas, torna-se fundamental compreender se a implementação do projeto “*STOP Infecção Hospitalar 2.0*.” se traduz efetivamente em ganhos ao nível dos conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros, quando comparados com profissionais a exercer em serviços ainda não abrangidos por esta intervenção. Neste sentido, o presente estudo emerge da necessidade de avaliar a perspetiva e os conhecimentos dos enfermeiros relativamente ao feixe de intervenções para a prevenção da IUACV, estabelecendo uma comparação entre serviços com e sem a implementação do projeto em questão.

A escolha deste tema revela-se particularmente pertinente no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, uma vez que os doentes em situação crítica apresentam maior necessidade de cateterismo vesical,

elevada complexidade clínica e, consequentemente, risco acrescido de infecções associadas à cateterização vesical (IACS). Compreender o conhecimento e a percepção dos enfermeiros neste domínio permite melhorar a prática clínica e reforçar a segurança do doente, sendo essencial que o Enfermeiro Especialista aplique conhecimento baseado na melhor evidência científica, divulgue-o à equipa, diagnostique necessidades e implemente estratégias de prevenção e controlo de infeções.

Para investigações futuras, este estudo poderá servir como alicerce para aprofundar a avaliação da eficácia das estratégias institucionais de prevenção da infeção, promovendo o desenvolvimento de intervenções inovadoras direcionadas à formação e à prática clínica dos enfermeiros, com potencial de impacto direto na segurança do doente e na redução da incidência de IACS.

2. Métodos

Tipo de Estudo

O presente estudo consiste numa investigação primária, de carácter quantitativo, descritivo e transversal, visando analisar de forma objetiva os conhecimentos, práticas e perceções dos enfermeiros relativamente à prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical. Uma das peças basilares para a sua elaboração, foi a estrutura conceitual da estratégia de pesquisa, através de uma procura minuciosa e rigorosa da evidência científica face à temática estudada. Para tal, foram definidos os termos *Medical Subject Headings* (MeSH), congruentes com a questão supramencionada, as palavras-chave e em conformidade com os objetivos previamente delineados.

A pesquisa de sustentação teórica efetuou-se em diferentes plataformas/bases de dados, nomeadamente na *PubMed*, *Scielo*, através dos descritores “Infeção do trato urinário associada a cateter”, “Prática de enfermagem baseada em evidências”, “Iniciativas de melhoria da qualidade”, “Cuidados Críticos” e “Enfermeiros”, interligados entre si através dos operadores booleanos (AND/OR). Foram estipulados critérios de inclusão e exclusão a fim de restringir a pesquisa, sendo que para esta foram selecionados estudos publicados em português, inglês ou espanhol, preferencialmente num horizonte temporal de 5 anos. Por outro lado, foram excluídos todos os estudos cujo texto integral não estivesse disponível de livre acesso e estudos que, mesmo integrando os critérios de inclusão, não dessem resposta à questão de investigação ou objetivos do estudo.

Objetivos

Geral: Avaliar a perspetiva dos enfermeiros relativamente ao “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Urinária associada a Cateter Vesical a exercer em serviços com e sem implementação do projeto “*STOP Infeção Hospitalar 2.0.*” numa ULS-NP.

Específicos:

- Avaliar o nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre o “Feixe de Intervenções” da DGS para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical;
- Identificar as boas práticas clínicas adotadas na manipulação e manutenção do cateter vesical;
- Comparar a perspetiva dos enfermeiros em função nos serviços com o projeto “*STOP Infeção Hospitalar 2.0.*” implementado e os serviços onde o projeto ainda não foi aplicado.

População- Alvo e Amostra

A população-alvo do presente estudo foi constituída pelos enfermeiros que exercem funções nos serviços de Medicina A, B, C e D do Hospital 1, bem como nos serviços de Especialidades Médicas (Hematologia, Oncologia, Gastroenterologia, Neurologia e Nefrologia), Pneumologia e Cardiologia da mesma instituição, e ainda no serviço de Medicina do Hospital 2, ambos pertencentes à ULS-NP. No total, o universo potencial do estudo integrou 162 enfermeiros distribuídos pelos diferentes serviços selecionados.

Assim, embora o número potencial de participantes correspondesse a 162 enfermeiros, foram recolhidos 80 questionários válidos, o que corresponde a uma taxa global de adesão de aproximadamente 49,4%. Esta taxa de participação pode ser considerada razoável, permitindo a recolha de um volume de dados relevante para a análise proposta. Contudo, reconhece-se que uma maior adesão dos profissionais poderia contribuir para aumentar a representatividade da amostra e reforçar a robustez dos resultados obtidos.

Importa ainda referir que a amostra é de natureza não probabilística, por conveniência, sendo constituída pelos enfermeiros que aceitaram voluntariamente participar no estudo.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de inclusão:

- Enfermeiros em exercício de funções nos serviços de: Medicina A, B, C e D do Hospital 1; Especialidades Médicas (Hematologia, Oncologia, Gastroenterologia, Neurologia e Nefrologia); Pneumologia; Cardiologia do Hospital 1 da ULS-NP; e Medicina do Hospital 2
- Enfermeiros que completem o questionário na totalidade.

Critérios de exclusão:

- Enfermeiros de outros serviços que não os enumerados anteriormente.
- Enfermeiros ausentes do serviço (por licença, férias ou baixa médica) durante o período de recolha de dados.

Variáveis

A **variável independente** principal corresponde à implementação do projeto “STOP Infecção Hospitalar 2.0”, que visa a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde. Trata-se de uma variável qualitativa nominal dicotómica, constituída por dois grupos distintos:

- Grupo 1 – serviços com o projeto implementado (Medicina A, B, C e D do Hospital 1);
- Grupo 2 – serviços sem o projeto implementado (Especialidades Médicas: Hematologia, Oncologia, Gastroenterologia, Neurologia e Nefrologia; Pneumologia e Cardiologia do Hospital 1, e Medicina do Hospital 2).

As **variáveis dependentes** correspondem aos resultados que se pretendem avaliar e comparar entre os grupos definidos pela variável independente, nomeadamente:

- Perspetiva dos enfermeiros sobre a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical (IUACV) e sobre o Feixe de Intervenções da DGS, avaliada através das respostas ao questionário aplicado;
- Conhecimentos e Práticas clínicas adotadas pelos enfermeiros na manipulação, manutenção e monitorização do cateter vesical, de acordo com as recomendações da DGS.

Estas variáveis são, respetivamente, de natureza quantitativa (pontuações obtidas nas escalas de conhecimento e práticas) e qualitativa (por exemplo, participação em ações de formação: sim/não).

Adicionalmente, serão consideradas variáveis sociodemográficas e profissionais, nomeadamente idade, género, serviço de exercício, tempo de experiência profissional, grau académico e formação prévia em controlo de infeção. Estas variáveis serão utilizadas para caracterizar a amostra e como variáveis de controlo, permitindo analisar a sua possível influência nas variáveis dependentes.

Hipóteses do Estudo

Com base nos objetivos definidos e nas variáveis em estudo, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação, que visam orientar a análise comparativa entre os enfermeiros dos serviços com e sem implementação do projeto “*STOP Infecção Hospitalar 2.0.*”.

A **hipótese geral** pressupõe que a implementação do projeto influencia positivamente o nível de conhecimento, a formação e as práticas clínicas dos enfermeiros relativamente à prevenção da ITU associada a cateter vesical.

H₁: Existem diferenças significativas nos conhecimentos e práticas clínicas dos enfermeiros sobre a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical entre os serviços com e sem implementação do projeto “*STOP Infecção Hospitalar 2.0.*”.

A hipótese será testada através da análise estatística dos dados recolhidos, utilizando medidas de tendência central e dispersão, bem como testes inferenciais (por exemplo, teste *t de Student* ou *Mann-Whitney*, dependendo da normalidade dos dados).

Instrumento de Recolha de Dados

A colheita de dados decorreu no período de 16 de fevereiro a 5 de março de 2026, tendo sido utilizado como instrumento de recolha de dados um questionário elaborado especificamente para o presente estudo (Apêndice VIII). O questionário teve como objetivo avaliar a perspetiva dos enfermeiros acerca do “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical”. Trata-se de um instrumento de carácter anónimo, confidencial e de participação voluntária, garantindo o respeito pelos princípios éticos inerentes à investigação em saúde. O questionário foi construído com base na revisão da literatura e nas recomendações da Norma n.º 019/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022 da DGS, contemplando questões destinadas a recolher informação relativa aos conhecimentos, práticas e perceções dos enfermeiros sobre as intervenções preventivas da infeção urinária associada ao cateter vesical.

A aplicação do questionário visou assegurar a recolha de dados de forma sistematizada, permitindo uma análise comparativa entre os serviços com e sem implementação do projeto “*STOP Infecção Hospitalar 2.0.*”.

Consistência interna da Escala de Práticas relativas ao Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

A Escala de Práticas relativas ao Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical de Madalena Cunha e Beatriz Pinheiro (2025) é uma escala dicotómica com duas categorias: resposta incorreta ou correta, constituída por 23 itens.

O valor do Alfa de *Cronbach* é inferior ao valor de 0,60, pelo que os itens que constituem esta escala não medem de forma aceitável o construto em estudo. De seguida apresentam-se os resultados detalhados para cada item.

Tabela 1- Escala de Práticas relativas ao Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

	N Itens	Alfa de Cronbach
Escala de Práticas relativas ao "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical	23	0,505

Tabela 2- Consistência interna, correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Escala de Práticas relativas ao Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de <i>Cronbach</i> sem o item
1. Avaliar diariamente a necessidade de inserção de cateter vesical consiste numa boa prática clínica	,089	,501
2. A cateterização vesical está indicada em doentes com incontinência urinária	,157	,493
3. Devo inserir cateter vesical em doente colaborante para colheita assética de urina	,376	,465
4. A colocação de cateter vesical está indicada para monitorização da diurese no doente crítico	,454	,431
5. Registar diariamente o débito urinário é a justificação para a manutenção do cateter vesical	-,321	,560
6. Utilizar dispositivos urinários externos (homens) sempre que possível é uma prática segura	,179	,487
7. Registar sistematicamente a necessidade de manutenção do cateter urinário é uma intervenção segura	,157	,493
8. A retenção urinária aguda é uma contraindicação para cateterismo vesical	,278	,473
9. A obstrução vesical é uma contraindicação para cateterismo vesical	,251	,472
10. No doente com disfunção da bexiga deve recorrer-se sempre à cateterização vesical intermitente	,076	,512
11. A cateterização vesical está indicada em doentes incontinentes com processo de cicatrização de feridas na região sagrada	,226	,477
12. O doente pós- cirúrgico deve manter-se com cateter vesical até ao momento da alta para controlo de diurese	,311	,469
13. Os doentes com imobilizações prolongadas, fraturas pélvicas, coluna instável têm indicação para cateterização vesical	,399	,435
14. Deve-se higienizar as mãos antes de preparar o material necessário para o procedimento de colocação de cateter vesical	,295	,480
15. Deve-se vestir avental e calçar luvas antes de inserir o cateter vesical	,301	,464
16. A seleção do calibre do cateter vesical, ajustada à situação aguda ou crónica, é um passo essencial no procedimento de assepsia	-,051	,540
17. Constituem critério científico utilizar técnica assética e material esterilizado/ assético (luvas, compressas, lubrificante, solução antisséptica ou estéril) para limpeza do meato urinário	,099	,506
18. Higienizar as mãos imediatamente antes de calçar as luvas é uma prática segura	,075	,503
19. Fixar o cateter quando o doente está no leito é uma boa prática	,011	,510
20. A substituição do cateter vesical deve ser realizada sempre que ocorre desconexão	,114	,503
21. O saco coletor deve ser substituído sempre que há quebra da técnica assética	-,144	,527

22. A urina deve ser aspirada através do ponto de colheita previamente desinfetado	-,010	,509
23. Para realizar a colheita assética de urina, é correto perfurar o cateter vesical com agulha estéril	,000	,506

As correlações itens-total não são sempre positivas nem com valores ao mínimo desejável de 0,3, quanto mais negativo for a correlação item-total menos integrado na escala está o respetivo item. O efeito da eliminação de alguns itens também provoca aumento do valor do Alfa de *Cronbach*.

Em conclusão, nesta amostra, o construto em estudo não é medido de forma aceitável. Este resultado pode ser afetado pelo facto de os itens da escala serem medido de forma dicotómica, pelo que a escala vai ser utilizada, uma vez que mede o total de respostas corretas, que é construído de uma forma linear pela soma de respostas corretas, e também em virtude de já estar validada pelos autores.

Procedimentos Formais e Ético- Legais

O pedido de autorização para a execução do estudo foi submetido à Comissão de Ética da Instituição de Saúde obtendo-se parecer favorável nº14_26 (Anexo I), bem como à Direção do Conselho de Administração da mesma instituição. Os serviços incluídos no estudo foram as Medicinas A, B, C e D do Hospital 1 da ULS-NP, bem como os serviços de Especialidades Médicas (Hematologia, Oncologia, Gastroenterologia, Neurologia e Nefrologia), Pneumologia e Cardiologia do mesmo Hospital, e ainda o serviço de Medicina do Hospital 2.

O questionário autoaplicado foi disponibilizado em formato papel e aplicado de forma autoaplicada aos enfermeiros dos respetivos serviços. A recolha de dados decorreu durante um período previamente definido, com duração aproximada de duas semanas.

A participação foi voluntária, com garantia de anonimato e confidencialidade. Para assegurar o cumprimento dos princípios éticos, cada participante recebeu um documento de consentimento informado, que foi devidamente preenchido e assinado antes da aplicação do questionário. Após o preenchimento, os consentimentos foram colocados em envelope fechado, separado dos questionários, garantindo a não identificação dos participantes e a confidencialidade da informação recolhida.

Estratégia de Análise de Dados

Os dados recolhidos foram tratados através de análise estatística descritiva e inferencial, utilizando o software IBM® SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 27. A explicação detalhada dos métodos estatísticos utilizados pode ser consultada em Maroco (2011) e Pestana & Gageiro (2008).

Em termos de estatística descritiva, para as variáveis qualitativas apresentam-se as tabelas e gráficos de frequências das distribuições de valores verificadas, para as variáveis quantitativas apresentam-se algumas estatísticas relevantes, abordadas por Guimarães e Cabral (2010), como a média (M), o desvio padrão (DP) que representa a dispersão absoluta, o coeficiente de variação (CV) que ilustra a dispersão relativa e os valores mínimos (Min) e máximos (Max) observados.

A análise de consistência interna permite estudar as propriedades de escalas de medida e a partir das questões que as integram, sendo o Alfa de *Cronbach* é o modelo mais utilizado nas ciências sociais para verificação de consistência interna e validade de escalas, medindo a forma como um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão (Hill & Hill, 2002). Um valor do coeficiente de consistência interna medido pelo Alfa de *Cronbach* superior a 0,80 é considerado adequado e um valor entre 0,6 e 0,8 pode considerar-se aceitável, de acordo com Muñiz (2003), Muñiz et al. (2005) e Nunnally (1978).

A utilização do teste do qui-quadrado é abordada por Maroco (2011, p. 105-107), servindo para estudar a relação entre duas variáveis qualitativas, em que temos as hipóteses:

- H0: As duas variáveis são independentes;
- H1: As duas variáveis apresentam uma relação entre si.

Quando o valor de prova for igual ou inferior a 5% (0,05), rejeita-se a hipótese nula, concluindo-se que as duas variáveis estão relacionadas, caso contrário não se rejeita a hipótese nula de que as duas variáveis não apresentam relação significativa.

Quando as amostras em estudo são grandes, a distribuição tende para a normalidade. De acordo com Murteira, Ribeiro, Silva & Pimenta (2001), para amostras de dimensão igual ou superior a 30 elementos nos grupos em estudo, pela aplicação do Teorema do Limite Central, a não aderência ao pressuposto da normalidade não põe em causa as conclusões (Gravetter & Wallnau, 2000, p 302; Stevens, 1996, p 242). Nos casos em que a dimensão da amostra está nestas condições não será necessário verificar o pressuposto para se aplicarem os testes paramétricos.

Se algum dos grupos em estudo na amostra for de pequena dimensão, tem de ser analisado o pressuposto da normalidade da variável dependente, através do Teste de aderência de *Kolmogorov-Smirnov* (K-S).

Os testes estatísticos servem para averiguar se as diferenças observadas na amostra são estatisticamente significantes, ou seja, se as conclusões da amostra se podem inferir para a população. O valor de 5% é um valor de referência utilizado para testar hipóteses, significa que estabelecemos a inferência com uma probabilidade de erro inferior a 5%. Quando o valor de prova (p) é superior a 5%, aceita-se a hipótese nula, quando é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a alternativa.

Para analisar as diferenças de variável quantitativa entre duas categorias de uma variável dicotómica, a utilização do teste paramétrico t de *Student* é abordada por Maroco (2011, p. 199-204) e do teste não paramétrico de *Mann-Whitney* encontra-se também em Maroco (2011, p. 307-316). A análise dos pressupostos que permitem escolher entre a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos pode ainda ser encontrada em Maroco (2011, p. 185-195). Como acontece uma de duas situações, ou os grupos em comparação são considerados de grande dimensão ou verifica-se o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis (de acordo com os resultados do teste de aderência K-S), deve ser utilizado o teste paramétrico t , que coloca as hipóteses:

- H_0 : Não existe diferença na média das variáveis entre os grupos da variável dicotómica.
- H_1 : Existe diferença na média das variáveis entre os grupos da variável dicotómica.

Para o estudo da relação entre variáveis quantitativas e uma variável qualitativa, a utilização do teste paramétrico *ANOVA* é abordada por Maroco (2011, p. 205-257) e do teste não paramétrico de *Kruskall-Wallis* encontra-se também em Maroco (2011, p. 317-330). A análise dos pressupostos que permitem escolher entre a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos, como já vimos, pode ser encontrada em Maroco (2011, p. 185-195). Em virtude de não se verificar o pressuposto da normalidade, utiliza-se o teste não paramétrico de *Kruskall-Wallis*, com as hipóteses:

- H_0 : A variável apresenta uma distribuição igual para as categorias da variável qualitativa.
- H_1 : A variável apresenta uma distribuição diferente entre categorias da variável qualitativa.

3. Resultados

3.1. Caracterização dos Participantes

A amostra é constituída por 80 enfermeiros que responderam afirmativamente ao termo de consentimento informado. Conforme apresentado na Tabela 3, apresenta-se a distribuição da população e da amostra de enfermeiros por serviço, bem como a respetiva taxa de resposta ao questionário, quer global quer por serviço. Verificam-se taxas de resposta mais elevadas no serviço de Pneumologia do Hospital 1 (93,8%), seguido da Cardiologia do Hospital 1 (75,0%) e da Medicina do Hospital 2 (68,8%). Por outro lado, observam-se taxas de resposta mais reduzidas nos serviços de Medicina C e D do Hospital 1 (33,3%), Medicina A e B do Hospital 1 (35,7%) e Especialidades Médicas do Hospital 1 (39,1%). A taxa de resposta global foi de 49,4%.

Tabela 3- População e Amostra das Unidades da ULS-NP

	População	Amostra	%
Medicina A e B - Hospital 1	42	15	35,7
Medicina C e D - Hospital 1	45	15	33,3
Especialidades Médicas - Hospital 1	23	9	39,1
Pneumologia- Hospital 1	16	15	93,8
Cardiologia- Hospital 1	20	15	75,0
Medicina- Hospital 2	16	11	68,8
Total	162	80	49,4

3.2. Características Sociodemográficas e Profissionais

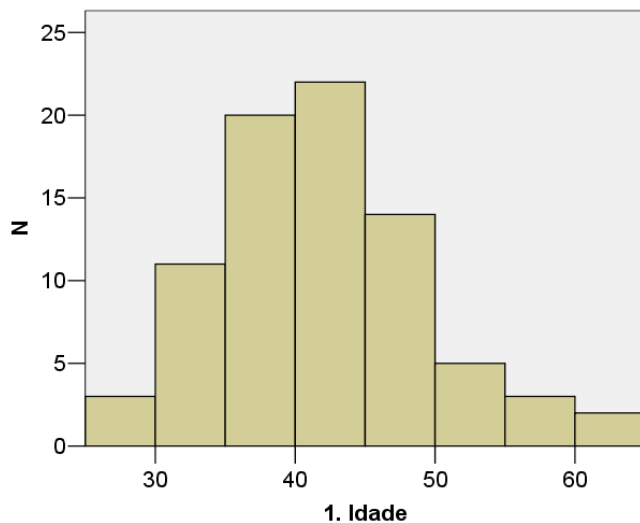
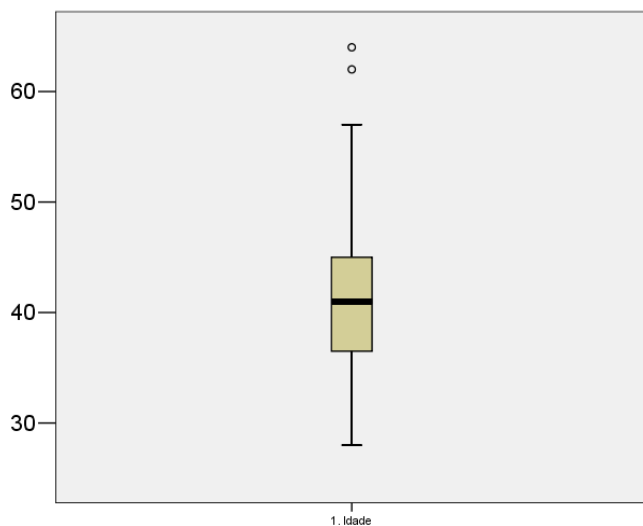
Na amostra, relativamente à idade dos participantes, verificou-se um valor médio de 41,3 anos (DP=7,65), correspondente a um coeficiente de variação de 19%, com idades compreendidas entre os 28 e os 64 anos (Tabela 4).

Conforme ilustrado nos Gráficos 1 e 2, a distribuição das idades concentra-se maioritariamente entre os 30 e os 50 anos, sendo identificados alguns valores superiores a 60 anos, considerados *outliers* por se afastarem da tendência central da distribuição.

Para efeitos de análise inferencial, foram definidas três classes etárias, conforme apresentado na Tabela 5. Verifica-se que a maioria dos participantes tem menos de 40 anos (42,5%), seguindo-se o grupo etário dos 40 aos 45 anos (33,8%) e, por fim, os participantes com mais de 45 anos (23,8%)

Tabela 4- Idade

	N	M	DP	CV	Min	Max
1. Idade	80	41,3	7,65	19%	28	64

Gráfico 1- Histograma Idade**Gráfico 2- Diagrama Idade****Tabela 5- Classes Etárias**

	N	%
Menos de 40 anos	34	42,5
40 a 45 anos	27	33,8
Mais de 45 anos	19	23,8
Total	80	100,0

Relativamente às classes etárias, verifica-se que 42,5% dos participantes têm menos de 40 anos, 33,8% situam-se entre os 40 e os 45 anos e 23,8% apresentam idade superior a 45 anos (Gráfico 3).

No que diz respeito ao género, observa-se uma predominância do sexo feminino, representando 85,0% da amostra, enquanto o sexo masculino corresponde a 15,0% dos participantes (Tabela 6).

Gráfico 3- Classes Etárias

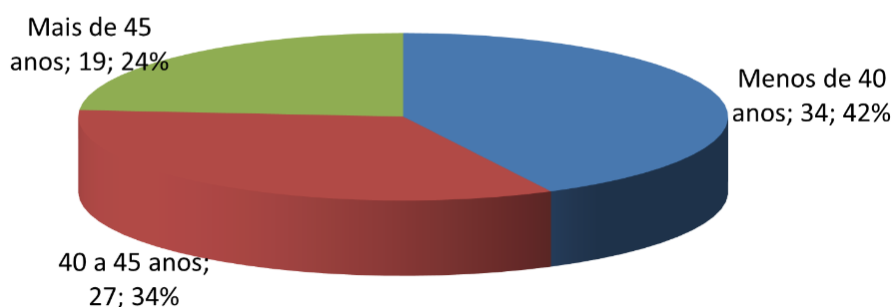
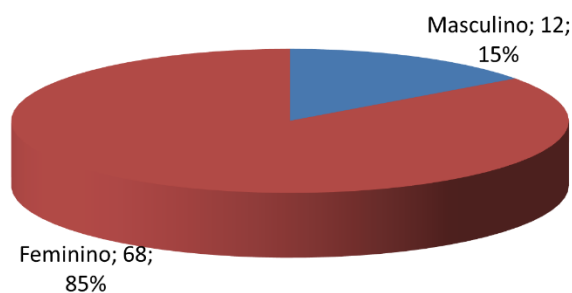


Tabela 6- Género

	N	%
Masculino	12	15,0
Feminino	68	85,0
Total	80	100,0

Gráfico 4- Género



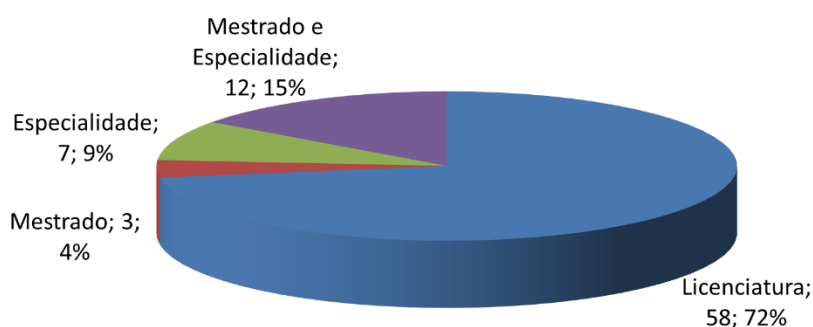
Relativamente às habilitações académicas, verifica-se que a maioria dos participantes possui licenciatura (72,5%), seguindo-se os enfermeiros com mestrado e especialidade

(15,0%), especialidade isolada (8,8%) e, por fim, mestrado isolado (3,8%) (Tabela 7 e Gráfico 6).

Tabela 7- Habilitações Acadêmicas

	N	%
Licenciatura	58	72,5
Mestrado	3	3,8
Especialidade	7	8,8
Mestrado e Especialidade	12	15,0
Total	80	100,0

Gráfico 5- Habilitações Acadêmicas



No que respeita à formação ao nível de mestrado, entre os 15 enfermeiros que detêm este grau académico, destacam-se o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (7,5%) e o Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (6,3%) como os mais representados, sendo as restantes áreas menos frequentes (Tabela 8).

Tabela 8- Mestrado

	N	%
Mestrado em Ciências da Enfermagem	1	1,3
Mestrado em Educação para a Saúde	1	1,3
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação	5	6,3
Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1	1,3
Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica	6	7,5
Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1	1,3
Total	80	100,0

Relativamente à formação especializada, dos 19 enfermeiros com especialidade, verifica-se uma maior representatividade na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica (10,0%), seguida da Enfermagem de Reabilitação (7,5%), sendo as restantes áreas menos expressivas (Tabela 9).

Tabela 9- Especialidade

	N	%
Enfermagem de Reabilitação	6	7,5
Enfermagem Médico-Cirúrgica	8	10,0
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1	1,3
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação	1	1,3
Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica	1	1,3
Saúde Mental e Psiquiátrica	1	1,3
Saúde Mental e Psiquiátrica e Médico-Cirúrgica- Pessoa em Situação Crítica	1	1,3
Total	80	100,0

Na amostra, relativamente ao serviço onde exerce, 18,8% trabalham na Medicina A e B - Hospital 1, 18,8% trabalham na Medicina C e D - Hospital 1, 11,3% trabalham em Especialidades Médicas - Hospital 1, 18,8% trabalham na Pneumologia- Hospital 1, 18,8% trabalham na Cardiologia- Hospital 1, e 13,8% trabalham na Medicina- Hospital 2.

Para posteriormente comparar a perspetiva dos enfermeiros em função nos serviços com o projeto “*STOP Infecção Hospitalar 2.0.*” implementado e os serviços onde o projeto ainda não foi aplicado”, foram constituídos dois grupos:

- Grupo 1 – serviços com o projeto implementado (Medicina A, B, C e D do Hospital 1);
- Grupo 2 – serviços sem o projeto implementado (Especialidades Médicas: Hematologia, Oncologia, Gastroenterologia, Neurologia e Nefrologia; Pneumologia, Cardiologia do Hospital 1 e Medicina do Hospital 2).

Tabela 10- Serviço onde exerce

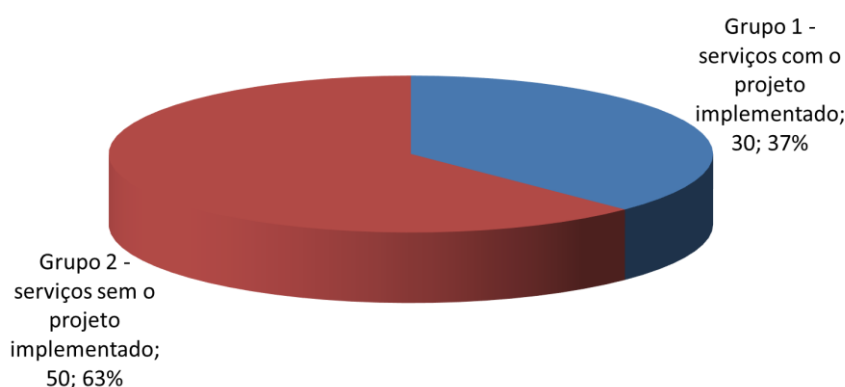
	N	%
Medicina A e B - Hospital 1	15	18,8
Medicina C e D - Hospital 1	15	18,8
Especialidades Médicas - Hospital 1	9	11,3
Pneumologia- Hospital 1	15	18,8
Cardiologia- Hospital 1	15	18,8
Medicina- Hospital 2	11	13,8
Total	80	100,0

Relativamente à distribuição dos participantes de acordo com o Projeto “STOP Infecção Hospitalar 2.0.”, verifica-se que 37,5% exercem funções em serviços com o projeto implementado (Grupo 1), enquanto 62,5% pertencem a serviços onde o projeto não se encontra implementado (Grupo 2) (Tabela 11).

Tabela 11- Projeto "STOP Infecção Hospitalar 2.0."

	N	%
Grupo 1 - serviços com o projeto implementado	30	37,5
Grupo 2 - serviços sem o projeto implementado	50	62,5
Total	80	100,0

Gráfico 6- - Projeto "STOP Infecção Hospitalar 2.0."



No que respeita ao tempo de exercício profissional, os participantes apresentam uma média de 17,7 anos (DP=7,21), com um coeficiente de variação de 41%, variando entre um mínimo de 4 anos e um máximo de 40 anos.

Tabela 12- Tempo de exercício profissional

	N	M	DP	CV	Min	Max
Tempo de exercício profissional	80	17,7	7,21	41%	4	40

Gráfico 7- Histograma Tempo de exercício profissional

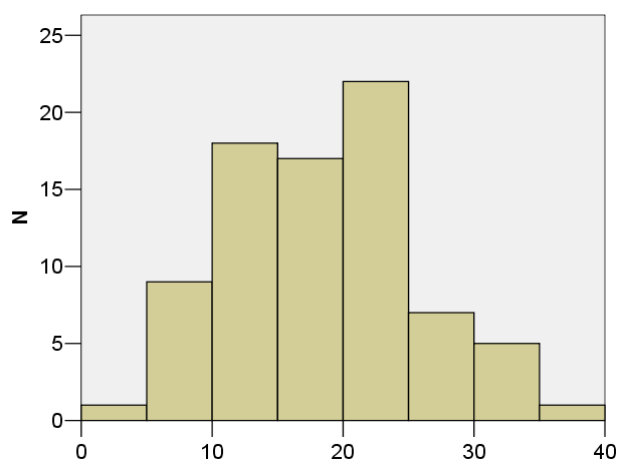
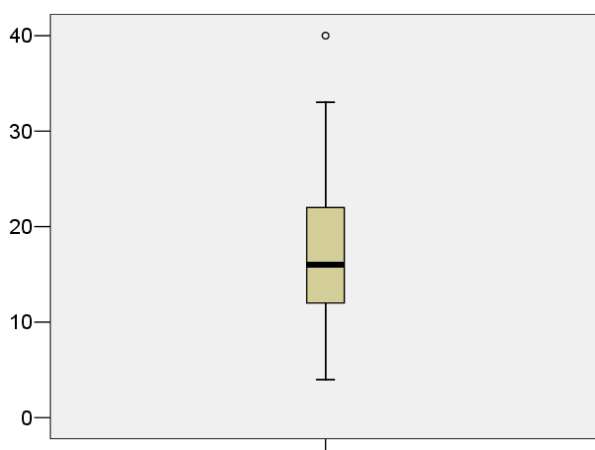


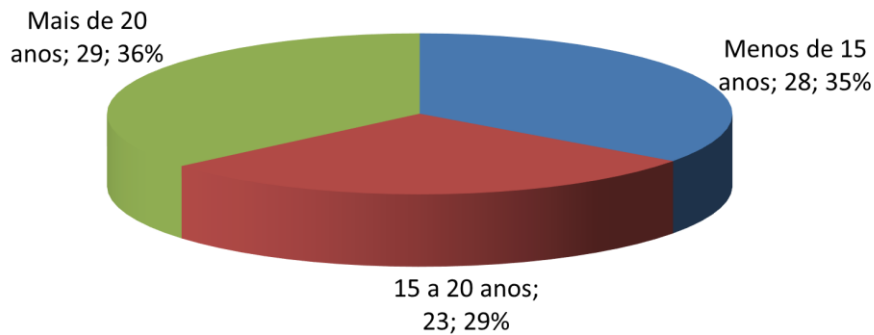
Gráfico 8- Diagrama Tempo de exercício profissional



A distribuição do tempo de exercício profissional concentra-se maioritariamente entre os 5 e os 35 anos, sendo o valor máximo de 40 anos considerado um *outlier* por se afastar da tendência central da distribuição. Para efeitos de análise inferencial, foram definidas três classes de tempo de exercício profissional, conforme apresentado na Tabela 11. Verifica-se que 35,0% dos participantes têm menos de 15 anos de experiência profissional, 28,8% situam-se entre os 15 e os 20 anos e 36,3% apresentam mais de 20 anos de exercício profissional.

Tabela 13- Classes do Tempo de exercício profissional

	N	%
Menos de 15 anos	28	35,0
15 a 20 anos	23	28,8
Mais de 20 anos	29	36,3
Total	80	100,0

Gráfico 9- Classes do Tempo de exercício profissional

Relativamente à categoria profissional, verifica-se que a maioria dos participantes são enfermeiros (82,5%), seguindo-se os enfermeiros especialistas (13,8%) e, por fim, os enfermeiros graduados (3,8%) (Tabela 14 e Gráfico 10).

Tabela 14- Categoria Profissional

	N	%
Enfermeiro	66	82,5
Enfermeiro Graduado	3	3,8
Enfermeiro Especialista	11	13,8
Total	80	100,0

Na Tabela 15 apresenta-se um resumo das principais características sociodemográficas e profissionais da amostra, incluindo idade, género, habilitações académicas, serviço de exercício, integração no Projeto “STOP Infecção Hospitalar 2.0.”, tempo de exercício profissional e categoria profissional.

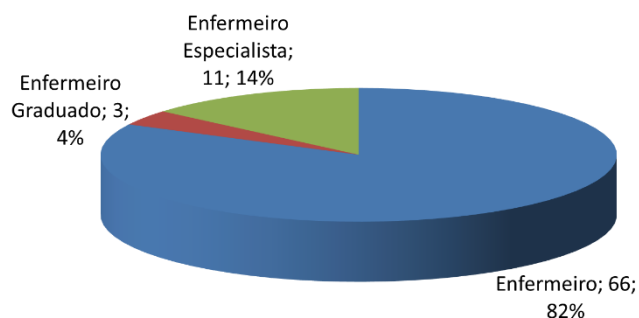
Gráfico 10- Categoria Profissional

Tabela 15- Características Sociodemográficas e Profissionais (RESUMO)

	Estatísticas	Categorias	N=80	%
1. Idade	M=41,3 DP=7,65	Menos de 40 anos	34	42,5
	Min=28 Max=64	40 a 45 anos	27	33,8
	CV=19%	Mais de 45 anos	19	23,8
2. Género		Masculino	12	15,0
		Feminino	68	85,0
3. Habilitações Académicas		Licenciatura	58	72,5
		Mestrado	3	3,8
		Especialidade	7	8,8
		Mestrado e Especialidade	12	15,0
4. Serviço onde trabalha (H1 e H2- ULS-NP):		Medicina A e B – H1	15	18,8
		Medicina C e D – H1	15	18,8
		Especialidades Médicas – H1	9	11,3
		Pneumologia- H1	15	18,8
		Cardiologia- H1	15	18,8
		Medicina- H2	11	13,8
Projeto "STOP Infecção Hospitalar 2.0."		Grupo 1 - com projeto implementado	30	37,5
		Grupo 2 - sem projeto implementado	50	62,5
5. Tempo de exercício profissional	M=17,7 DP=7,21	Menos de 15 anos	28	35,0
	Min=4 Max=40	15 a 20 anos	23	28,8
	CV=41%	Mais de 20 anos	29	36,3
6. Categoria Profissional		Enfermeiro	66	82,5
		Enfermeiro Graduado	3	3,8
		Enfermeiro Especialista	11	13,8
Total			80	100,0

H1 - Hospital 1, H2 - Hospital 2

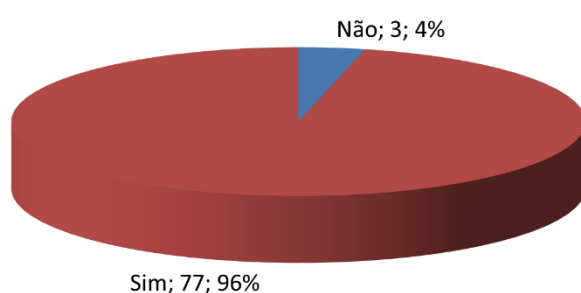
3.3. Perspetiva dos Enfermeiros sobre o Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

Os resultados apresentados neste ponto permitem dar resposta ao objetivo específico: avaliar o nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre o “Feixe de Intervenções” da DGS para a prevenção da infecção urinária associada a cateter vesical.

Na amostra, a maioria dos enfermeiros (96,3%) já frequentou formação na área da prevenção e controlo de infeção, enquanto apenas 3,8% indicaram não ter frequentado qualquer formação (Tabela 16).

Tabela 16- Frequência de formação na área da prevenção e controle de infecção

	N=80	%
Não	3	3,8
Sim	77	96,3
Total	80	100,0

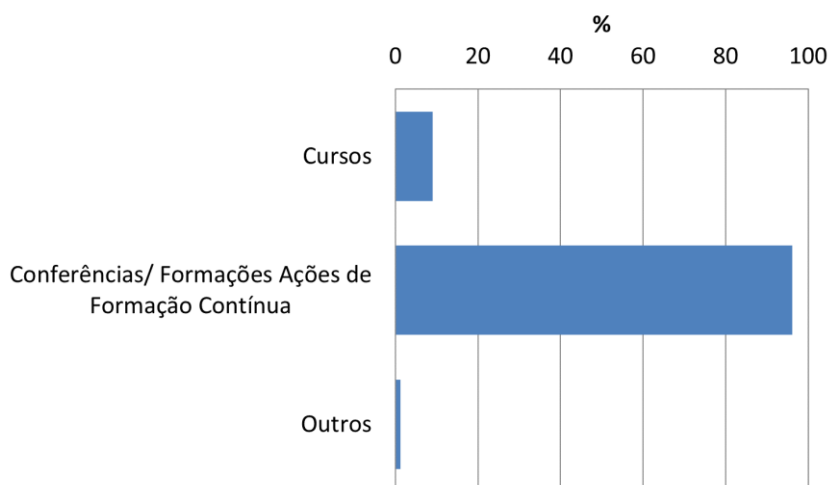
Gráfico 11- Frequência de formação na área da prevenção e controle de infecção

Entre os 77 enfermeiros que já frequentaram formação, a grande maioria (96,1%) participou em Conferências, Formações/ Ações de Formação Contínua, 9,1% frequentou Cursos e apenas 1,3% referiu outro tipo de formação, sem especificar qual (Tabela 17).

Tabela 17- Tipo de formação

	Não		Sim	
	N	%	N	%
N=77				
Cursos	70	90,9%	7	9,1%
Conferências/ Formações/ Ações de Formação Contínua	3	3,9%	74	96,1%
Outros	76	98,7%	1	1,3%

Gráfico 12- Tipo de formação



Na amostra, o número de horas de formação na área de prevenção e controlo de infeção associada a cateter vesical que possui apresenta $M=5,95$ horas com um $DP=9,10$ horas a que corresponde um $CV=153\%$. O número de horas variou entre um mínimo de 0 horas e um máximo de 50 horas (Tabela 18).

Tabela 18- Número de horas de formação na área de prevenção e controlo de infeção associada a cateter vesical

	N	M	DP	CV	Min	Max
Número de horas de formação na área de prevenção e controlo de infeção associada a cateter vesical	80	5,95	9,10	153%	0	50

Gráfico 13- Histograma Número de horas de formação na área de prevenção e controlo de infeção associada a cateter vesical

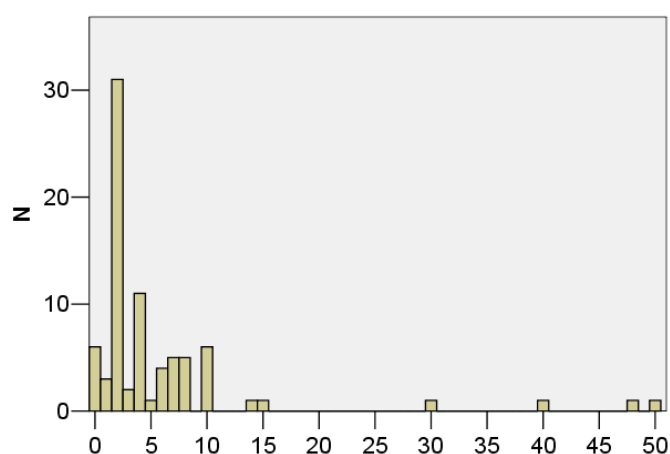
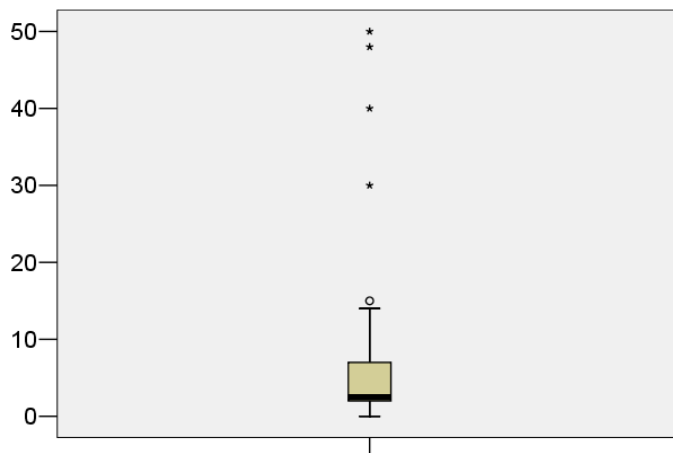


Gráfico 14- Diagrama Número de horas de formação na área de prevenção e controle de infecção associada a cateter vesical



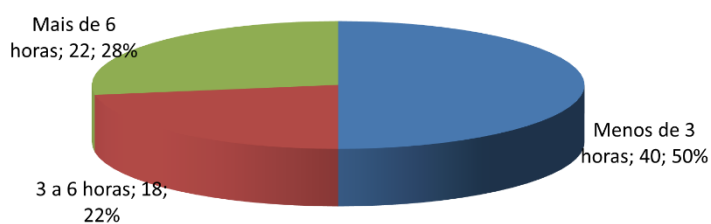
A distribuição do número de horas de formação concentra-se principalmente entre 0 e 10 horas, sendo os valores superiores a 14 horas considerados *outliers* (Gráfico 13 e 14).

Para efeitos das análises inferenciais, foram construídas três classes do número de horas de formação, conforme apresentado na Tabela 19, permitindo categorizar os participantes de forma mais clara e comparativa.

Tabela 19- Classes do número de horas de formação na área de prevenção e controle de infecção associada a cateter vesical

	N	%
Menos de 3 horas	40	50,0
3 a 6 horas	18	22,5
Mais de 6 horas	22	27,5
Total	80	100,0

Gráfico 15- Classes do número de horas de formação na área de prevenção e controle de infecção associada a cateter vesical



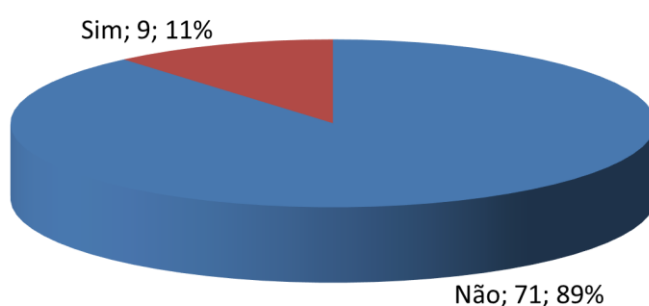
Relativamente ao número de horas de formação na área de prevenção e controlo de infeção associada a cateter vesical, verificou-se que 50,0% dos enfermeiros possuem menos de 3 horas de formação, 22,5% possuem entre 3 e 6 horas, e 27,5% possuem mais de 6 horas. Estes dados evidenciam que metade da amostra apresenta um número muito limitado de horas de formação nesta área.

No que diz respeito à integração no Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), apenas 11,3% dos enfermeiros integram ou já integraram o programa, enquanto a maioria, 88,8%, não participou (Tabela 20).

Tabela 20- Integração no Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)

	N	%
Não	71	88,8
Sim	9	11,3
Total	80	100,0

Gráfico 16- Integração no Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)



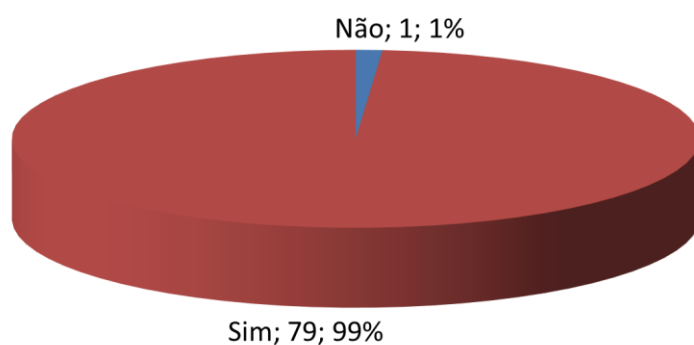
Na amostra, 98,8% dos enfermeiros têm conhecimento da existência da norma da Direção-Geral da Saúde (DGS) nº 019/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022, intitulada “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical, enquanto apenas 1,3% (um elemento) respondeu negativamente.

As questões subsequentes foram respondidas apenas pelos 79 enfermeiros que confirmaram conhecimento da referida norma, permitindo avaliar de forma mais precisa o nível de conhecimento sobre os seus conteúdos e recomendações.

Tabela 21- Conhecimento da existência da norma nº: 019/2015 "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

	N	%
Não	1	1,3
Sim	79	98,8
Total	80	100,0

Gráfico 17- Conhecimento da existência da norma nº: 019/2015 "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical



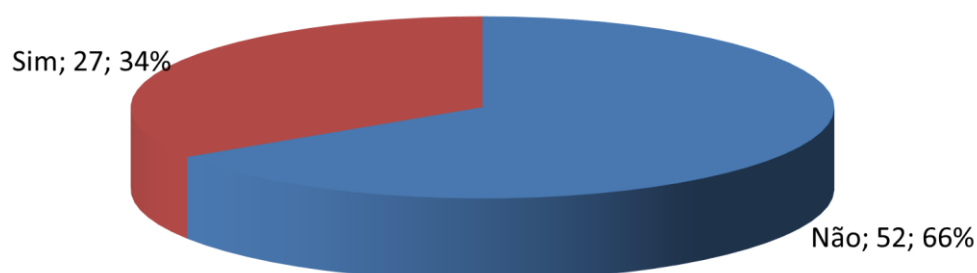
Na subamostra dos 79 enfermeiros que têm conhecimento da norma DGS nº 019/2015, 34,2% referem que já leram a norma por completo, enquanto 65,8% indicam que nunca a leram integralmente.

Estes resultados sugerem que, apesar da quase totalidade da amostra estar ciente da existência da norma, uma proporção significativa dos enfermeiros ainda não a leu na sua totalidade, o que pode influenciar o nível de implementação das recomendações do Feixe de Intervenções na prática clínica.

Tabela 22- Leitura por completo da norma da DGS nº: 019/2015

	N	%
Não	52	65,8
Sim	27	34,2
Total	79	100,0

Gráfico 18- Leitura por completo da norma da DGS nº: 019/2015



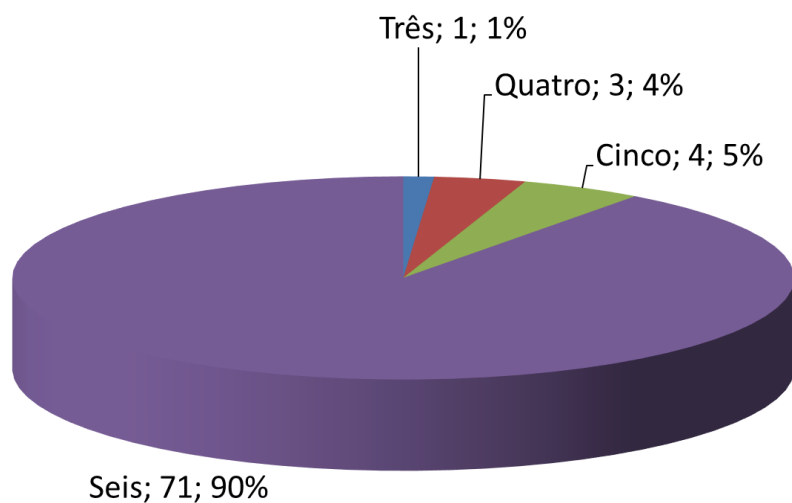
Na subamostra dos 79 enfermeiros que conhecem a norma DGS nº 019/2015, foi questionado quantos pontos compõem o “Feixe de Intervenções” atualizado a 29 de agosto de 2022. Os resultados indicam que:

- 1,3% (1 enfermeiro) respondeu “três pontos”;
- 3,8% (3 enfermeiros) responderam “quatro pontos”;
- 5,1% (4 enfermeiros) responderam “cinco pontos”;
- 89,9% (71 enfermeiros) responderam “seis pontos”, que corresponde à resposta correta. (Tabela 23)

Tabela 23- Número de pontos que compõem o "Feixe de Intervenções" da norma nº: 019/2015

	N	%
Três	1	1,3
Quatro	3	3,8
Cinco	4	5,1
Seis	71	89,9
Total	79	100,0

Gráfico 19- Número de pontos que compõem o "Feixe de Intervenções" da norma nº: 019/2015

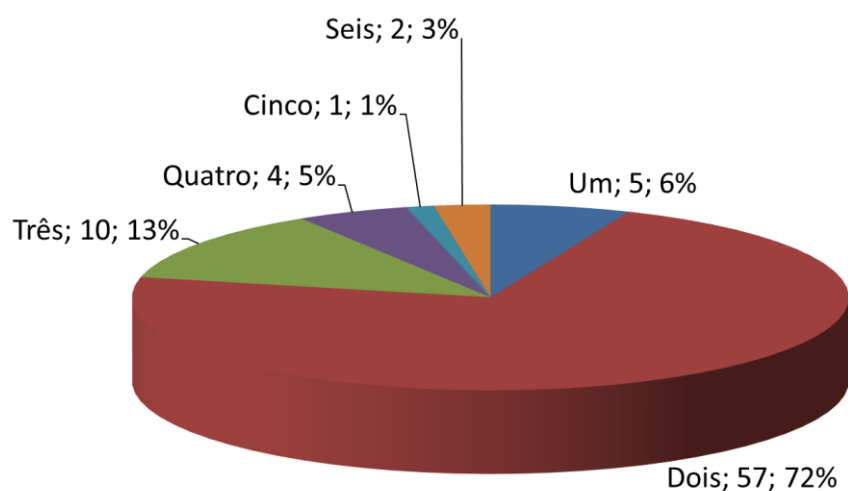


Na subamostra dos 79 enfermeiros que têm conhecimento da norma DGS nº 019/2015, foi questionado quantos dos pontos do “Feixe de Intervenções” se referem especificamente à colocação de cateter vesical. Os resultados foram os seguintes:

- 6,3% indicaram um ponto;
- 72,2% indicaram dois pontos (resposta correta);
- 12,7% indicaram três pontos;
- 5,1% indicaram quatro pontos;
- 1,3% (1 enfermeiro) indicou cinco pontos. (Tabela 24)

Tabela 24- Número de pontos da norma nº: 019/2015 relativos à colocação de cateter vesical

	N	%
Um	5	6,3
Dois	57	72,2
Três	10	12,7
Quatro	4	5,1
Cinco	1	1,3
Seis	2	2,5
Total	79	100,0

Gráfico 20- Número de pontos da norma n°: 019/2015 relativos à colocação de cateter vesical

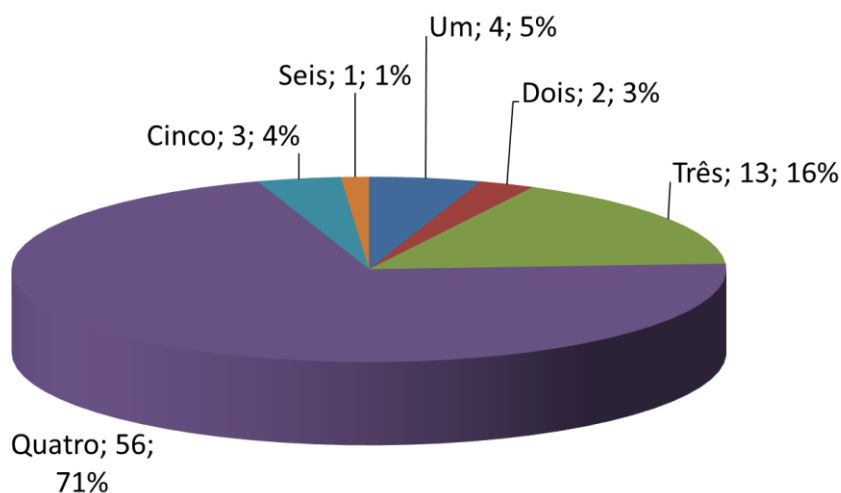
Na subamostra dos 79 enfermeiros que têm conhecimento da norma DGS n° 019/2015, foi questionado quantos dos pontos do “Feixe de Intervenções” se referem especificamente à manutenção do cateter vesical. Os resultados obtidos foram os seguintes:

- 5,1% indicaram um ponto;
- 2,5% indicaram dois pontos;
- 16,5% indicaram três pontos;
- 70,9% indicaram quatro pontos (resposta correta);
- 3,8% indicaram cinco pontos;
- 1,3% (1 enfermeiro) indicou seis pontos. (Tabela 25)

Estes dados evidenciam que 70,9% dos enfermeiros possuem conhecimento correto sobre os pontos da norma relativos à manutenção do cateter vesical, refletindo familiaridade com esta área específica do “Feixe de Intervenções”, embora exista uma minoria significativa que não domina este detalhe.

Tabela 25- Número de pontos da norma n°: 019/2015 relativos à manutenção de cateter vesical

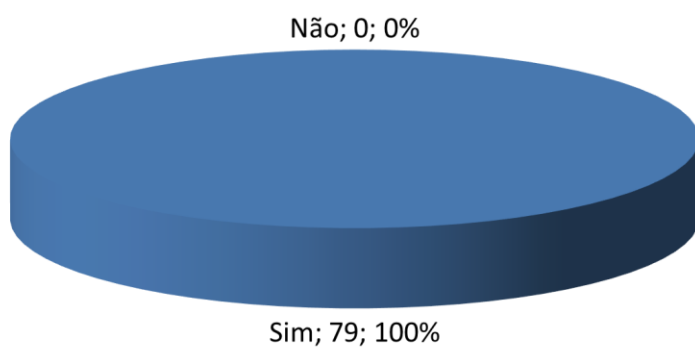
	N	%
Um	4	5,1
Dois	2	2,5
Três	13	16,5
Quatro	56	70,9
Cinco	3	3,8
Seis	1	1,3
Total	79	100,0

Gráfico 21- Número de pontos da norma nº: 019/2015 relativos à manutenção de cateter vesical

Na subamostra dos 79 enfermeiros que conhecem a norma DGS nº 019/2015, 100% referiram conhecer os critérios para a colocação de um cateter vesical, evidenciando que todos os profissionais que têm conhecimento da norma estão familiarizados com este aspeto específico do Feixe de Intervenções.

Tabela 26- Conhecimento dos critérios para colocação de um cateter vesical

	N	%
Não	0	0,0
Sim	79	100,0
Total	79	100,0

Gráfico 22- Conhecimento dos critérios para colocação de um cateter vesical

Na subamostra dos 79 enfermeiros que têm conhecimento da norma DGS nº 019/2015 e que indicaram conhecer os critérios para a colocação de cateter vesical, foi questionado quantos critérios compõem a colocação adequada do cateter. Os resultados foram os seguintes:

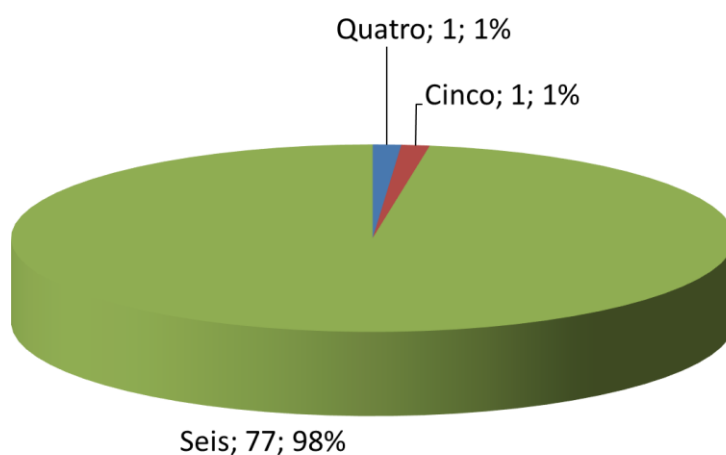
- 1,3% (1 enfermeiro) respondeu quatro critérios;
- 1,3% (1 enfermeiro) respondeu cinco critérios;
- 97,5% responderam seis critérios (resposta correta). (Tabela 27 e Gráfico 23)

Estes dados evidenciam que a grande maioria dos enfermeiros possui conhecimento correto e detalhado sobre os critérios de colocação do cateter vesical, refletindo elevada familiaridade com as recomendações práticas do Feixe de Intervenções da norma DGS.

Tabela 27- Número de critérios da norma nº: 019/2015 relativos a colocação de um cateter vesical

	N	%
Quatro	1	1,3
Cinco	1	1,3
Seis	77	97,5
Total	79	100,0

Gráfico 23- Número de critérios da norma nº: 019/2015 relativos a colocação de um cateter vesical



Na subamostra dos 79 enfermeiros que conhecem a norma DGS nº 019/2015, os resultados relativos ao conhecimento específico sobre o Feixe de Intervenções evidenciam o seguinte:

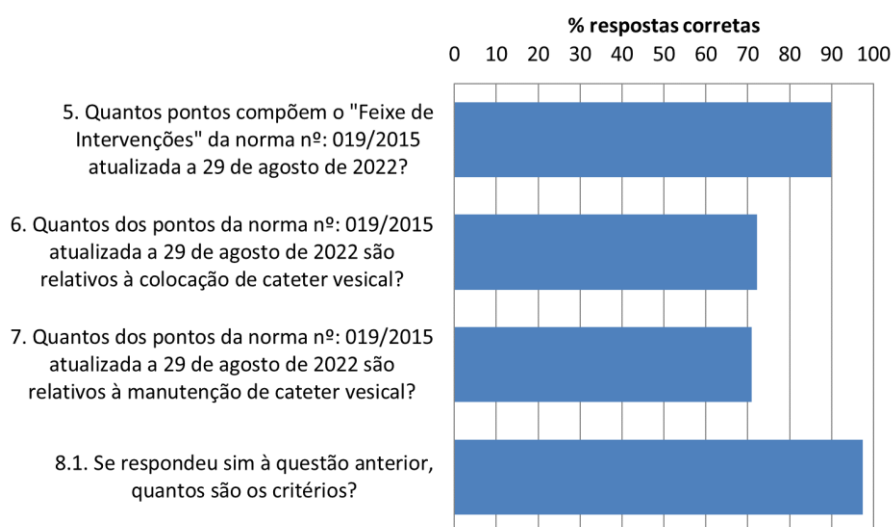
- 89,9% responderam corretamente ao número total de pontos que compõem o Feixe de Intervenções;
- 72,2% responderam corretamente ao número de pontos relativos à colocação de cateter vesical;
- 70,9% responderam corretamente ao número de pontos relativos à manutenção de cateter vesical;
- 97,5% responderam corretamente ao número de critérios relativos à colocação de um cateter vesical.

Estes resultados indicam que a maioria dos enfermeiros possui conhecimento adequado sobre os pontos e critérios essenciais da norma, embora a familiaridade seja ligeiramente inferior relativamente aos pontos específicos de colocação e manutenção do cateter vesical.

Tabela 28- Respostas corretas às questões 5, 6, 7 e 8.1

N=79	Resposta Incorreta		Resposta Correta	
	N	%	N	%
5. Número de pontos que compõem o "Feixe de Intervenções" da norma nº: 019/2015	8	10,1%	71	89,9%
6. Número de pontos da norma nº: 019/2015 relativos à colocação de cateter vesical	22	27,8%	57	72,2%
7. Número de pontos da norma nº: 019/2015 relativos à manutenção de cateter vesical	23	29,1%	56	70,9%
8.1. Número de critérios da norma nº: 019/2015 relativos à colocação de um cateter vesical	2	2,5%	77	97,5%

Gráfico 24- Respostas corretas às questões 5, 6, 7 e 8.1

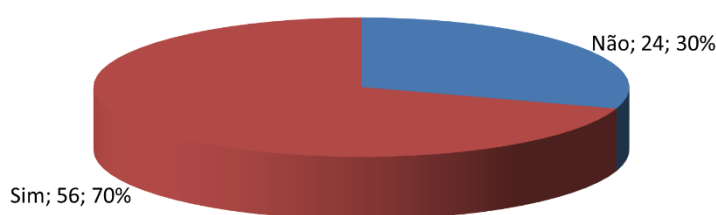


Na amostra, 70,0% sabem da existência do projeto STOP Infecção Hospitalar 2.0 e os restantes 30,0% respondem negativamente.

Tabela 29- Conhecimento da existência do projeto “STOP Infecção Hospitalar 2.0”

	N	%
Não	24	30,0
Sim	56	70,0
Total	80	100,0

Gráfico 25- Conhecimento da existência do projeto “STOP Infecção Hospitalar 2.0”



Os 56 elementos que respondem que têm conhecimento da existência do projeto “STOP Infecção Hospitalar 2.0” dão as seguintes respostas:

- Projeto da DGS para reduzir infecções hospitalares (2 elementos)
- Projeto que visa a redução de infecções associadas ao cateter vesical (2 elementos)
- Agregação de instituições que pretende implementar medidas que diminuam em 50% as infecções associadas ao cateter vesical.
- Conjunto de medidas implementadas pela PPCIRA, executadas em conjunto para reduzir as infecções hospitalares associadas ao cateter vesical.
- Consiste em medidas/ critérios para a prevenção de infecções associadas a procedimentos invasivos.
- Consiste em reduzir a incidência da infecção ao nível do trato urinário.
- Consiste em reduzir o tempo de permanência dos cateteres vesicais para evitar infecções hospitalares.
- Consiste na prevenção associadas ao cateter vesical.
- Consiste na redução da incidência de infecções urinárias associadas aos cateteres vesicais.
- Consiste no projeto que pretende diminuir as infecções hospitalares.
- Consiste no projeto que visa a redução da densidade de incidência das infecções associadas aos cuidados de saúde em 50%, associadas ao cateter vesical.
- Consiste num projeto de redução de infecções hospitalares, onde são atribuídas cores relativamente aos resultados obtidos.
- Consiste num projeto organizado pela PPCIRA e DGS para a redução das infecções hospitalares.
- Consiste numa iniciativa cujo objetivo é a redução das infecções hospitalares em 50%.
- Contribui para a redução das infecções utilizando uma metodologia de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.
- Diminuição da colocação de cateteres vesicais e consequentemente diminuição do número de infecções associadas a cateter vesical.
- Diminuir o número de cateter vesical no serviço consequentemente reduzir o número de infecções.
- Diminuir o risco de infecção associada ao cateter vesical, removendo o cateter dos doentes assim que possível e evitando também a colocação do mesmo.
- É um programa com o objetivo de reduzir as infecções associadas aos cuidados de saúde e diminuir a resistência aos antimicrobianos.
- É um programa para redução das infecções associadas a cateter vesical e resistência a antimicrobianos.

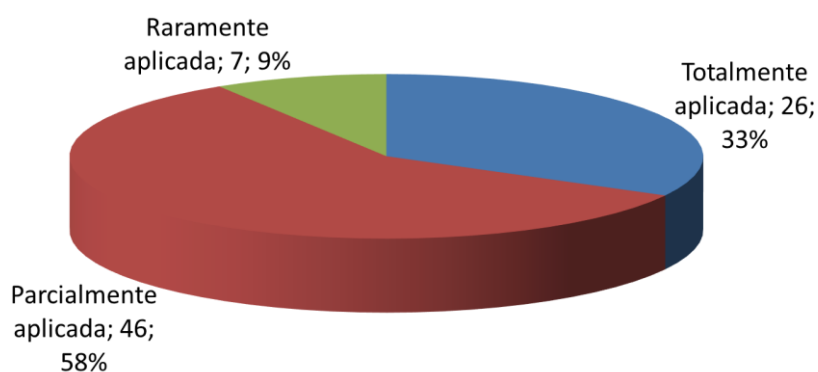
- Evitar a colocação de cateter vesical em doentes e evitar assim infeções.
- Evitar as algalias desnecessárias, reduzir o tempo de permanência dos cateteres vesicais e evitar as infeções do trato urinário associadas ao cateter vesical.
- Evitar o cateterismo vesical sempre que desnecessário.
- Iniciativa com objetivo de reduzir a incidência de infeções urinárias associadas ao cateter vesical em pelo menos 50%.
- Iniciativa nacional hospitalar com o objetivo de reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde.
- Iniciativa para reduzir as infeções hospitalares.
- Medidas para reduzir as infeções hospitalares.
- O projeto envolve a ULS e tem como objetivo reduzir a densidade de incidência de infeção urinária associada a cateter vesical.
- Pretende reduzir em 50% a incidência das infeções do trato urinário associadas ao cateter vesical.
- Projeto criado com intuito de reduzir a incidência de infeções hospitalares associadas ao cateter vesical, que engloba várias ULS.
- Projeto de melhoria da qualidade da DGS, com práticas, protocolos rigorosos e mudanças de comportamentos nas equipas de saúde.
- Projeto de prevenção de infeções hospitalares.
- Projeto implementado nos serviços de Medicina da ULSVDL, com intuito de reduzir as infeções hospitalares por meio de medidas preventivas de colocação e manutenção de cateter vesical e de boas práticas.
- Projeto nacional de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde hospitalares, para redução de infeções.
- Projeto não implementado neste serviço, mas sei que é um projeto instituído noutros serviços para redução de infeções hospitalares.
- Projeto para reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde.
- Projeto que consiste em reduzir a incidência de infeções urinárias associadas a cateter vesical em 50% nos serviços de Medicina-
- Projeto que inclui vários hospitais do SNS com objetivo de reduzir infeções hospitalares.
- Projeto que pretende contribuir para a redução de infeções hospitalares.
- Projeto que pretende diminuir a taxa de infeções associadas ao cateter vesical nos serviços de Medicina.
- Projeto que pretende diminuir as infeções hospitalares associadas aos cuidados de saúde, tendo uma metodologia de melhoria contínua da qualidade.
- Projeto que pretende reduzir a incidência de infeções urinárias associadas à colocação do cateter urinário.
- Projeto que visa a uniformização de práticas de prevenção das infeções urinárias associadas a cateter vesical.
- Promover a vigilância contínua de infeções associadas aos cuidados de saúde, estabelece indicadores de desempenho clínico em tempo real. Promove a formação contínua dos enfermeiros e protocolos baseados em evidência científica.
- Redução da infeção associada aos cuidados de saúde.
- Redução de infeções do trato urinário associadas ao cateter vesical.
- Reduzir a incidência de infeções urinárias associadas ao cateter vesical.
- Reduzir as infeções associadas ao cateter vesical.
- Reduzir em 50% a incidência de infeções hospitalares, neste caso infeção associada a cateter vesical.
- Reduzir o número de algalias, para reduzir o número de infeções associadas ao cateter vesical.
- Reduzir o número de colocação de cateter vesical para reduzir o número de infeções associadas ao mesmo.
- Sei que é um projeto instituído nas Medicinas, porém não sei em que consiste.
- Sim, realiza-se no meu serviço. Consiste em medidas de prevenir algaliação desnecessária, remover o mais cedo possível o cateter, avaliar a manutenção dos cateteres vesicais.
- Tem como objetivo reduzir as infeções urinárias associadas ao cateter vesical através de *bundles*, auditorias, indicadores e formação dos profissionais e das suas boas práticas.

Na amostra, relativamente ao nível de aplicação da norma DGS nº 019/2015, 32,9% dos enfermeiros referiram que a norma é totalmente aplicada, 58,2% indicaram que é parcialmente aplicada, e 8,9% consideraram que a sua aplicação ocorre raramente.

Tabela 30- Nível de aplicação da Norma para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

Nível de Aplicação	N	%
Totalmente aplicada	26	32,9
Parcialmente aplicada	46	58,2
Raramente aplicada	7	8,9
Total	79	100,0

Verifica-se 1 resposta omissa

Gráfico 26- Nível de aplicação da Norma para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical**Tabela 31- Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical: Perspetiva dos Enfermeiros (RESUMO)**

				N	%
1. Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção					
				Não	3 3,8
				Sim	77 96,3
1.1. Tipo de formação (N=77)					
Cursos				7	9,1%
Conferências/ Formações/ Ações de Formação Contínua				74	96,1%
Outros				1	1,3%
2. Número de horas de formação na área de prevenção e controlo de infeção associada a cateter vesical					
M=5,95 DP=9,10 Min=0 Max=50					
Menos de 3 horas				40	50,0
3 a 6 horas				18	22,5
Mais de 6 horas				22	27,5
3. Integração no Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)					
				Não	71 88,8
				Sim	9 11,3
4. Conhecimento da existência da norma da DGS nº: 019/2015 "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical					
				Não	71 88,8
				Sim	9 11,3
4.1. Leitura por completo a norma nº: 019/2015 (N=79)					
				Não	52 65,8
				Sim	27 34,2
5. Número de pontos que compõem o "Feixe de Intervenções" da norma nº: 019/2015 (N=79)					
Três				1	1,3
Quatro				3	3,8
Cinco				4	5,1
Seis				71	89,9
6. Número de pontos da norma nº: 019/2015 relativos à colocação de cateter vesical (N=79)					
Um				5	6,3
Dois				57	72,2
Três				10	12,7
Quatro				4	5,1
Cinco				1	1,3

	Seis	2	2,5
7. Número de pontos da norma nº: 019/2015 relativos à manutenção de cateter vesical (N=79)	Um	4	5,1
	Dois	2	2,5
	Três	13	16,5
	Quatro	56	70,9
	Cinco	3	3,8
	Seis	1	1,3
8. Conhecimento dos critérios para colocação de um cateter vesical (N=79)	Não	0	0,0
	Sim	79	100,0
8.1. Conhecimento do número de critérios para colocação de um cateter vesical (N=79)	Quatro	1	1,3
	Cinco	1	1,3
	Seis	77	97,5
Respostas corretas às questões 5, 6, 7 e 8.1 da norma nº: 019/2015			
5. Número de pontos que compõem o "Feixe de Intervenções"		71	89,9%
6. Número de pontos relativos à colocação de cateter vesical		57	72,2%
7. Número de pontos relativos à manutenção de cateter vesical		56	70,9%
8.1. Conhecimento do número de critérios para colocação de um cateter vesical		77	97,5%
9. Conhecimento da existência do projeto "STOP Infecção Hospitalar 2.0"	Não	24	30,0
	Sim	56	70,0
10. Nível de aplicação da norma da DGS nº: 019/2015 para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical (1 resposta omissa)	Totalmente aplicada	26	32,9
	Parcialmente aplicada	46	58,2
	Raramente aplicada	7	8,9
	Total	80	100,0

Em síntese, os resultados evidenciam que a grande maioria dos enfermeiros da amostra possui formação na área de prevenção e controlo de infeção, sobretudo através de conferências e ações de formação contínua, embora o número de horas de formação seja relativamente baixo para metade da amostra. A integração no Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) é ainda limitada, e apenas uma parte dos profissionais leu a norma DGS nº 019/2015 na sua totalidade, apesar de quase todos conhecerem a sua existência.

Relativamente ao nível de conhecimento sobre o Feixe de Intervenções, verifica-se que a maioria dos enfermeiros responde corretamente às questões sobre número de pontos e critérios da norma, refletindo familiaridade com os aspetos essenciais da colocação e manutenção de cateter vesical. Contudo, a aplicação prática da norma é predominantemente parcial, evidenciando que, apesar do conhecimento teórico consolidado, há margem para reforçar a implementação prática das recomendações da DGS e aumentar a participação em programas estruturados como o STOP Infecção Hospitalar 2.0.

3.4. Práticas relativas ao Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

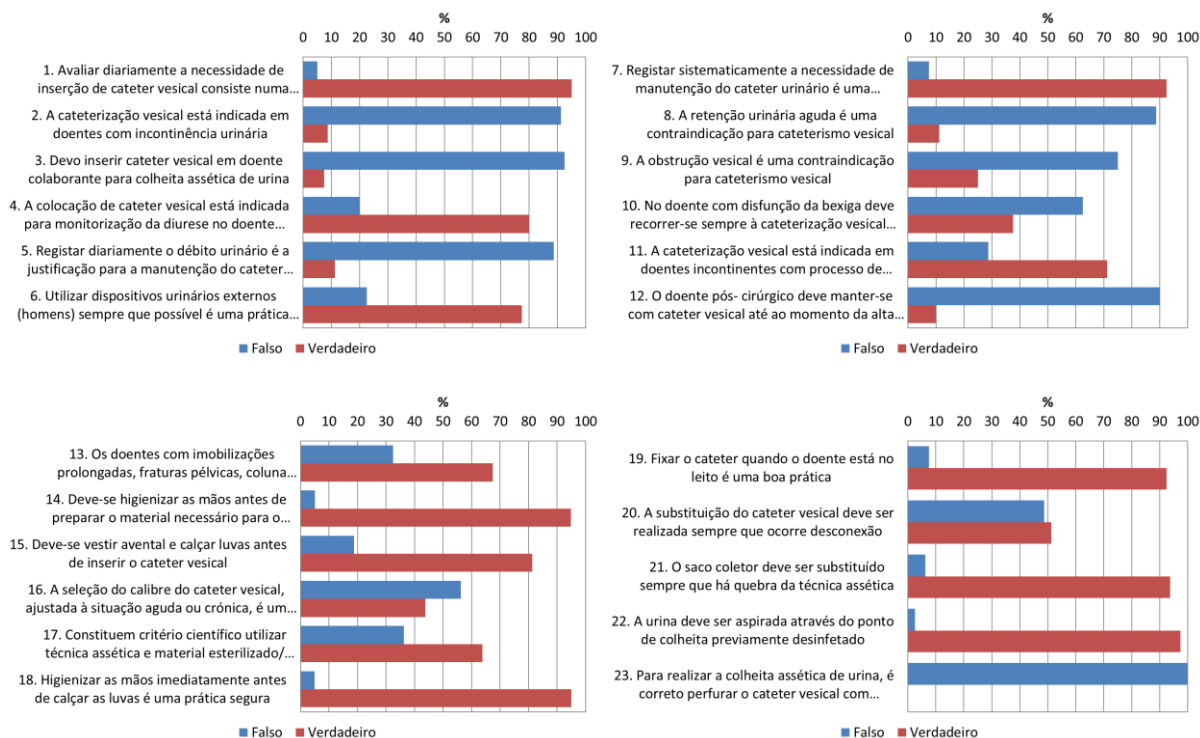
Os resultados apresentados permitem dar resposta ao objetivo específico de identificar as boas práticas clínicas adotadas na manipulação e manutenção do cateter vesical.

Na amostra, verificou-se a distribuição das respostas em verdadeiro e falso para cada questão. A Tabela 32 apresenta as respostas consideradas corretas, permitindo avaliar o nível de adesão às recomendações e boas práticas clínicas entre os enfermeiros.

Tabela 32- Práticas relativas ao Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

	Falso		Verdadeiro	
	N	%	N	%
1. Avaliar diariamente a necessidade de inserção de cateter vesical consiste numa boa prática clínica	4	5,0%	76	95,0%
2. A cateterização vesical está indicada em doentes com incontinência urinária	73	91,3%	7	8,8%
3. Devo inserir cateter vesical em doente colaborante para colheita assética de urina	74	92,5%	6	7,5%
4. A colocação de cateter vesical está indicada para monitorização da diurese no doente crítico	16	20,0%	64	80,0%
5. Registrar diariamente o débito urinário é a justificação para a manutenção do cateter vesical	71	88,8%	9	11,3%
6. Utilizar dispositivos urinários externos (homens) sempre que possível é uma prática segura	18	22,5%	62	77,5%
7. Registrar sistematicamente a necessidade de manutenção do cateter urinário é uma intervenção segura	6	7,5%	74	92,5%
8. A retenção urinária aguda é uma contraindicação para cateterismo vesical	71	88,8%	9	11,3%
9. A obstrução vesical é uma contraindicação para cateterismo vesical	60	75,0%	20	25,0%
10. No doente com disfunção da bexiga deve recorrer-se sempre à cateterização vesical intermitente	50	62,5%	30	37,5%
11. A cateterização vesical está indicada em doentes incontinentes com processo de cicatrização de feridas na região sagrada	23	28,8%	57	71,3%
12. O doente pós- cirúrgico deve manter-se com cateter vesical até ao momento da alta para controlo de diurese	72	90,0%	8	10,0%
13. Os doentes com imobilizações prolongadas, fraturas pélvicas, coluna instável têm indicação para cateterização vesical	26	32,5%	54	67,5%
14. Deve-se higienizar as mãos antes de preparar o material necessário para o procedimento de colocação de cateter vesical	4	5,1%	74	94,9%
15. Deve-se vestir avental e calçar luvas antes de inserir o cateter vesical	15	18,8%	65	81,3%
16. A seleção do calibre do cateter vesical, ajustada à situação aguda ou crónica, é um passo essencial no procedimento de assepsia	45	56,3%	35	43,8%
17. Constituem critério científico utilizar técnica assética e material esterilizado/ assético (luvas, compressas, lubrificante, solução antissética ou estéril) para limpeza do meato urinário	29	36,3%	51	63,8%
18. Higienizar as mãos imediatamente antes de calçar as luvas é uma prática segura	4	5,0%	76	95,0%
19. Fixar o cateter quando o doente está no leito é uma boa prática	6	7,5%	74	92,5%
20. A substituição do cateter vesical deve ser realizada sempre que ocorre desconexão	39	48,8%	41	51,3%
21. O saco coletor deve ser substituído sempre que há quebra da técnica assética	5	6,3%	75	93,8%
22. A urina deve ser aspirada através do ponto de colheita previamente desinfetado	2	2,5%	78	97,5%
23. Para realizar a colheita assética de urina, é correto perfurar o cateter vesical com agulha estéril	80	100,0%		

Gráfico 27- Práticas relativas ao Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical



Na amostra, a percentagem de respostas corretas variou consoante a questão.

Observou-se maior adesão às boas práticas clínicas nas questões relacionadas com:

- “Para realizar a colheita assética de urina, é correto perfurar o cateter vesical com agulha estéril”;
- “A urina deve ser aspirada através do ponto de colheita previamente desinfetado”;
- “Avaliar diariamente a necessidade de inserção de cateter vesical consiste numa boa prática clínica”;
- “Higienizar as mãos imediatamente antes de calçar as luvas é uma prática segura”;
- “Deve-se higienizar as mãos antes de preparar o material necessário para o procedimento de colocação de cateter vesical”.

Por outro lado, verificou-se menor percentagem de respostas corretas nas questões referentes a:

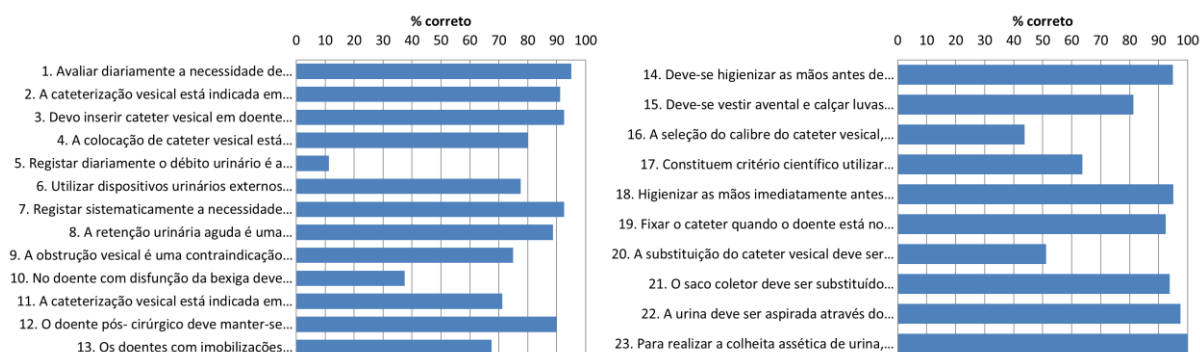
- “Registrar diariamente o débito urinário é a justificação para a manutenção do cateter vesical”;
- “No doente com disfunção da bexiga deve recorrer-se sempre à cateterização vesical intermitente”;
- “A seleção do calibre do cateter vesical, ajustada à situação aguda ou crónica, é um passo essencial no procedimento de assepsia”.

Estes dados permitem identificar quais práticas estão mais consolidadas entre os enfermeiros e quais requerem maior reforço formativo. (Tabela 33 e Gráfico 28)

Tabela 33- Práticas relativas ao Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical): Respostas corretas

	Incorreto		Correto	
	N	%	N	%
1. Avaliar diariamente a necessidade de inserção de cateter vesical consiste numa boa prática clínica	4	5,0%	76	95,0%
2. A cateterização vesical está indicada em doentes com incontinência urinária	7	8,8%	73	91,3%
3. Devo inserir cateter vesical em doente colaborante para colheita assética de urina	6	7,5%	74	92,5%
4. A colocação de cateter vesical está indicada para monitorização da diurese no doente crítico	16	20,0%	64	80,0%
5. Registrar diariamente o débito urinário é a justificação para a manutenção do cateter vesical	71	88,8%	9	11,3%
6. Utilizar dispositivos urinários externos (homens) sempre que possível é uma prática segura	18	22,5%	62	77,5%
7. Registrar sistematicamente a necessidade de manutenção do cateter urinário é uma intervenção segura	6	7,5%	74	92,5%
8. A retenção urinária aguda é uma contraindicação para cateterismo vesical	9	11,3%	71	88,8%
9. A obstrução vesical é uma contraindicação para cateterismo vesical	20	25,0%	60	75,0%
10. No doente com disfunção da bexiga deve recorrer-se sempre à cateterização vesical intermitente	50	62,5%	30	37,5%
11. A cateterização vesical está indicada em doentes incontinentes com processo de cicatrização de feridas na região sagrada	23	28,8%	57	71,3%
12. O doente pós- cirúrgico deve manter-se com cateter vesical até ao momento da alta para controlo de diurese	8	10,0%	72	90,0%
13. Os doentes com imobilizações prolongadas, fraturas pélvicas, coluna instável têm indicação para cateterização vesical	26	32,5%	54	67,5%
14. Deve-se higienizar as mãos antes de preparar o material necessário para o procedimento de colocação de cateter vesical	4	5,1%	74	94,9%
15. Deve-se vestir avental e calçar luvas antes de inserir o cateter vesical	15	18,8%	65	81,3%
16. A seleção do calibre do cateter vesical, ajustada à situação aguda ou crónica, é um passo essencial no procedimento de assepsia	45	56,3%	35	43,8%
17. Constituem critério científico utilizar técnica assética e material esterilizado/ assético (luvas, compressas, lubrificante, solução antissética ou estéril) para limpeza do meato urinário	29	36,3%	51	63,8%
18. Higienizar as mãos imediatamente antes de calçar as luvas é uma prática segura	4	5,0%	76	95,0%
19. Fixar o cateter quando o doente está no leito é uma boa prática	6	7,5%	74	92,5%
20. A substituição do cateter vesical deve ser realizada sempre que ocorre desconexão	39	48,8%	41	51,3%
21. O saco coletor deve ser substituído sempre que há quebra da técnica assética	5	6,3%	75	93,8%
22. A urina deve ser aspirada através do ponto de colheita previamente desinfetado	2	2,5%	78	97,5%
23. Para realizar a colheita assética de urina, é correto perfurar o cateter vesical com agulha estéril			80	100,0%

Gráfico 28- Práticas relativas ao Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical): Respostas corretas



3.5. Escala de Práticas relativas ao Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical: *Score* de nível de conhecimentos

Os resultados apresentados permitem também dar resposta ao objetivo específico de identificar as boas práticas clínicas adotadas na manipulação e manutenção do cateter vesical.

Para esta escala, os valores foram obtidos através da soma das respostas corretas aos itens que a constituem, podendo variar entre 0 (mínimo) e 23 pontos (máximo), sendo que quanto maior o *score*, maior o nível de conhecimentos.

Este foi categorizado em níveis de conhecimento:

- 0–8 pontos → Insuficiente
- 9–16 pontos → Razoável
- 17–23 pontos → Bom

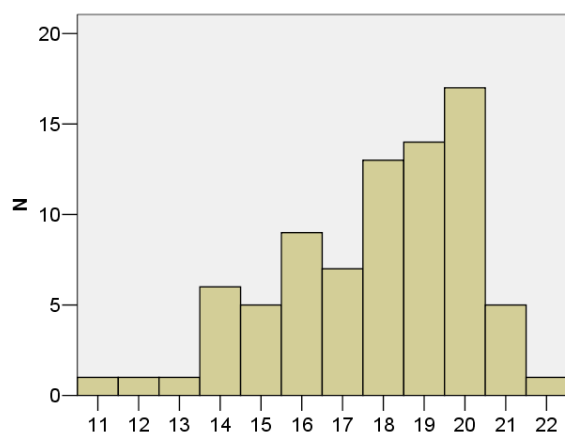
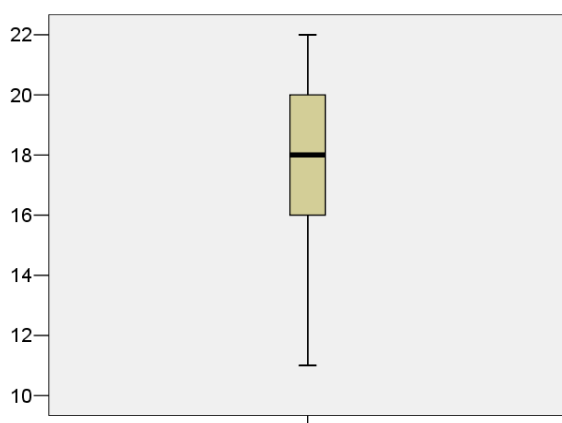
Na amostra, o *score* de nível de conhecimentos apresentou uma M de 17,8, com DP de 2,34, correspondendo a um CV de 13%, e variando entre 11 (mínimo) e 22 pontos (máximo).

Estes resultados indicam que, em geral, os enfermeiros apresentam um nível de conhecimentos bom sobre as boas práticas clínicas na manipulação e manutenção do cateter vesical.

Tabela 34- *Score* de nível de conhecimentos

	N	M	DP	CV	Min	Max
Score de nível de conhecimentos	80	17,8	2,34	13%	11	22

Os valores indicados reportam-se à escala de medida 0-23

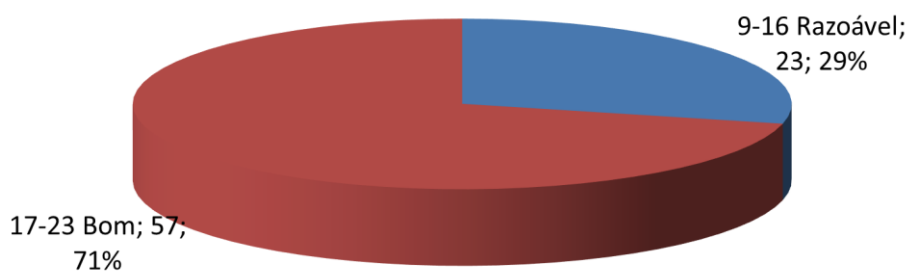
Gráfico 29- Histograma Score de nível de conhecimentos**Gráfico 30- Diagrama Score de nível de conhecimentos**

A distribuição dos valores do score de nível de conhecimentos concentra-se principalmente entre 14 e 21 pontos. Relativamente à categorização do score, 28,8% da amostra encontram-se na categoria 9–16 pontos (Razoável), enquanto 71,3% estão na categoria 17–23 pontos (Bom).

Para efeitos de análise, foram construídas três categorias de nível de conhecimentos, conforme apresentado na Tabela 35. Estas categorias permitem interpretar de forma sistemática a proficiência dos enfermeiros nas boas práticas clínicas de manipulação e manutenção do cateter vesical.

Tabela 35- Categorias *Score* de nível de conhecimentos

	N	%
0-8 Insuficiente	0	0,0
9-16 Razoável	23	28,8
17-23 Bom	57	71,3
Total	80	100,0

Gráfico 31- Categorias *Score* de nível de conhecimentos

- 3.6. Comparar a perspectiva dos enfermeiros em função dos serviços com o projeto STOP Infecção Hospitalar 2.0. implementado e os serviços onde o projeto ainda não foi aplicado

Os resultados apresentados neste ponto permitem dar resposta ao objetivo específico: comparar a perspectiva dos enfermeiros em função nos serviços com o projeto “STOP Infecção Hospitalar 2.0.” implementado e os serviços onde o projeto ainda não foi aplicado.

- Grupo 1 – serviços com o projeto implementado (Medicina A, B, C e D do Hospital 1);
- Grupo 2 – serviços sem o projeto implementado (Especialidades Médicas: Hematologia, Oncologia, Gastroenterologia, Neurologia e Nefrologia; Pneumologia, Cardiologia do Hospital 1 e Medicina do Hospital 2). Na amostra, a percentagem que já frequentou formação na área da prevenção e controlo de infeção é ligeiramente superior para o “Grupo 1 - serviços com o projeto implementado” e inferior para o “Grupo 2 - serviços sem o projeto implementado”, mas as diferenças não são significativas. Relativamente ao tipo de formação a percentagem que frequentou “Cursos” ou “Conferências/ Formações/ Ações de Formação Contínua” é ligeiramente superior para o “Grupo 1 - serviços com o projeto implementado” e a percentagem que frequentou “outros” é ligeiramente superior para o “Grupo 2 - serviços sem o projeto implementado”, mas as diferenças também não são significativas. Assim, em termos de frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção não se verificam diferenças significativas entre o Grupo 1 e Grupo 2.

Tabela 36- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” com os dois grupos

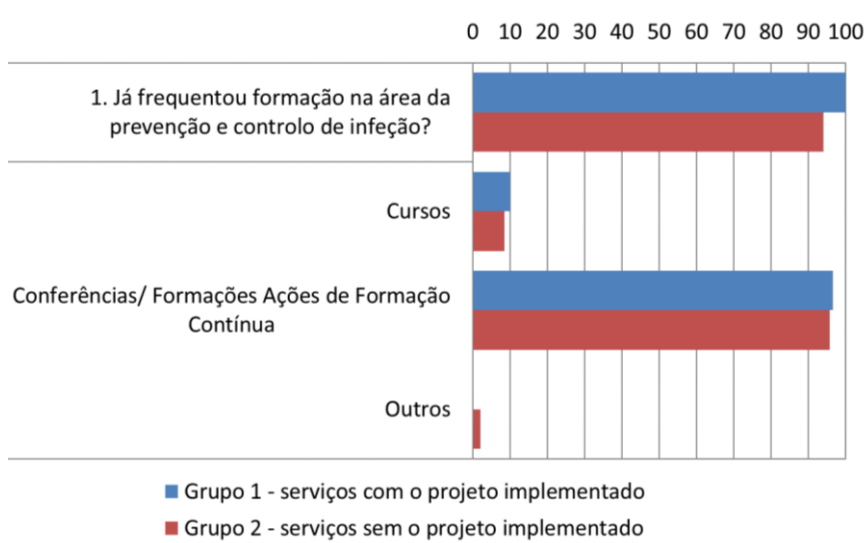
	Grupo 1 (N=30)		Grupo 2 (N=50)		X ²	p
	N	%	N	%		
1. Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção					1,870	0,171
Não	0	0,0	3	6,0		
Sim	30	100,0	47	94,0		
1.1.-Tipo de formação						
	N	%	N	%	X ²	p
Cursos					0,049	0,825
Não	27	90,0	43	91,5		
Sim	3	10,0	4	8,5		
Conferências/ Formações Ações de Formação Contínua					0,042	0,838
Não	1	3,3	2	4,3		
Sim	29	96,7	45	95,7		
Outros					0,647	0,421
Não	30	100,0	46	97,9		
Sim	0	0,0	1	2,1		

Grupo 1 - serviços com o projeto implementado

Grupo 2 - serviços sem o projeto implementado

X²: teste do Qui-quadrado

** p≤0,01

Gráfico 32- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” com os dois grupos

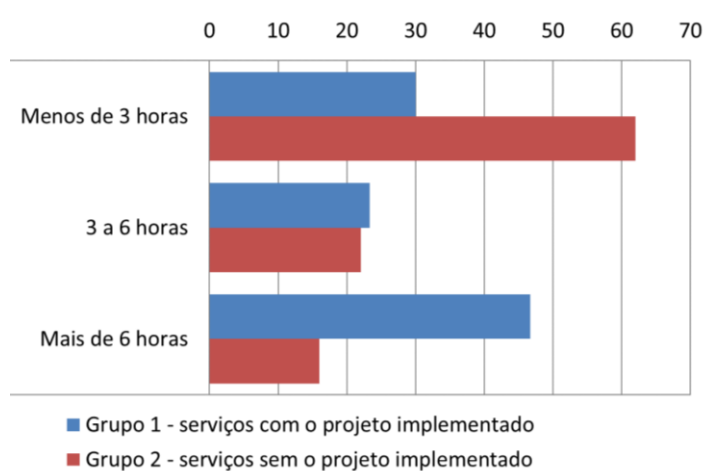
A análise da distribuição do número de horas de formação na área de prevenção e controlo de infeção associada a cateter vesical entre os dois grupos de serviços revela diferenças estatisticamente significativas. Observa-se que a percentagem de enfermeiros com menos de 3 horas de formação é superior no Grupo 2 (62,0%) em comparação com o Grupo 1 (30,0%), enquanto a percentagem de enfermeiros com mais de 6 horas de formação é superior no Grupo 1 (46,7%) em relação ao Grupo 2 (16,0%).

O teste do qui-quadrado confirma que estas diferenças são estatisticamente significativas ($\chi^2(2) = 10,267$; $p = 0,006$), indicando que o tempo de formação é significativamente maior para os enfermeiros que trabalham nos serviços do Grupo 1 - com o projeto implementado, em comparação com os do Grupo 2- em o projeto implementado (Tabela 37 e Gráfico 33).

Tabela 37- Relação entre “Número de horas de formação na área de prevenção e controlo de infeção associada a cateter vesical” com os dois grupos

	Grupo 1 (N=30)		Grupo 2 (N=50)		χ^2	p
	N	%	N	%		
2. Número de horas de formação na área de prevenção e controlo de infeção associada a cateter vesical					10,267	** 0,006
Menos de 3 horas	9	30,0	31	62,0		
3 a 6 horas	7	23,3	11	22,0		
Mais de 6 horas	14	46,7	8	16,0		
Grupo 1 - serviços com o projeto implementado Grupo 2 - serviços sem o projeto implementado					χ^2 : teste do Qui-quadrado ** $p \leq 0,01$	

Gráfico 33- Relação entre “Número de horas de formação na área de prevenção e controlo de infeção associada a cateter vesical” com os dois grupos



Na amostra, a percentagem de respostas afirmativas a “Integração no Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)” é superior para o “Grupo 1 - serviços com o projeto implementado” e inferior para o “Grupo 2 - serviços sem o projeto implementado”, quanto a “Conhecimento da norma da DGS nº: 019/2015” apenas se verifica uma resposta negativa, que ocorre no Grupo 2, mas as diferenças entre os grupos não são significativas.

A percentagem de respostas afirmativas a “Leitura por completo da norma nº: 019/2015” é superior para o “Grupo 1 - serviços com o projeto implementado” em

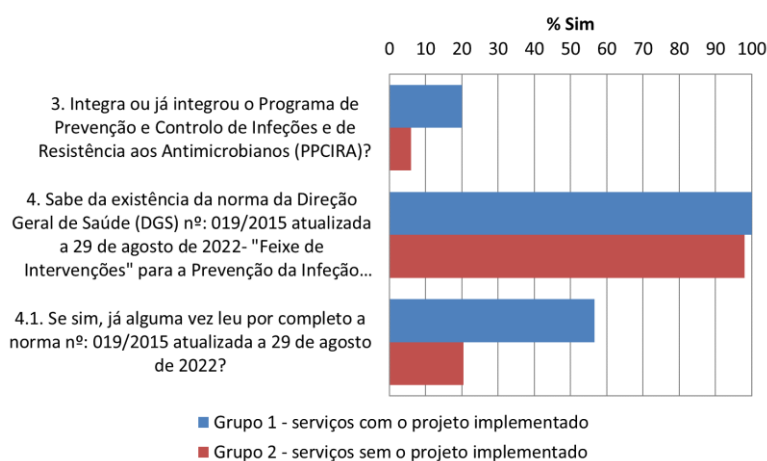
comparação com o “Grupo 2 - serviços sem o projeto implementado”, sendo as diferenças significativas ($\chi^2_{(1)}=10,874$; $p=0,001$).

Portanto, a percentagem que já leu por completo a norma nº: 019/2015 é significativamente superior para os enfermeiros que trabalham no “Grupo 1 - serviços com o projeto implementado” em comparação com os que trabalham no “Grupo 2 - serviços sem o projeto implementado”. No entanto, em termos de integração do PPCIRA e de ter conhecimento da existência da norma nº: 019/2015, não se verificam diferenças significativas entre o Grupo 1 e o Grupo 2.

Tabela 38- Relação entre as questões sobre o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e a norma nº: 019/2015 com os dois grupos

	Grupo 1 (N=30)		Grupo 2 (N=50)		χ^2	p
	N	%	N	%		
3. Integra ou já integrou o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)?					3,681	0,055
Não	24	80,0	47	94,0		
Sim	6	20,0	3	6,0		
4. Sabe da existência da norma da Direção Geral de Saúde (DGS) nº: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022- "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical?					0,608	0,436
Não	0	0,0	1	2,0		
Sim	30	100,0	49	98,0		
	Grupo 1 (N=30)		Grupo 2 (N=49)		χ^2	p
	N	%	N	%		
4.1. Se sim, já alguma vez leu por completo a norma nº: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022?					10,874	0,001
Não	13	43,3	39	79,6		
Sim	17	56,7	10	20,4		
Grupo 1 - serviços com o projeto implementado			Grupo 2 - serviços sem o projeto implementado		χ^2 : teste do Qui-quadrado	
					** $p \leq 0,01$	

Gráfico 34- Relação entre as questões sobre o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e a norma nº: 019/2015 com os dois grupos



A percentagem de respostas corretas a “Número de pontos da norma nº: 019/2015 relativos à colocação de cateter vesical” é superior para o “Grupo 1 - serviços com o projeto implementado” em comparação com o “Grupo 2 - serviços sem o projeto implementado”, sendo as diferenças significativas ($\chi^2_{(1)}=5,071$; $p=0,024$), a percentagem de respostas corretas a “Número de pontos da norma nº: 019/2015 relativos à manutenção de cateter vesical” é superior para o Grupo 1 em comparação com o Grupo 2, sendo as diferenças significativas ($\chi^2_{(1)}=5,836$; $p=0,016$).

Na amostra, a percentagem de respostas corretas a “Número de pontos que compõem o “Feixe de Intervenções” é superior para o “Grupo 1 - serviços com o projeto implementado” e inferior para o “Grupo 2 - serviços sem o projeto implementado”, a percentagem de respostas corretas a “Número de critérios relativos a colocação de cateter vesical” é superior para o Grupo 2 e inferior para o Grupo 1, mas as diferenças entre os grupos não são significativas.

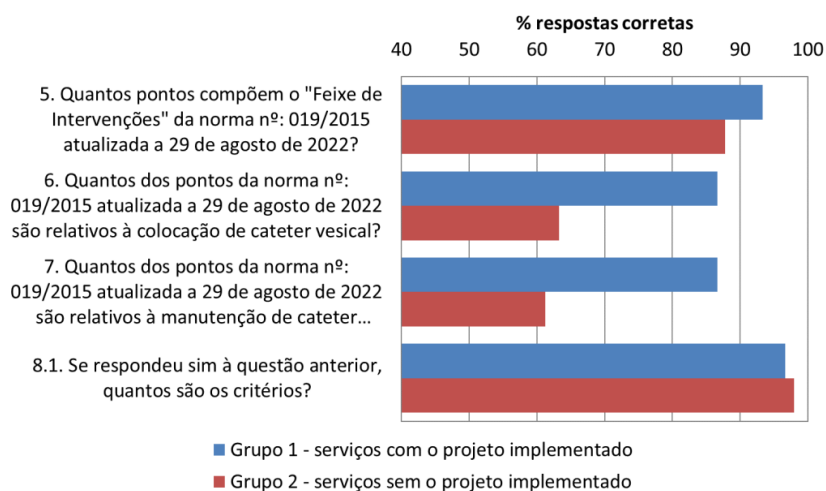
Portanto, o conhecimento sobre os pontos da norma relativos à colocação de cateter vesical e à manutenção de cateter vesical é significativamente superior para os enfermeiros que trabalham no “Grupo 1 - serviços com o projeto implementado” em comparação com os que trabalham no “Grupo 2 - serviços sem o projeto implementado. Já o conhecimento sobre o número de pontos do “Feixe de Intervenções” da norma e o número de critérios para colocação de um cateter vesical não apresenta diferenças significativas entre o Grupo 1 e o Grupo 2.

Note-se que na questão “Têm conhecimento dos critérios para colocação de um cateter vesical?”, como todas as respostas são afirmativas em ambos os grupos, não existem diferenças entre eles.

Tabela 39- Relação entre as respostas corretas sobre a norma nº 019/2015 com os dois grupos

	Grupo 1 (N=30)		Grupo 2 (N=50)		χ^2	p
	N	%	N	%		
Número de pontos que compõem o “Feixe de Intervenções” da norma nº: 019/2015	28	93,3	43	87,8	0,636	0,425
Número de pontos da norma nº: 019/2015 relativos à colocação de cateter vesical	26	86,7	31	63,3	5,071	* 0,024
Número de pontos da norma nº: 019/2015 relativos à manutenção de cateter vesical	26	86,7	30	61,2	5,836	* 0,016
Quantos critérios são relativos à colocação de cateter vesical	29	96,7	48	98,0	0,126	0,723

Grupo 1 - serviços com o projeto implementado Grupo 2 - serviços sem o projeto implementado
 χ^2 : teste do Qui-quadrado * $p \leq 0,05$

Gráfico 35- Relação entre as respostas corretas sobre a norma nº 019/2015 com os dois grupos

A percentagem de respostas afirmativas a “9. Sabe da existência do projeto STOP Infecção Hospitalar 2.0?” é superior para o “Grupo 1 - serviços com o projeto implementado”, em que todos respondem afirmativamente, em comparação com o “Grupo 2 - serviços sem o projeto implementado”, sendo as diferenças significativas ($\chi^2_{(1)}=20,571$; $p<0,001$).

Relativamente ao nível de aplicação da norma da DGS nº: 019/2015 para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical a percentagem de respostas “totalmente aplicada” é superior para o “Grupo 1 - serviços com o projeto implementado”, a percentagem de respostas “parcialmente aplicada” e “raramente aplicada” é superior para o “Grupo 2 - serviços sem o projeto implementado”, sendo as diferenças significativas ($\chi^2_{(1)}=7,679$; $p=0,021$).

Portanto, o conhecimento da existência do projeto STOP Infecção Hospitalar 2.0 e a opinião sobre a aplicação da norma da DGS nº: 019/2015 são ambos significativamente superiores para os enfermeiros que trabalham em serviços com o projeto implementado em comparação com os que trabalham em serviços sem o projeto implementado.

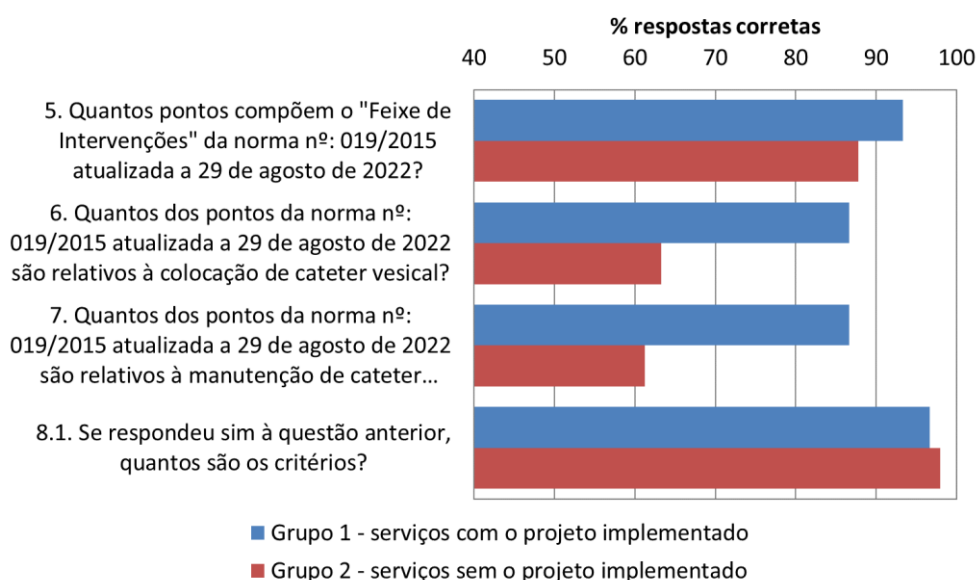
Tabela 40- Relação entre “Conhecimento da existência do projeto STOP Infecção Hospitalar 2.0” e “Nível de aplicação da norma da DGS nº: 019/2015” com os dois grupos

	Grupo 1 (N=30)		Grupo 2 (N=50)		χ^2	p
	N	%	N	%		
9. Conhecimento da existência do projeto STOP Infecção Hospitalar 2.0					20,571	*** 0,000
Não	0	0,0	24	48,0		
Sim	30	100,0	26	52,0		
	Grupo 1 (N=30)		Grupo 2 (N=49)		χ^2	p
	N	%	N	%		
10. Nível de aplicação da norma da DGS nº: 019/2015 para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical					7,679	* 0,021

Totalmente aplicada	14	48,3	12	24,0
Parcialmente aplicada	15	51,7	31	62,0
Raramente aplicada	0	0,0	7	14,0

Grupo 1 - serviços com o projeto implementado Grupo 2 - serviços sem o projeto implementado
 χ^2 : teste do Qui-quadrado *** $p \leq 0,001$ * $p \leq 0,01$

Gráfico 36- Relação entre “Conhecimento da existência do projeto STOP Infecção Hospitalar 2.0” e “Nível de aplicação da norma da DGS nº: 019/2015” com os dois grupos



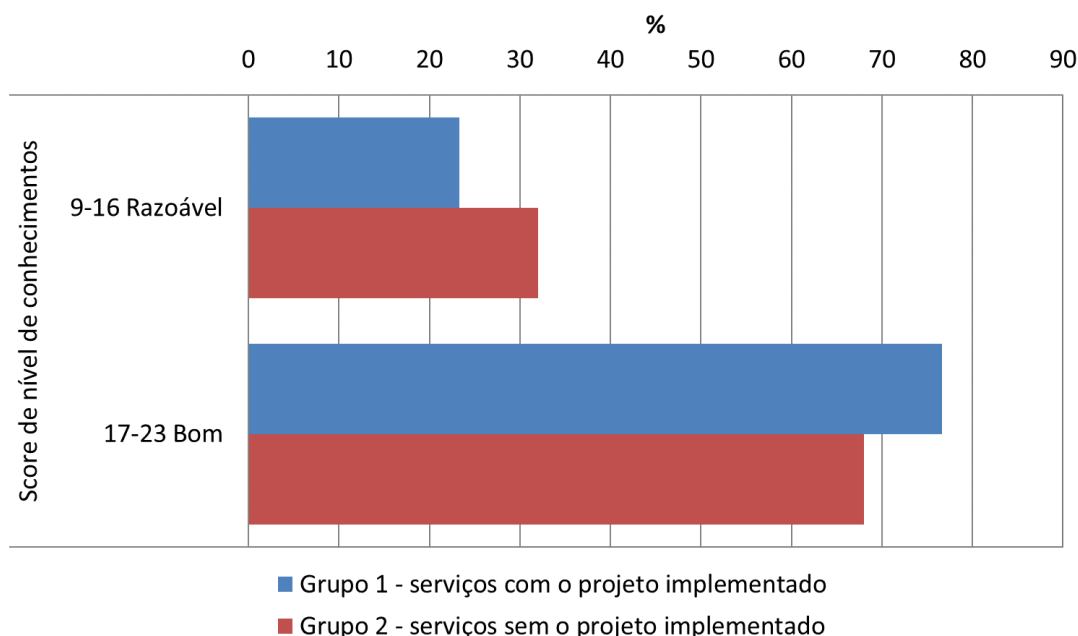
Na amostra, o *score* de nível de conhecimentos apresenta um valor médio idêntico para o “Grupo 1 - serviços com o projeto implementado” e para o “Grupo 2 - serviços sem o projeto implementado”, não se verificando diferenças significativas, de acordo com o teste t ($t_{78}=0,159$; $p=0,874$). Portanto, podemos concluir que o score de nível de conhecimentos não apresenta diferenças significativas entre o Grupo 1 e o Grupo 2.

Tabela 41- Relação entre o Score de nível de conhecimentos com os dois grupos

	Projeto "STOP Infecção Hospitalar 2.0."				t ₇₈	p
	Grupo 1 (N=30)		Grupo 2 (N=50)			
	M	DP	M	DP		
Score de nível de conhecimentos	17,87	2,22	17,78	2,44	0,159	0,874

t_{369} : teste t para amostras independentes com 78 graus de liberdade

Gráfico 38- Relação entre o Score de nível de conhecimentos, em categorias, com os dois grupos



3.7. Estudo da relação entre frequência de formação (participação ou não em ações formativas) e o *Score* de nível de conhecimentos, em função da idade, género, habilitações, tempo de exercício profissional e categoria profissional

3.7.1. Idade

A análise da relação entre idade, frequência de formação na área de prevenção e controlo de infeção e o score de nível de conhecimentos revelou que a percentagem de enfermeiros com nível de conhecimento razoável aumenta com a idade, enquanto a percentagem com nível de conhecimento bom diminui ligeiramente com o aumento da idade. Especificamente:

- Entre os enfermeiros com menos de 40 anos (N=34), 26,5% apresentaram score razoável e 73,5% score bom;
- Entre os 40 a 45 anos (N=27), 29,6% apresentaram score razoável e 70,4% score bom;
- Entre os mais de 45 anos (N=19), 31,6% apresentaram score razoável e 68,4% score bom.

Relativamente à frequência de formação, verifica-se que a grande maioria dos enfermeiros de todas as faixas etárias já frequentou formação, variando entre 92,6% e 100%.

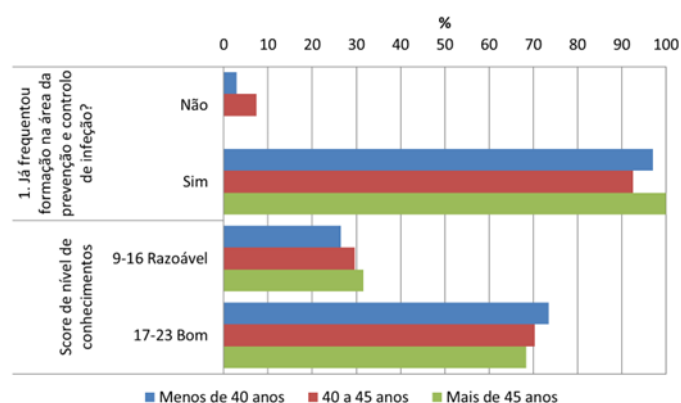
As diferenças observadas não foram estatisticamente significativas, tanto para a frequência de formação ($\chi^2(2) = 1,803$; $p = 0,406$) como para o score de nível de conhecimentos ($\chi^2(2) = 0,171$; $p = 0,918$) (Tabela 43 e Gráfico 39).

Tabela 43- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” e o “Score de nível de conhecimentos, em função da idade

	Menos de 40 anos (N=34)		40 a 45 anos (N=27)		Mais de 45 anos (N=19)		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção							1,803	0,406
Não	1	2,9	2	7,4	0	0,0		
Sim	33	97,1	25	92,6	19	100,0		
Score de nível de conhecimentos							0,171	0,918
9-16 Razoável	9	26,5	8	29,6	6	31,6		
17-23 Bom	25	73,5	19	70,4	13	68,4		

χ^2 : teste do Qui-quadrado

Gráfico 39- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” e o “Score de nível de conhecimentos” em função da idade



Em virtude do resultado obtido ($p < 0,05$) para a categoria com menos de 30 elementos, rejeita-se a hipótese de seguir uma distribuição normal, pelo que o teste paramétrico é substituído pelo teste não paramétrico.

Tabela 44- Teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S)

	Z	g.l.	p
Menos de 40 anos	,150	34	* 0,049
40 a 45 anos	,197	27	** 0,009
Mais de 45 anos	,253	19	** 0,002

Z: teste K-S * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Na amostra, o valor médio do score de nível de conhecimentos aumenta com o aumento da idade, mas as diferenças não são significativas, de acordo com o teste de *Kruskal-Wallis* ($H=2,308$; $p=0,315$).

Portanto, podemos concluir que não existe relação significativa da idade com ter feito formação na área da prevenção e controlo de infeção e ou com o *score* de nível de

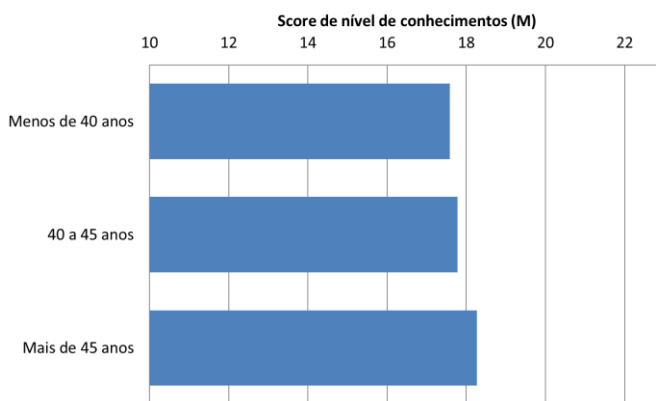
conhecimentos de Práticas relativas ao "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical.

Tabela 45- Teste de Kruskal-Wallis: Relação entre o “Score de nível de conhecimentos” com a idade

	Menos de 40 anos (N=34)		40 a 45 anos (N=27)		Mais de 45 anos (N=19)		H	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Score de nível de conhecimentos	17,59	1,78	17,78	2,93	18,26	2,38	2,308	0,315

H: teste de *Kruskal-Wallis* para amostras independentes com 2 graus de liberdade

Gráfico 40- Gráfico de médias: Relação entre o “Score de nível de conhecimentos” com a idade



3.7.2. Género

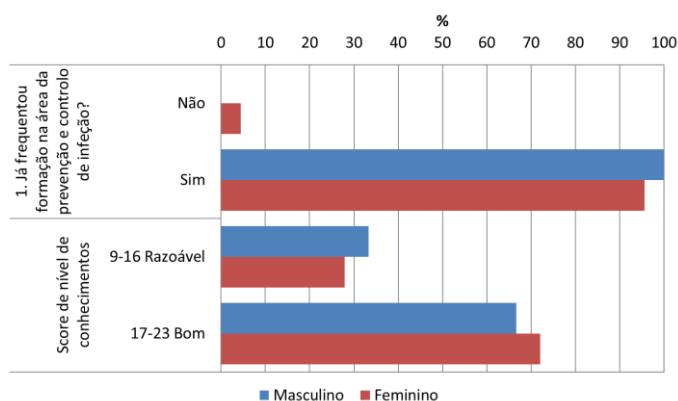
Na amostra, a percentagem que fez formação na área da prevenção e controlo de infeção é superior para o género masculino e inferior para o género feminino, a percentagem de nível de conhecimento razoável é superior para o género masculino e a percentagem de nível de conhecimento bom é superior para o género feminino, mas as diferenças não são significativas.

Tabela 46- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” e o “Score de nível de conhecimentos” em função do género

	Masculino (N=12)		Feminino (N=68)		X ²	p
	N	%	N	%		
Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção					0,550	0,458
Não	0	0,0	3	4,4		
Sim	12	100,0	65	95,6		
Score de nível de conhecimentos					0,145	0,704
9-16 Razoável	4	33,3	19	27,9		
17-23 Bom	8	66,7	49	72,1		

X²: teste do Qui-quadrado

Gráfico 41- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” e o “Score de nível de conhecimentos” em função do género



Em virtude do resultado obtido ($p > 0,05$) para a categoria com menos de 30 elementos, não se rejeita a hipótese do score seguir uma distribuição normal, pelo que pode ser utilizado o teste paramétrico.

Tabela 47- Teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S)

	Z	g.l.	p
Masculino	,191	12	> 0,200
Feminino	,164	68	*** 0,000

Z: teste K-S *** $p \leq 0,001$

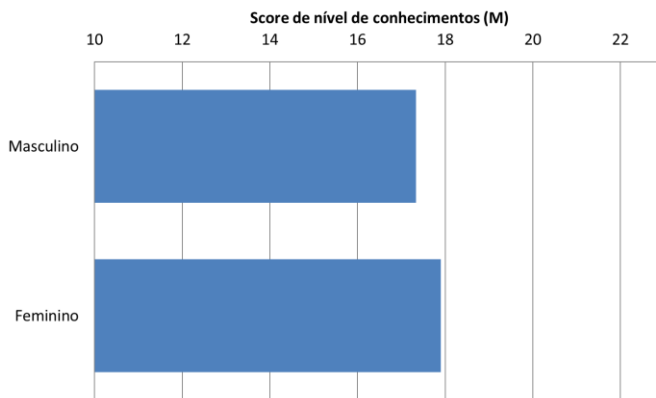
Na amostra, o valor médio do score de nível de conhecimentos é superior para o género feminino e inferior para o masculino, mas as diferenças não são significativas.

Portanto, podemos inferir que não existe relação significativa do género com ter feito formação na área da prevenção e controlo de infeção e ou com o score de nível de conhecimentos de Práticas relativas ao "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical.

Tabela 48- Relação entre o “Score de nível de conhecimentos” com o género

	Masculino (N=12)		Feminino (N=68)		t_{78}	p
	M	DP	M	DP		
Score de nível de conhecimentos	17,33	1,56	17,90	2,46	-0,766	0,446

H: teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes com 2 graus de liberdade

Gráfico 42- Gráfico de médias: Relação entre o “Score de nível de conhecimentos” com o género

3.7.3. Habilitações Académicas

A percentagem de enfermeiros que fez formação na área da prevenção e controlo de infeção é superior para licenciatura e inferior para mestrado, sendo as diferenças significativas ($\chi^2_{(2)}=12,385$; $p=0,006$).

Na amostra, a percentagem de nível de conhecimento razoável é superior para especialidade e inferior para mestrado, e a percentagem de nível de conhecimento é superior para mestrado e inferior para especialidade, mas as diferenças não são significativas.

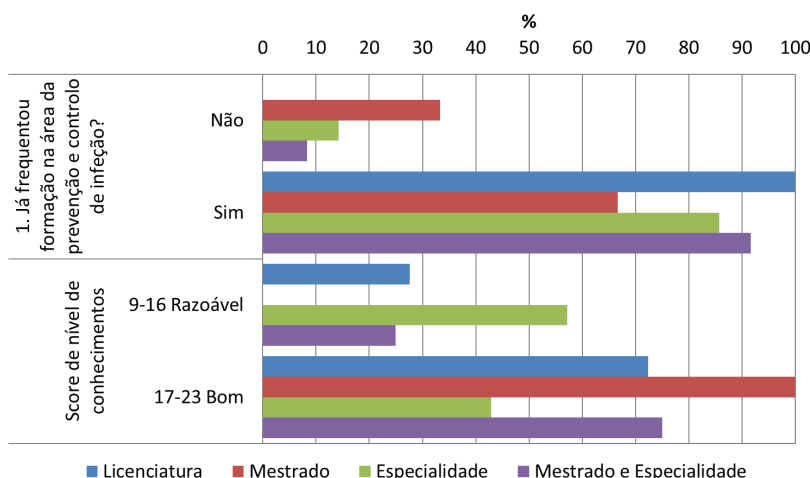
Tabela 49- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” e o “Score de nível de conhecimentos” , em função das habilitações académicas

	Licenciatura (N=58)		Mestrado (N=3)		Especialidade (N=7)		Mestrado e Especialidade (N=12)		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
1. Já frequentou formação na área da prevenção e controlo de infeção?									12,385	** 0,006
Não	0	0,0	1	33,3	1	14,3	1	8,3		
Sim	58	100,0	2	66,7	6	85,7	11	91,7		
Score de nível de conhecimentos									4,086	0,252
9-16 Razoável	16	27,6	0	0,0	4	57,1	3	25,0		
17-23 Bom	42	72,4	3	100,0	3	42,9	9	75,0		

χ^2 : teste do Qui-quadrado

** $p \leq 0,01$

Gráfico 43- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” e o “Score de nível de conhecimentos”, em função das habilitações académicas



Em virtude do resultado obtido ($p < 0,05$) para uma categoria com menos de 30 elementos, rejeita-se a hipótese de seguir uma distribuição normal, pelo que o teste paramétrico é substituído pelo teste não paramétrico.

Tabela 50- Teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S)

	Z	g.l.	p
Licenciatura	,155	58	** 0,001
Mestrado	,175	3	> 0,200
Especialidade	,217	7	> 0,200
Mestrado e Especialidade	,307	12	** 0,003

Z: teste K-S * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Tabela 51- Relação entre o “Score de nível de conhecimentos” com as habilitações académicas

	Licenciatura (N=58)		Mestrado (N=3)		Especialidade (N=7)		Mestrado e Especialidade (N=12)		H	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Score de nível de conhecimentos	18,0	2,28	18,0	1,00	16,4	3,21	17,6	2,31	1,791	0,617

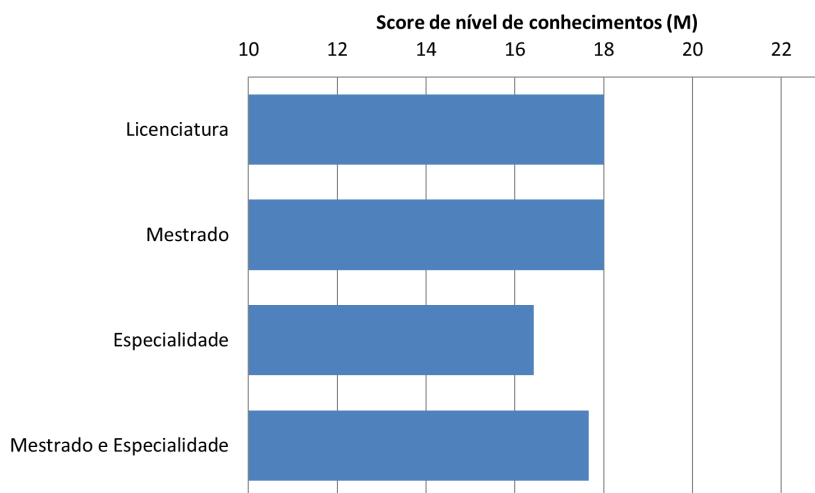
H: teste de *Kruskal-Wallis* para amostras independentes com 3 graus de liberdade

Na amostra, o valor médio do *score* de nível de conhecimentos é superior para licenciatura e mestrado e inferior para especialidade, mas as diferenças não são significativas.

Portanto, podemos concluir os que têm licenciatura fizeram mais formação e os que têm mestrado fizeram menos formação, na área da prevenção e controlo de infeção; e

podemos ainda constatar que não existe relação significativa das habilitações académicas com o *score* do nível de conhecimentos de Práticas relativas ao Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical.

Gráfico 44- Gráfico de médias: Relação entre o “Score de nível de conhecimentos” com as habilitações académicas



3.7.4. Tempo de exercício profissional

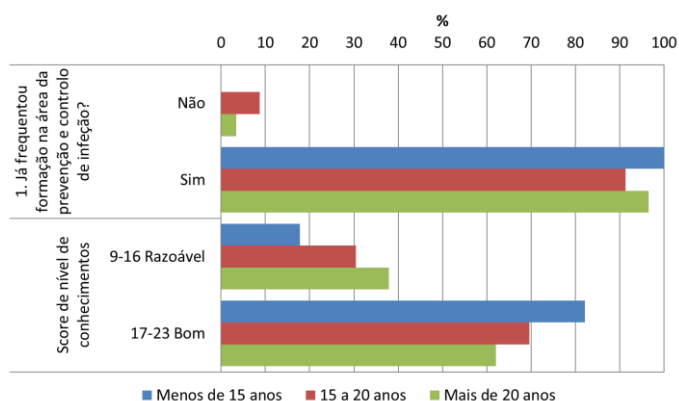
Na amostra, a percentagem que fez formação na área da prevenção e controlo de infeção é superior para menos de 15 anos e inferior para 15 a 20 anos, a percentagem de nível de conhecimento razoável aumenta com o aumento do tempo de exercício profissional e a percentagem de nível de conhecimento bom diminui com o aumento do tempo de exercício profissional, mas as diferenças não são significativas.

Tabela 52- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” e o “Score de nível de conhecimentos” em função do tempo de exercício profissional

	Menos de 15 anos (N=28)		15 a 20 anos (N=23)		Mais de 20 anos (N=29)		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção							2,657	0,265
Não	0	0,0	2	8,7	1	3,4		
Sim	28	100,0	21	91,3	28	96,6		
Score de nível de conhecimentos							2,847	0,241
9-16 Razoável	5	17,9	7	30,4	11	37,9		
17-23 Bom	23	82,1	16	69,6	18	62,1		

χ^2 : teste do Qui-quadrado

Gráfico 45- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” e o “Score de nível de conhecimentos” em função do tempo de exercício profissional



Em virtude do resultado obtido ($p < 0,05$) para uma categoria com menos de 30 elementos, rejeita-se a hipótese de seguir uma distribuição normal, pelo que o teste paramétrico é substituído pelo teste não paramétrico.

Tabela 53- Teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S)

	Z	g.l.	p
Menos de 15 anos	,151	28	0,101
15 a 20 anos	,191	23	* 0,030
Mais de 20 anos	,187	29	* 0,011

Z: teste K-S * $p \leq 0,05$

Tabela 54- Relação entre o “Score de nível de conhecimentos” com o tempo de exercício profissional

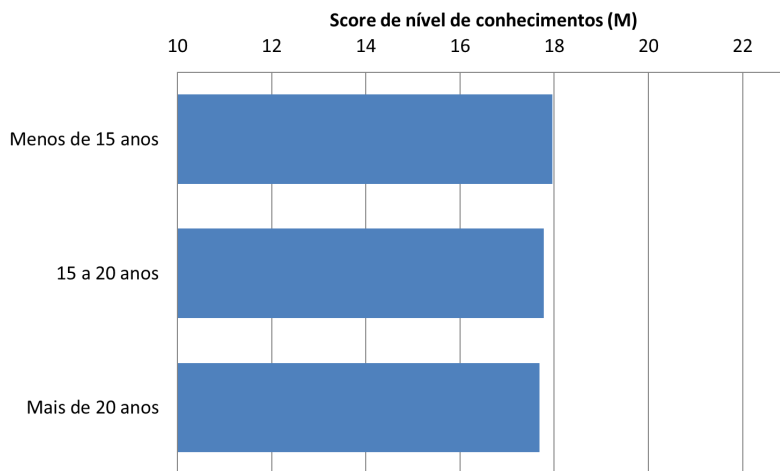
	Menos de 15 anos (N=28)		15 a 20 anos (N=23)		Mais de 20 anos (N=29)		H	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Score de nível de conhecimentos	17,96	1,73	17,78	2,17	17,69	2,98	0,113	0,945

H: teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes com 2 graus de liberdade

Na amostra, o valor médio do score de nível de conhecimentos diminui ligeiramente com o aumento do tempo de exercício profissional, mas as diferenças não são significativas.

Portanto, podemos concluir que não existe relação significativa do tempo de exercício profissional com ter feito formação na área da prevenção e controlo de infeção e ou com o score de nível de conhecimentos de Práticas relativas ao "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical.

Gráfico 46- Gráfico de médias: Relação entre o “Score de nível de conhecimentos” com o tempo de exercício profissional



3.7.5. Categoria Profissional

Na amostra, a percentagem que fez formação na área da prevenção e controlo de infeção é superior para enfermeiro graduado e enfermeiro especialista e inferior para enfermeiro, a percentagem de nível de conhecimento razoável é superior para enfermeiro especialista e inferior para enfermeiro e a percentagem de nível de conhecimento bom é superior para enfermeiro e inferior para enfermeiro especialista, mas as diferenças não são significativas.

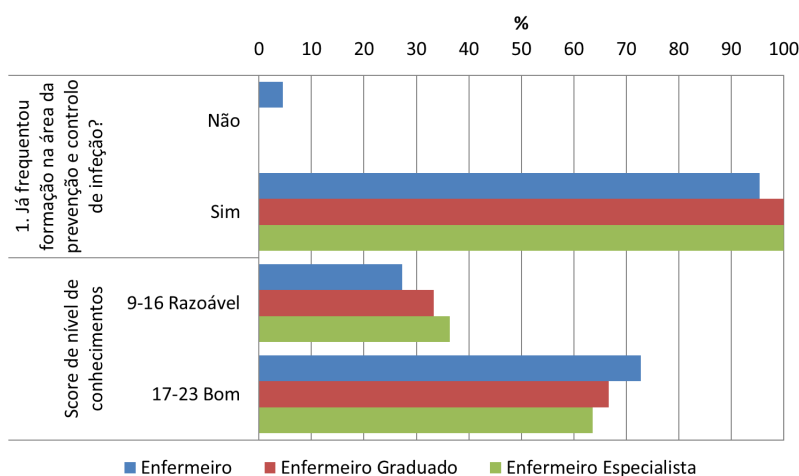
Em virtude do resultado obtido ($p < 0,05$) para uma categoria com menos de 30 elementos, rejeita-se a hipótese de seguir uma distribuição normal, pelo que o teste paramétrico é substituído pelo teste não paramétrico.

Tabela 55- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” e o “Score de nível de conhecimentos”

	Enfermeiro (N=66)		Enfermeiro Graduado (N=3)		Enfermeiro Especialista (N=11)		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção							0,661	0,719
Não	3	4,5	0	0,0	0	0,0		
Sim	63	95,5	3	100,0	11	100,0		
Score de nível de conhecimentos							0,412	0,814
9-16 Razoável	18	27,3	1	33,3	4	36,4		
17-23 Bom	48	72,7	2	66,7	7	63,6		

χ^2 : teste do Qui-quadrado

Gráfico 47- Relação entre “Frequência de formação na área da prevenção e controlo de infeção” e o “Score de nível de conhecimentos



Na amostra, o valor médio do score de nível de conhecimentos é superior para enfermeiro graduado e inferior para enfermeiro especialista, mas as diferenças não são significativas.

Portanto, podemos concluir que não existe relação significativa da categoria profissional com ter feito formação na área da prevenção e controlo de infeção e ou com o *score* de nível de conhecimentos de Práticas relativas ao "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical.

Tabela 56 - Teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S)

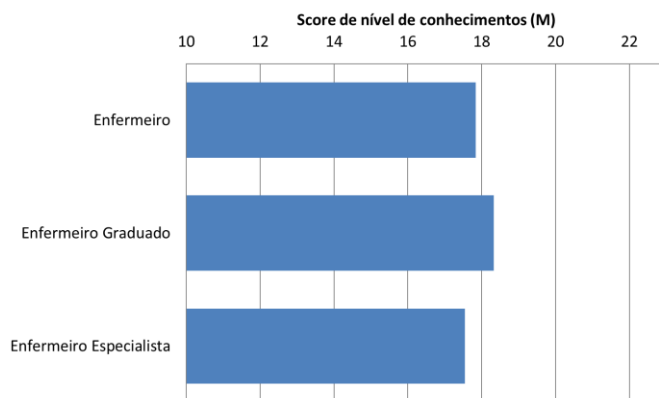
	Z	g.l.	p
Enfermeiro	,149	66	** 0,001
Enfermeiro Graduado	,292	3	> 0,200
Enfermeiro Especialista	,212	11	0,180

Z: teste K-S ** $p \leq 0,01$

Tabela 57- Relação entre o “Score de nível de conhecimentos” com a categoria profissional

	Enfermeiro (N=66)		Enfermeiro Graduado (N=3)		Enfermeiro Especialista (N=11)		H	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Score de nível de conhecimentos	17,83	2,38	18,33	2,08	17,55	2,38	0,275	0,872

H: teste de *Kruskal-Wallis* para amostras independentes com 2 graus de liberdade

Gráfico 48- Gráfico de médias: Score do nível de conhecimentos em função da categoria profissional

4. Discussão

Ao analisar as características sociodemográficas e profissionais da amostra, verifica-se que o estudo integrou 80 enfermeiros, com uma idade média de 41,3 anos (DP=7,65), variando entre 28 e 64 anos. A distribuição etária evidencia uma amostra profissionalmente madura, uma vez que 57,6% dos participantes têm 40 ou mais anos. Este resultado sugere que os dados obtidos refletem a percepção de profissionais com experiência consolidada, o que pode influenciar positivamente o nível de conhecimento sobre normas clínicas e práticas de prevenção de infecção.

Relativamente ao género, observa-se uma predominância clara do sexo feminino (85,0%), sendo apenas 15,0% do sexo masculino. Este resultado está em consonância com a realidade da profissão de enfermagem, tradicionalmente caracterizada pela sua feminização, o que reforça a representatividade da amostra no contexto profissional.

No que diz respeito ao tempo de exercício profissional, o valor médio foi de 17,7 anos, variando entre 4 e 40 anos. Verifica-se ainda que 36,3% dos enfermeiros possuem mais de 20 anos de experiência profissional. Estes dados reforçam a ideia de que a maioria dos participantes possui experiência clínica significativa, o que poderá justificar o nível global de conhecimentos considerado elevado relativamente à norma nº 019/2015 da DGS.

Quanto à formação na área da prevenção e controlo de infeção, verifica-se que 96,3% dos enfermeiros referem já ter frequentado formação nesta área. Contudo, apesar desta elevada percentagem, metade dos participantes (50,0%) refere possuir menos de 3 horas de formação específica na área da prevenção de infeção associada a cateter vesical. Este resultado sugere que, embora a maioria dos profissionais tenha tido contacto com formação nesta área, a profundidade dessa formação poderá ser limitada, o que pode justificar algumas lacunas observadas ao nível do conhecimento específico da norma.

Relativamente ao conhecimento da norma nº 019/2015 da DGS, verifica-se que 98,8% dos enfermeiros afirmam conhecer a sua existência. No entanto, apenas 34,2% referem tê-la lido na íntegra. Este resultado é particularmente relevante, pois evidencia que o conhecimento da existência da norma não implica necessariamente o seu conhecimento aprofundado, podendo justificar os resultados obtidos nas questões de conhecimento específico.

Os resultados deste estudo demonstram ainda que os enfermeiros apresentam, globalmente, um bom nível de conhecimentos relativamente ao feixe de intervenções para a prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical, com uma média de 17,8 valores, numa escala de 0 a 23. Observa-se ainda que 71,3% dos enfermeiros apresentam um nível de

conhecimento classificado como “bom”, enquanto 28,8% apresentam um nível “razoável”, não se registrando qualquer nível “insuficiente”. Estes resultados sugerem que, de forma global, os enfermeiros possuem um conhecimento satisfatório relativamente à norma, embora ainda existam margens de melhoria, especialmente ao nível do conhecimento mais específico.

Estes achados são consistentes com a evidência existente, que indica que os profissionais de saúde tendem a apresentar níveis adequados de conhecimento relativamente às práticas básicas de controlo de infeção, particularmente no que se refere à higiene das mãos e à técnica asséptica (Didier Pittet et al., 2009; World Health Organization, 2016).

Apesar deste resultado global positivo, identificaram-se lacunas relevantes em áreas específicas, nomeadamente na correta indicação, manutenção e substituição do cateter vesical. Estes dados vão ao encontro de estudos que demonstram que, embora os enfermeiros apresentem conhecimentos teóricos adequados, persistem dificuldades na sua aplicação prática, sobretudo em situações que exigem maior capacidade de julgamento clínico e demonstram que uma maior formação especializada é necessária para reduzir a incidência de infeções urinárias associadas a cateter (Saint Sanjay et al., 2016; Karami et al., 2025).

A análise das respostas relativas ao conhecimento concreto da norma evidencia também resultados diferenciados. Por exemplo, 89,9% dos enfermeiros responderam corretamente ao número de pontos que compõem o “Feixe de Intervenções”, 72,2% responderam corretamente ao número de pontos relativos à colocação de cateter vesical e 70,9% ao número de pontos relativos à sua manutenção. Estes resultados indicam que, embora o conhecimento global seja elevado, existem algumas lacunas em aspetos mais específicos da norma, o que pode estar relacionado com o facto de a maioria dos enfermeiros não ter lido a norma na íntegra.

Um dos achados mais relevantes deste estudo prende-se com o facto de apenas 32,9% dos participantes referirem a aplicação total da norma, sendo que a maioria reporta uma aplicação parcial. Este resultado evidencia a existência de um desfasamento entre o conhecimento e a prática clínica, frequentemente descrito na literatura como “*knowledge–practice gap*”. Meddings Jennifer et al. (2014) relatam que a prevenção da IUACV permanece frequentemente aquém do esperado, mesmo em contextos onde os profissionais demonstram conhecimento das *guidelines*.

Embora 96,3% dos participantes tenham frequentado formação em controlo de infeção, cerca de metade refere menos de três horas de formação específica na área da cateterização vesical. Este dado é particularmente relevante, uma vez que a evidência sugere que intervenções formativas de curta duração têm impacto limitado na alteração sustentada

das práticas clínicas, especialmente quando não são acompanhadas por estratégias adicionais, como auditorias e feedback contínuo (Gould Dinah J. et al., 2017).

Adicionalmente, apenas 34,2% dos participantes referem ter lido a norma na íntegra, o que pode comprometer a sua correta aplicação. A implementação eficaz de guidelines depende não apenas do seu conhecimento, mas também da sua integração em protocolos institucionais e da existência de estratégias de suporte à decisão clínica (National Institute for Health and Care Excellence, 2012).

Relativamente às práticas clínicas, observou-se uma elevada adesão às medidas técnicas fundamentais, nomeadamente a higiene das mãos, a utilização de técnica asséptica e a avaliação diária da necessidade de manutenção do cateter. Estes resultados são consistentes com estudos que demonstram que práticas mais padronizadas e amplamente disseminadas apresentam maiores níveis de adesão entre os profissionais (Allegranzi Benedetta et al., 2009).

Por outro lado, verificaram-se fragilidades significativas em aspetos relacionados com a tomada de decisão clínica, incluindo a seleção do calibre do cateter, as indicações para a sua utilização e os critérios de substituição. Este padrão sugere que, embora os enfermeiros dominem as componentes técnicas do procedimento, persistem dificuldades na aplicação de princípios de prática baseada na evidência. De acordo com Melnyk Bernadette Mazurek et al. (2014), a integração da evidência científica na prática clínica continua a ser um desafio significativo, exigindo não só conhecimento, mas também competências de pensamento crítico e suporte organizacional.

Relativamente ao nível de aplicação da norma nº 019/2015 na prática clínica, verifica-se que apenas 32,9% dos participantes consideram que a norma é totalmente aplicada, enquanto 58,2% referem que a sua aplicação é apenas parcial e 8,9% consideram que é raramente aplicada. Estes dados demonstram que, apesar de existir conhecimento sobre a norma, a sua implementação prática não ocorre de forma plena, podendo estar relacionada com fatores organizacionais, carga de trabalho ou ausência de formação específica mais aprofundada.

Importa ainda referir que o instrumento utilizado apresentou uma consistência interna baixa ($\alpha=0,505$), o que constitui uma limitação do estudo. No entanto, este resultado pode estar relacionado com a natureza dicotómica das respostas, que tende a reduzir os valores de alfa de *Cronbach*, conforme descrito por *Tavakol Mohsen e Dennick Reg* (2011). Apesar desta

limitação, a utilização de um instrumento previamente validado reforça a credibilidade dos resultados obtidos.

De forma global, os resultados deste estudo permitem concluir que os enfermeiros apresentam um nível de conhecimento globalmente satisfatório relativamente à norma nº 019/2015 da DGS. No entanto, persistem algumas lacunas ao nível do conhecimento específico e, sobretudo, ao nível da sua aplicação prática. Assim, torna-se evidente a necessidade de reforçar estratégias de formação contínua, bem como promover a implementação efetiva de projetos institucionais que favoreçam a adoção de boas práticas clínicas na prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical.

Conclusão

Os resultados obtidos evidenciam que os enfermeiros apresentam, globalmente, um bom nível de conhecimentos relativamente às recomendações da DGS, particularmente no que respeita às práticas técnicas fundamentais, como a higiene das mãos, a utilização de técnica asséptica e a monitorização da necessidade de manutenção do cateter vesical. Estes achados refletem uma adequada incorporação de práticas padronizadas e amplamente difundidas no contexto dos cuidados de saúde.

Todavia, a análise mais aprofundada dos resultados permite identificar lacunas relevantes em domínios críticos, nomeadamente na correta indicação, manutenção e substituição do cateter vesical. Estes dados evidenciam que o conhecimento teórico, embora presente, nem sempre se traduz numa aplicação consistente na prática clínica, revelando um desfazamento entre o “saber” e o “fazer”. Esta discrepância assume particular relevância na medida em que as decisões associadas à utilização do cateter vesical dependem fortemente do julgamento clínico, sendo determinantes para a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde. Neste sentido, os resultados sugerem que as competências técnicas se encontram mais consolidadas do que as competências relacionadas com a tomada de decisão clínica e a prática baseada na evidência. Tal facto reforça a necessidade de ultrapassar abordagens formativas centradas exclusivamente na transmissão de conhecimento, privilegiando estratégias que promovam o desenvolvimento do pensamento e reflexão crítica e da tomada de decisão fundamentada. Adicionalmente, verificou-se que, apesar da elevada percentagem de enfermeiros com formação em controlo de infeção, esta é frequentemente de curta duração e pouco aprofundada na temática específica da cateterização vesical. Paralelamente, o reduzido número de profissionais que refere ter analisado integralmente a norma evidencia possíveis fragilidades na apropriação efetiva das recomendações, o que poderá comprometer a sua implementação consistente.

No que concerne à implementação do projeto “*STOP Infeção Hospitalar 2.0.*”, os resultados apontam para a relevância das iniciativas institucionais na promoção de boas práticas e na melhoria da qualidade dos cuidados. Contudo, evidenciam igualmente que a existência de projetos estruturados, por si só, não garante a sua plena operacionalização, sendo fundamental assegurar a sua integração na prática clínica diária, através de mecanismos de monitorização, supervisão e envolvimento ativo dos profissionais. Face ao exposto, torna-se evidente que a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde na prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical exige uma abordagem multifacetada. Neste contexto,

destaca-se a importância da implementação de programas de formação contínua e estruturada, da realização de auditorias regulares às práticas clínicas, da disponibilização de feedback sistemático aos profissionais e da promoção de uma cultura organizacional centrada na segurança do doente e na melhoria contínua.

Para além disso, recomenda-se o reforço de estratégias de apoio à decisão clínica, como protocolos institucionais claros, algoritmos de atuação e ferramentas de suporte baseadas na evidência, que facilitem a aplicação das recomendações no contexto real da prática clínica.

Como limitações do estudo, destaca-se a consistência interna moderada do instrumento utilizado, bem como a natureza autorreportada dos dados, que pode introduzir viés de desejabilidade social. Adicionalmente, a especificidade do contexto institucional pode limitar a generalização dos resultados, pelo que se recomenda a realização de estudos futuros em diferentes contextos e com metodologias complementares.

Em termos de investigação futura, considera-se pertinente explorar estratégias de intervenção dirigidas à melhoria da tomada de decisão clínica, bem como avaliar o impacto de programas formativos estruturados e de auditorias contínuas na redução efetiva da infeção urinária associada ao cateter vesical. Em suma, este estudo contribui para uma compreensão mais aprofundada da perspetiva dos enfermeiros relativamente ao “Feixe de Intervenções” para a prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical, evidenciando que, apesar de um nível de conhecimento globalmente satisfatório, persistem desafios significativos na sua tradução para a prática clínica no dia a dia. Estes resultados reforçam a necessidade de estratégias integradas, sustentadas e orientadas para a prática, que promovam não só o conhecimento, mas sobretudo a sua efetiva aplicação, com vista à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Neste enquadramento, evidencia-se que o EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica, assume uma responsabilidade acrescida na prevenção da IUACV, não só pela complexidade dos cuidados prestados, mas também pelo seu papel diferenciador na promoção da qualidade e segurança dos cuidados. Destaca-se a sua intervenção ao nível da supervisão clínica das práticas, da formação contínua em serviço, da implementação de medidas baseadas na evidência e da liderança de processos de melhoria contínua. Assim, o Enfermeiro Especialista afirma-se como um elemento-chave na operacionalização efetiva e correta do “Feixe de Intervenções”, contribuindo de forma determinante para a redução das IAC’s e para a excelência dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Referências Bibliográficas

- A program to prevent catheter-associated urinary tract infection in acute care. *New England Journal of Medicine*, 374(22), 2111–2119. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1504906>
Agency for Healthcare Research and Quality. (2015).
- Allegranzi B, Pittet D. Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *J Hosp Infect*. 2009 Dec;73(4):305-15. doi: 10.1016/j.jhin.2009.04.019. Epub 2009 Aug 31. PMID: 19720430. Pittet D, Allegranzi B, Boyce J; World Health Organization World Alliance for Patient Safety First Global Patient Safety Challenge Core Group of Experts. The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and their consensus recommendations. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2009 Jul;30(7):611-22. doi: 10.1086/600379. PMID: 19508124.
- Direção-Geral da Saúde. (2015/2022). *Norma n.º 019/2015 (atualizada a 29 de agosto de 2022): Feixe de intervenções de prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical*. Ministério da Saúde. Recuperado em outubro de 2025, de <https://normas.dgs.min-saude.pt>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2019).
- European Centre for Disease Prevention and Control. *Healthcare-associated infections: Prevention of catheter-associated urinary tract infections*. ECDC. Recuperado de <https://www.ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections>
- Fletke, K. J., Jeong, D. H., & Herrera, A. V. (2024). Urinary Catheter Management. *American family physician*, 110(3), 251–258
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *STOP infeção hospitalar! – Orientação técnico-científica* (ISBN 978-989-8807-04-5). https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/02Est_Stop_Infecao_Hospitalar.pdf
- Gould, D. J., Moralejo, D., Drey, N., & Chudleigh, J. H. (2017).
- Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. (2000). *Statistics for the behavioral sciences* (5th ed). Belmont, CA: Wadsworth.
- Guimarães, R. C. e Sarsfield Cabral, J. A. (2010). *Estatística*, 2ª Edição. Verlag Dashöfer.
- Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2a ed.). Lisboa: Sílabo.
- Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005186.pub4>
- Karami A, Majedi MA, Kamyari N, Vatandost S. Correlation between nurses' knowledge and practices in prevention of catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) with

- UTI incidence in ICU. *BMC Nurs.* 2025 Oct 9;24(1):1252. doi: 10.1186/s12912-025-03910-3. PMID: 41068702; PMCID: PMC12512579.
- Lan, S., Wang, H., Huang, J., Li, H., Qu, F., Wang, X., Cao, Y., Wang, J., & Gu, C. (2026). Implementing multi-modal nursing strategies to reduce catheter-associated urinary tract infections in adult inpatients: a scoping review. *The Journal of hospital infection*, 170, 69–80. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2026.01.001>
- Li, N., Shi, R., Sun, Y., & Chen, Q. (2025). Effective interventions to prevent catheter-associated urinary tract infections: a systematic review. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo*, 67, e61. <https://doi.org/10.1590/S1678-9946202567061>
- Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Maroco, João (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5.^a Edição. Edições ReportNumber.
- Meddings, J., Saint, S., Krein, S. L., Fakih, M. G., Olmsted, R. N., & Watson, S. R. (2014). Melnyk BM, Gallagher-Ford L, Long LE, Fineout-Overholt E. The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2014 Feb;11(1):5-15. doi: 10.1111/wvn.12021. Epub 2014 Jan 21. PMID: 24447399.
- Muñiz, J. (2003). *Teoria clássica de los tests*. Madrid: Pirâmide.
- Muñiz, J., Fidalgo, A.M., García-Cueto, E., Martinez, R.J. & Moreno, R. (2005). *Análisis de los ítems*. Madrid: La Muralla.
- Murteira, B., Ribeiro, C., Silva, J. & Pimenta, C. (2001). *Introdução à estatística*. Lisboa: McGraw-Hill.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2012).
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Pestana, Maria Helena; Gageiro; João Nuno (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS*. 5.^a Ed. Rev. e corrigida, Edições Sílabo, Lisboa.
- Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection*, 73(4), 305–315. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2009.04.019>
- Rubi, H., Mudey, G., & Kunjalwar, R. (2022). Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI). *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.30385>

- Saint, S., Greene, M. T., Krein, S. L., Rogers, M. A. M., Ratz, D., Fowler, K. E., & Edson, B. S. (2016).
- Shadle HN, Sabol V, Smith A, Stafford H, Thompson JA, Bowers M. A Bundle-Based Approach to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in the Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse*. (2021) doi: 10.4037/ccn2021934. PMID: 33791761.
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (3rd edn). Mahway, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Sykora, M., Ramsaran, A., Blankenship, S., & Hawrylak, A. (2025). Reducing CAUTI incidence: A multimodal and multidisciplinary approach for improved prevention and patient outcomes. *American journal of infection control*, S0196-6553(25)00575-9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2025.08.037>
- Systematic review of interventions to reduce urinary catheter use and catheter-associated urinary tract infection. *BMJ Quality & Safety*, 23(4), 277–289. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001774>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011).
- Tayyib, N., & Alsolami, F. (2025). Assessing the Impact of a Preventive Care Bundle and Nursing Empowerment on Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) Rates in Saudi Arabia: A Single-Arm Intervention Study. *SAGE open nursing*, 11, 23779608251399263. <https://doi.org/10.1177/23779608251399263>
- The state of evidence-based practice in US nurses. *American Journal of Nursing*, 114(1), 49–58. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000440396.24134.17>
- Toolkit for reducing catheter-associated urinary tract infections in hospitals. AHRQ.
- World Health Organization. (2016). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*.

Considerações Finais

A experiência adquirida durante os estágios em contexto de Urgência e em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos exigiu um elevado nível de empenho, dedicação e responsabilidade. Estes dois campos de estágio, distintos, mas complementares, permitiram-me acompanhar a pessoa em situação crítica de forma integral, constituindo, sem dúvida, uma mais-valia significativa para o desenvolvimento das minhas Competências Comuns e Específicas enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

É importante salientar a forma como os locais de estágio e as suas equipas multidisciplinares me acolheram, em especial as minhas Enfermeiras Tutoras, que demonstraram disponibilidade, dedicação e competência para ensinar, orientar na concretização dos objetivos estabelecidos e incentivar o desenvolvimento das minhas competências. Este apoio foi fundamental para que me sentisse mais segura, motivada e capaz de enfrentar desafios exigentes com confiança e determinação.

A investigação desenvolvida ao longo deste percurso revelou-se pertinente e diretamente aplicável à prática clínica, contribuindo para a reflexão crítica sobre os cuidados prestados e para a implementação de estratégias baseadas em evidência científica. Este processo permitiu-me perceber a importância de combinar conhecimento técnico, atenção aos detalhes e, acima de tudo, empatia e humanização no cuidado ao doente.

Abracei este percurso como um verdadeiro desafio, que exigiu coragem, resiliência e dedicação, mas também me trouxe enorme satisfação pessoal e profissional, reforçando o compromisso com a excelência, o cuidado humanizado e a melhoria contínua da prática clínica.

Concluo este relatório final com a convicção de que esta experiência me proporcionou um crescimento profundo, fortalecendo não apenas a minha capacidade de tomar decisões fundamentadas e baseadas em evidência científica atualizada, mas também de prestar cuidados de saúde especializados com qualidade, sensibilidade e empatia.

Sinto-me assim mais preparada e capacitada para atuar com confiança, rigor e humanidade no contexto da Enfermagem Médico-Cirúrgica, enquanto futura Enfermeira Especialista.

Apêndices

Apêndice I - Proposta de Protocolo de Febre SU

		
Proposta de protocolo de atuação na abordagem da pessoa com febre na triagem		Documento Data:
Aprovado:		Data de Aprovação:

TÍTULO: Proposta de protocolo de atuação na abordagem da pessoa com febre na triagem

ÂMBITO: Todos os profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões

RESPONSABILIDADE PELA IMPLEMENTAÇÃO: Enfermeiros

FUNDAMENTOS: A febre é um dos sinais clínicos mais frequentes observados em contexto de urgência, representando uma resposta fisiológica complexa do organismo a processos inflamatórios, infecciosos ou não infecciosos (Malinovska et al., 2022). Em adultos, a febre constitui um **mecanismo de defesa adaptativo**, mediado por citocinas pirogénicas endógenas que atuam sobre o centro termorregulador hipotalâmico, elevando o ponto de referência térmico corporal (Dinarello, 2021).

Em ambiente de urgência, a febre é um **sintoma transversal a múltiplas patologias**, desde infeções agudas do trato respiratório ou urinário até condições graves como sépsis, endocardite ou meningite (Singer et al., 2016). A sua presença desencadeia frequentemente o recurso aos serviços de saúde, sendo por isso essencial que os profissionais de enfermagem realizem uma **avaliação sistematizada e célere**, de forma a distinguir situações benignas de quadros potencialmente críticos (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2023).

A febre acompanhada de taquipneia, hipotensão, taquicardia ou alteração do estado de consciência deve motivar uma avaliação imediata, dado o risco de sépsis ou de outra condição grave. O reconhecimento precoce destes sinais é essencial para o prognóstico e exige vigilância contínua; neste contexto. Neste contexto, o enfermeiro assume um papel determinante na monitorização e implementação de medidas adequadas para prevenir a deterioração clínica (Dinarello, 2021; O’Grady et al., 2008; Laupland, 2009).

Além disso, a febre, enquanto sinal vital alterado, deve ser analisada em conjunto com outros parâmetros fisiológicos, integrando sistemas de **avaliação precoce do risco de**

deterioração clínica, como o National Early Warning Score (NEWS2), amplamente utilizado nos serviços de urgência hospitalar (Royal College of Physicians, 2017).

Assim, compreender a fisiopatologia da febre e a sua relevância no contexto de urgência permite uma atuação fundamentada, segura e baseada na evidência científica, reforçando a importância da **vigilância clínica contínua** e do **raciocínio crítico** no cuidado à pessoa adulta com febre.

A escolha do tema “febre em contexto de urgência” justifica-se pela elevada prevalência deste sinal clínico como motivo de admissão hospitalar e pela sua relevância no processo de avaliação e tomada de decisão clínica em enfermagem. A febre, sendo um dos sintomas mais frequentemente reportados pelos utentes que recorrem ao Serviço de Urgência (SU), requer uma abordagem criteriosa e sistematizada, uma vez que pode refletir desde processos infecciosos autolimitados até condições potencialmente fatais, como sépsis ou choque séptico (Singer et al., 2016).

O aumento da complexidade e gravidade das condições clínicas, associado à sobrecarga e limitação de recursos nos serviços de urgência, exige que os enfermeiros possuam competências avançadas de avaliação, monitorização e tomada de decisão clínica, de modo a assegurar a gestão segura e eficaz das pessoas com febre e outras situações críticas (Cabilan & Eley, 2021; Baernholdt, Cox, & Scully, 2018). A febre, quando corretamente interpretada, constitui um marcador clínico importante que pode orientar a priorização de cuidados e a implementação precoce de medidas terapêuticas adequadas.

A pertinência deste tema também se relaciona com a necessidade de reforçar o raciocínio clínico e a prática baseada na evidência, pilares fundamentais da enfermagem médico-cirúrgica e da especialização na pessoa em situação crítica (Benner, 2001). A abordagem estruturada da febre permite aos enfermeiros reconhecer precocemente situações de risco, como a progressão para disfunção orgânica ou instabilidade hemodinâmica, promovendo uma resposta rápida e eficaz (Royal College of Physicians, 2017).

Adicionalmente, este tema reveste-se de interesse académico e profissional, pois contribui para o desenvolvimento de protocolos e boas práticas que sustentem a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados prestados em serviços de urgência. Assim, a elaboração deste protocolo visa não apenas uniformizar condutas, mas também potenciar a tomada de decisão fundamentada e a articulação entre as equipas de saúde da ULS Viseu Dão-Lafões.

OBJETIVOS:

- Elaborar um protocolo de atuação para a abordagem da febre em contexto de urgência na ULS Viseu Dão-Lafões, que oriente a prática de enfermagem baseada na evidência científica, promovendo a avaliação sistematizada, a intervenção precoce e a segurança da pessoa adulta em situação crítica ou potencialmente crítica.
- Identificar a fisiopatologia e mecanismos reguladores da febre no adulto, relacionando-os com a resposta inflamatória e infecciosa.
- Descrever as principais causas de febre em contexto de urgência e os critérios de gravidade associados.
- Sistematizar os procedimentos de avaliação e monitorização de enfermagem perante a pessoa com febre.
- Definir intervenções de enfermagem direcionadas ao controlo térmico, conforto e vigilância clínica da pessoa com febre
- Estabelecer critérios de comunicação e articulação com a equipa médica, garantindo uma resposta integrada e eficaz.
- Promover a uniformização de práticas clínicas e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados no serviço de urgência.
- Contribuir para o fortalecimento do raciocínio clínico e da tomada de decisão baseada na evidência no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica.

DEFINIÇÕES:

Febre: A febre é uma síndrome constituída por um conjunto de sintomas e sinais que exprimem fenómenos de reação frente a diversas agressões, especialmente infeções, e que provoca a alteração na função do centro termorregulador hipotalâmico, responsável pela regulação da temperatura, ao contrário do que acontece na hipertermia. O sinal principal é o aumento da temperatura corporal acima de 38°C (entre 37°C e 38°C é um estado subfebril). A sintomatologia mais comum é calafrios, aumento da frequência cardíaca e respiratória, pele seca e quente, boca seca e suores. Nas crianças a febre acompanha-se frequentemente de convulsões. (Fonseca, et al., 2012)

Fisiopatologia da febre: A temperatura, enquanto sinal vital, deve ser rigorosamente medida e registada. Em estado de saúde, a amplitude térmica individual ao longo da vida varia entre 1,0°C e 2,0°C. Considerar-se febre uma temperatura igual ou superior a 1,0°C acima da

média das temperaturas basais individuais no mesmo local de avaliação (axila, retal, oral, timpânica).

A febre é a elevação da temperatura corporal acima da temperatura basal individual. Para uma melhor interpretação da febre, será importante reconhecer os componentes de reação de fase aguda, da qual a febre é um dos principais componentes.

A reação de fase aguda é o conjunto de alterações adaptativas – neuroendócrinas, hematológicas, metabólicas, fisiológicas, comportamentais, nutricionais e laboratoriais – cujo objetivo é a defesa do organismo e a consequente sobrevivência, de preferência sem sequelas. A ativação dos diversos mecanismos fisiopatológicos que constituem a reação de fase aguda, leva à produção no fígado das diferentes proteínas inflamatórias “positivas”, com aumento da sua concentração sérica (proteína C reativa, substância amiloide A, fibrinogénio, ferritina, frações do complemento, angiotensina, alfa-1 antitripsina e de muitas outras proteínas) e proteínas inflamatórias “negativas”, com diminuição da sua concentração (albumina, transferrina, α -fetoproteína, entre outras), à ativação da imunidade inata (ativação dos leucócitos / macrófagos) e da imunidade adaptativa, humoral e celular. Outras manifestações clínicas da reação de fase aguda são a astenia / sonolência e a diminuição do apetite, evitando o consumo de energia que seria obrigatória durante os processos da deambulação, alimentação e da digestão, consumindo parte das reservas energéticas existentes no músculo (e daí também as mialgias e a astenia) e no fígado. (Direção Geral da Saúde, 2018)

As alterações fisiopatológicas da reação de fase aguda são desencadeadas por mediadores celulares (citocinas), que atuam em todo o organismo, mas em especial na medula óssea, no hepatócito e nas células intervenientes nas imunidades inata e adaptativa e, a nível do centro termorregulador hipotalâmico. Neste último, desencadeia a elevação do *set-point* do termostato hipotalâmico, com a consequente elevação da temperatura corporal.

Na febre, a subida da temperatura deve-se a uma maior ativação dos mecanismos da termogénese. São significativos os mecanismos fisiológicos de conservação de calor (com a consequente vasoconstricção periférica) associado aos comportamentos para diminuir as perdas de calor para o ambiente (enrolar-se na “posição fetal”, procura de agasalhos e/ou de fonte de calor), mas também a produção de calor pelos metabolismos energéticos, pelos tremores, calafrios e a ereção dos pelos cutâneos.

Na fase ascensional da febre, a pessoa tem a sensação de frio, manifestado pela procura de agasalhos ou de calor, com alguma palidez transitória, com ocorrência de tremores, por vezes calafrios. (DGS, 2018)

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO: Na prática, podem avaliar-se três tipos de temperatura: temperatura corporal central, temperatura corporal superficial e temperatura corporal basal. Os métodos de medição são:

- não invasivo, mede a temperatura corporal em localizações superficiais do corpo como a axila, virilha, canal auditivo externo, testa, pescoço e tórax;
- semi invasivo, requer transdutor para ser colocado através de um orifício natural do corpo, boca ou tímpano;
- invasivo, transdutor é inserido numa posição corporal profunda – reto, vagina, esófago, cavidade nasal, bexiga e trato digestivo. (Brekke, 2019)

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS DA FEBRE:

A febre representa uma resposta fisiológica adaptativa a estímulos infecciosos e não infecciosos, desempenhando um papel protetor na ativação da resposta imunitária. A evidência atual demonstra que a terapêutica antipirética não reduz a mortalidade nem previne complicações graves, devendo, por isso, a decisão de tratar, basear-se sobretudo nos sintomas, no conforto e na causa subjacente, e não apenas nos valores de temperatura corporal (Puskarich et al., 2022).

A febre, enquanto resposta fisiológica adaptativa, favorece a ativação do sistema imunitário e inibe a replicação de microrganismos, desempenhando, por isso, um papel protetor em muitas situações infecciosas. Com efeito, existe evidência de que a febre moderada (inferior a 40 °C) pode desempenhar um papel protetor nos mecanismos de defesa do hospedeiro (Niven et al., 2014).

A febre isolada, particularmente quando inferior a 38,5-39,0 °C e sem sinais de gravidade, não requer tratamento farmacológico sistemático, devendo privilegiar-se a vigilância clínica e as medidas não farmacológicas (NICE, 2022). Nestes casos, recomenda-se hidratação adequada, controlo ambiental e reavaliação periódica da pessoa, evitando o uso desnecessário de antipiréticos, que pode mascarar sintomas importantes ou atrasar o diagnóstico etiológico (Reis et al., 2023).

Medidas não farmacológicas: Medidas como a regulação da temperatura ambiente, a promoção de ventilação adequada, a remoção de vestuário excessivo, o repouso e a manutenção de uma hidratação adequada constituem intervenções fundamentais na abordagem inicial da febre. Estas estratégias visam melhorar o conforto da pessoa e prevenir complicações, nomeadamente a desidratação.

A evidência disponível demonstra, contudo, que muitas formas de arrefecimento periférico reduzem a temperatura corporal apenas de forma transitória, sem benefício comprovado no alívio do desconforto a longo prazo (Watts & Robertson, 2012; Silva et al., 2024).

A aplicação de compressas frias podem induzir uma descida temporária da temperatura corporal, mas podem provocar tremores ou sensação de desconforto adicional. Por este motivo, não são recomendadas de forma rotineira em todas as pessoas febris, devendo ser utilizadas apenas quando se verifica benefício evidente para o conforto da pessoa (Watts & Robertson, 2012).

Adicionalmente, uma revisão integrativa recente conclui que as intervenções não farmacológicas isoladas não devem ser utilizadas como tratamento exclusivo da febre, mas sim como complemento de suporte à resposta fisiológica do organismo (Reis et al., 2023).

Medidas Farmacológicas: Os antipiréticos de eleição são o paracetamol e o ibuprofeno, cuja utilização deve ser orientada pela presença de sintomas associados (como dor ou desconforto), pelas comorbilidades existentes, nomeadamente insuficiência renal ou risco gastrointestinal, bem como pela idade, peso corporal e contraindicações específicas de cada pessoa (Haleon Health Partner, 2022).

Paracetamol é considerado o antipirético de primeira linha, devido ao seu perfil de segurança e à ausência de efeitos gastrointestinais ou renais significativos nas doses terapêuticas habituais (World Health Organization [WHO], 2023).

- Dose habitual: **10–15 mg/kg/dose em crianças e 500–1000 mg/dose em adultos**, administrados por **via oral a cada 4–6 horas, não excedendo 60 mg/kg/dia ou 4 g/dia** (DGS, 2022).
- Precauções: deve ser evitado em situações de insuficiência hepática ou alcoolismo crónico, sendo necessário ajustar a dose em casos de doença hepática pré-existente (WHO, 2023).

Ibuprofeno constitui uma alternativa eficaz ao paracetamol, especialmente quando existe componente inflamatória associada ou quando o paracetamol isolado se revela insuficiente no controlo do desconforto (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2022).

- Dose habitual: **5–10 mg/kg/dose em crianças e 200–400 mg/dose em adultos**, por **via oral**, a **cada 6–8 horas**, **não ultrapassando 30 mg/kg/dia ou 1200 mg/dia** sem supervisão médica (NICE, 2022).
- Precauções: contraindicado em pessoas com insuficiência renal, úlcera péptica ativa, gastrite erosiva, desidratação significativa ou história de alergia a anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) (Silva et al., 2024).

O recurso aos antipiréticos está indicado quando a febre se associa a desconforto significativo, alterações do estado geral, dores musculares intensas, cefaleias, desidratação, doença cardíaca, respiratória ou neurológica pré-existente, ou ainda em pessoas imunodeprimidas (WHO, 2023; DGS, 2022). O objetivo da intervenção não é a normalização imediata da temperatura, mas sim a redução do desconforto e do risco de complicações clínicas.

A avaliação do desconforto associado à febre deve ser contínua, individualizada e centrada na observação global da pessoa (Milani et al., 2024). A perceção de mal-estar é influenciada por múltiplos fatores — idade, estado geral, presença de dor, nível de consciência, hidratação, comorbilidades e contexto clínico subjacente (Reis et al., 2023).

A avaliação deve incluir parâmetros como:

- Comportamento e reatividade (irritabilidade, letargia, agitação);
- Ingestão alimentar e ingestão hídrica;
- Qualidade do sono e repouso;
- Expressão facial e verbalização de dor ou mal-estar;
- Perfusão periférica, coloração da pele e sudorese;
- Presença de tremores ou calafrios;
- Sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e tensão arterial).

Em pediatria, é particularmente relevante a observação do comportamento habitual, da capacidade de interação e da resposta aos estímulos, sendo a atitude e o contacto visual

indicadores sensíveis de desconforto (NICE, 2022). A decisão de intervir terapêuticamente na febre deve basear-se numa avaliação global da pessoa, considerando o nível de desconforto, o estado clínico e a causa subjacente, uma vez que a evidência demonstra que a redução da temperatura por si só não melhora os resultados clínicos e pode até interferir na resposta fisiológica adaptativa. (Puskarich et al., 2022; Meremikwu & Ogunbile, 2021).

A administração de antipiréticos está indicada sempre que a pessoa apresente mal-estar evidente, dor significativa, prostração ou comprometimento das funções vitais. Em contraponto, nos casos em que a pessoa se apresenta clinicamente estável, bem hidratado, sem dor relevante e com temperatura inferior a 39 °C, é recomendada uma abordagem expectante, privilegiando a vigilância clínica e o conforto físico (WHO, 2023).

ARTICULAÇÃO COM O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER (STM)

O sistema de triagem de Manchester é um método estruturado que permite identificar critérios de gravidade de uma forma objetiva e organizada, com base nos problemas identificados pelo discriminador, priorizando o atendimento das pessoas nos serviços de urgência, com base no nível de gravidade clínica e não pela ordem de chegada. Tem como objetivos gerais:

- Definir níveis de prioridade;
- Identificar critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada;
- Garantir equidade e segurança no atendimento;
- Otimizar a alocação de recursos nos serviços de urgência;

(Amaral, 2017 & Gonçalves, 2024)

Assim sendo, STM contém 52 fluxogramas e cada fluxograma possui um conjunto de discriminadores, que podem ser gerais ou específicos. O sistema atribui uma cor de prioridade e um tempo máximo até à primeira observação médica.

- Cor vermelho – **emergente** – atendimento imediato
- Cor laranja – **muito urgente** – atendimento até 10min
- Cor amarela – **urgente** – atendimento até 60min
- Cor verde – **pouco urgente** – atendimento até 120min
- Cor azul – **não urgente** – atendimento até 240min

(Amaral, 2017 & Gonçalves, 2024)

A febre não tem fluxograma único, pode estar incluído vários fluxogramas, como por exemplo: indisposição do adulto; dor de garganta; problemas respiratórios; dor abdominal; problemas urinários; dor de cabeça.

A prioridade na triagem associada à febre depende dos sinais de gravidade desde: sinais de hipoperfusão; sinais de sépsis; alterações neurológicas; dificuldade respiratória e idade.

Finalizando, a febre é um sintoma extremamente frequente e inespecífico. Assim a uniformização através dos MTS garante que:

- Todos os profissionais usem os mesmos critérios;
- Reduz a variabilidade clínica;
- Possuir habilidade de análise, síntese e tomada de decisão;
- Melhora a segurança da pessoa;
- Facilita as auditorias;

(Costa, 2020 & Gonçalves, 2024)

PROPOSTA DE PROTOCOLO:

1. Avaliar temperatura timpânica (Considera-se febre uma **temperatura auricular superior a 38°C.**)
2. Perante a pessoa com febre, deve ser avaliada a **disponibilidade da via oral** para administração de antipirético.
3. Administrar fármaco de primeira linha: **Paracetamol**

Se a via oral estiver disponível e **não existirem contraindicações**, deve ser administrado **paracetamol** (World Health Organization (WHO, 2023), de acordo com as seguintes posologias:

- **Adultos:** 500–1000 mg por dose;
- **Crianças:** 10–15 mg/kg por dose;
- **Intervalo entre doses:** 4–6 horas (DGS, 2022)

Contraindicações ao uso de paracetamol:

- Alergia conhecida ao fármaco;

- Dor abdominal ou vômitos;
- Doença hepática conhecida ou suspeita (WHO, 2023)

4. Fármaco de Segunda Linha: **Ibuprofeno**

Nos casos em que o paracetamol está contraindicado ou é ineficaz, deve ser administrado **ibuprofeno**, nas seguintes doses:

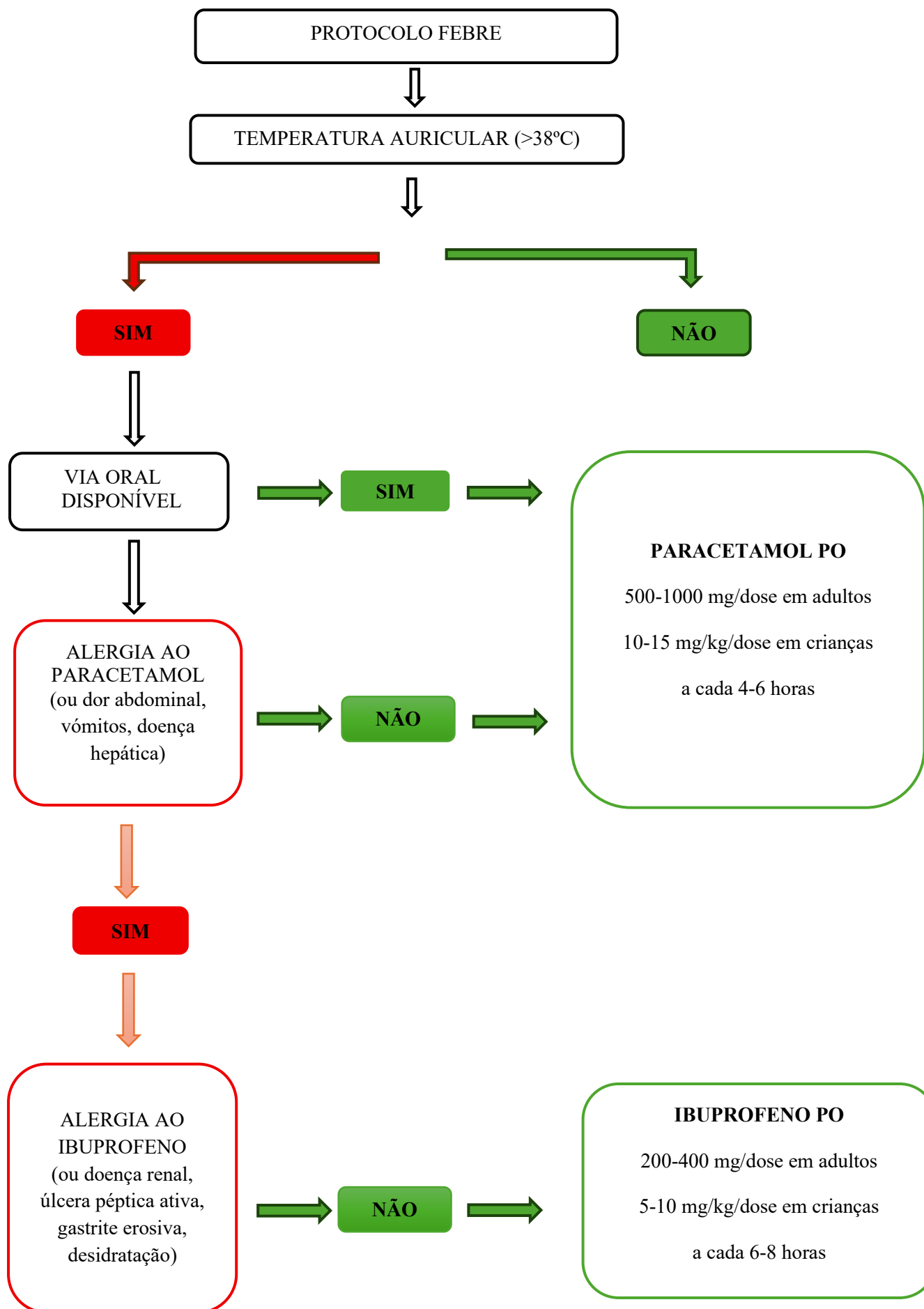
- **Adultos:** 200–400 mg por dose;
- **Crianças:** 5–10 mg/kg por dose;
- **Intervalo entre doses:** 6–8 horas (NICE, 2022)

Contraindicações ao uso de ibuprofeno:

- Alergia conhecida ao fármaco;
- Doença renal;
- Úlcera péptica ativa ou gastrite erosiva;
- Desidratação significativa (Silva et al., 2024)

5. Considerações Finais

Na presença de contraindicações simultâneas ao paracetamol e ao ibuprofeno, ou quando a via oral não se encontra disponível, deverá ser considerada avaliação médica para definição de terapêutica alternativa ou abordagem pela via parentérica, conforme o quadro clínico e as orientações médicas em vigor.



Referências Bibliográficas

- Amaral, P. (2017). Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam. Dissertação. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível no repositório da ESEnfC
- Baernholdt, M., Cox, K., & Scully, K. (2018). *Quality of care, patient safety, and nurse competencies: A global challenge. Journal of Nursing Scholarship*, 50(2), 111–121. <https://doi.org/10.1111/jnu.12363>
- Benner, P. (2001). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Prentice Hall.
- Brekke, I., Puntervoll, L., PedersenP., Kellett, J., & Brabrand, M. (2019). *The value of vital sign trends in predicting and monitoring clinical deterioration: A systematic review. PLoSOne*
- Cabilan, C. J., & Eley, R. (2021). *Identifying the gaps in emergency nurses' knowledge and practice in the assessment and management of fever: An integrative review. International Emergency Nursing*, 56, 100993. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.100993>
- Costa, F. (2020). Triagem de manchester: intervenção dos enfermeiros. Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2022/02/Triagem-Manchester-Intervenc%C3%A7%C3%A3o-dos-enfermeiros.pdf>
- Dinarelllo, C. A. (2021). Overview of fever in adults. UpToDate.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma n.º 021/2022: Abordagem clínica da febre no adulto e na criança*. Lisboa: DGS. Recuperado de <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). Norma nº 015/2023 – Abordagem da febre no adulto em contexto de urgência hospitalar. DGS.
- Fonseca, F., Alves Falcato, J., Andersen, F., Nunes de Almeida, J., Tojinha, M. (2012). *Dicionário médico climepsi* (1.ª ed.). Climepsi Editores.
- Gonçalves, L. (2024). A qualidade do sistema de triagem de mancherter na perspetiva dos enfermeiros. Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica. UTAD

<https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2024/10/2024-Out-Luis-Goncalves-Tese-Mestrado-Qualidade-Sistema-TM-Perspetiva-Enfermeiros.pdf>

- Haleon Health Partner. (2022). *Fever management: Clinical guidance and product information for healthcare professionals*. Londres: Haleon Health Partner. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210875>
- Laupland, K. B. (2009). *Fever in the critically ill medical patient*. *Critical Care Medicine*, 37(7 Suppl), S273–S278. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181aa6117>
- Malinovska, A., Malinovska, L., Nickel, C. H., & Bingisser, R. (2022). *Prevalence and prognosis of fever symptoms, hypo-, and hyperthermia in unselected emergency patients*. *Journal of Clinical Medicine*, 11(1), 24. <https://doi.org/10.3390/jcm11010024>
- Meremikwu, M. M., & Ogunbile, C. O. (2021). *Antipyretic drugs for treating fever in children*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD003676. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003676.pub6>
- Milani, G. P., Alberti, I., Bonetti, A., Garattini, S., Corsello, A., Marchisio, P., & Chiappini, E. (2024). Definition and assessment of fever-related discomfort in pediatric literature: a systematic review. *European journal of pediatrics*, 183(11), 4969–4979. <https://doi.org/10.1007/s00431-024-05753-7>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Fever in under 5s: Assessment and initial management (NICE Guideline NG143)*. Londres: NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng143>
- Niven, D. J., Gaudet, J. E., Laupland, K. B., Mrklas, K. J., Roberts, D. J., & Stelfox, H. T. (2014). *Accuracy of peripheral thermometers for estimating temperature: A systematic review and meta-analysis*. *Annals of Internal Medicine*, 161(12), 900–911. <https://doi.org/10.7326/M14-1656>
- O’Grady, N. P., Barie, P. S., Bartlett, J. G., et al. (2008). *Guidelines for evaluation of new fever in critically ill adult patients: 2008 update*. *Critical Care Medicine*, 36(4), 1330–1349. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318169eda9>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2018). *Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores*. DGS.

- Puskarich, M. A., et al. (2022). *Antipyretic therapy in adults with fever: A systematic review and meta-analysis*. *PLOS ONE*, 17(7), e0269744. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269744>
- Reis, M. J., Costa, L., & Fernandes, T. (2023). *Intervenções não farmacológicas no controlo da febre: Revisão integrativa*. *Revista de Enfermagem Referência*, VII(20), e23121. <https://doi.org/10.12707/RVII23121>
- Royal College of Physicians. (2017). National Early Warning Score (NEWS2): Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. RCP.
- Silva, L., Rodrigues, A., & Matos, P. (2024). *Utilização segura de antipiréticos: Revisão narrativa sobre o paracetamol e o ibuprofeno em contexto clínico*. *Acta Médica Portuguesa*, 37(5), 312–320. <https://doi.org/10.20344/amp.20456>
- Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., Bellomo, R., Bernard, G. R., Chiche, J. D., Coopersmith, C. M., Hotchkiss, R. S., Levy, M. M., Marshall, J. C., Martin, G. S., Opal, S. M., Rubenfeld, G. D., van der Poll, T., Vincent, J. L., & Angus, D. C. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315(8), 801–810.
- Watts, R., & Robertson, J. (2012). *Temperature management in the febrile patient: A review of non-pharmacological interventions*. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2734–2746. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05969.x>
- World Health Organization. (2023). *WHO guidelines on the management of fever in adults and children*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications>

Apêndice II – Estudo de Caso 1 SU

1. Descrição de caso clínico

O doente de nome A.J.O.F., de 65 anos, sexo masculino, deu entrada na Sala de Emergência (SE) do Serviço de Urgência Geral Polivalente da Unidade Local de Saúde de Viseu Dão- Lafões, pelas 11h50min do dia 25 de outubro de 2025, trazido pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)- Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Tondela.

Este doente foi uma vítima politraumatizada, após uma queda de aproximadamente 5 metros de altura, caindo de pés, a partir de um telhado, de onde escorregou, da qual resultaram um traumatismo crânio-encefálico (TCE), uma ferida supraciliar direita e traumatismos no membro inferior direito (MID) e pé direito. Sem perda de consciência e/ ou síncope.

Apresenta antecedentes pessoais de síndrome depressivo e dislipidemia. Nega alergias medicamentosas e refere que a última refeição ocorreu às 09h00. Trouxe consigo o esquema terapêutico atualizado. Doente anteriormente totalmente independente nas AVD's (atividades de vida diárias).

À entrada na SE doente consciente, orientado no tempo e no espaço, colaborante e com discurso coerente, demonstrando capacidade de compreensão e resposta adequada às solicitações, referindo queixas algicas, apenas no MID.

No extra-hospitalar foram administrados 1G de paracetamol, 50mcg de fentanilo e 8mg ondasetrom devido ao transporte difícil e ocorrência de náuseas durante a viagem. Apresentava 2 acessos venosos periféricos, na flexura de ambos os membros superiores, ambos permeáveis, com perfusão de 500 ml de NaCl 0,9% no MSE. Doente imobilizado com colar cervical e maca coquille/ maca de vácuo pela equipa da SIV Tondela.

Após transferência do doente em bloco para plano duro mantendo o colar cervical, foi realizado exame físico ao doente com base na **abordagem ABCDE**:

A- Airway/ Via Aérea: Via aérea permeável, com colar cervical para estabilização e prevenção de agravamento de eventual lesão cervical.

- B- *Breathing/ Ventilação:*** Ventilação espontânea, com expansão torácica simétrica regular bilateralmente. Ausência de dor à respiração e à palpação torácica, sem desvio traqueal. Saturação periférica de oxigénio (SpO₂) de 99% em ar ambiente.
- C- *Circulation/ Circulação:*** Bacia indolor e estável. Presença de cinta pélvica aplicada em contexto extra-hospitalar, posteriormente removida após avaliação médica. Com ferida sangrante na mão direita, com penso fechado, limpo e seco, apresentando hemorragia controlada. Sinais compatíveis com fratura do membro inferior direito, tendo sido realizada imobilização e estabilização adequadas. Pressão arterial: 170/100 mmHg; frequência cardíaca: 69 bpm, com pulso palpável e regular. Reforço da analgesia com administração de fentanil 0.10mg. Colheita de amostras sanguíneas para análises laboratoriais (hemograma, bioquímica e coagulação). Glicemia capilar de 134 mg/dL.
- D- *Disability/ Disfunção Neurológica:*** Pupilas em relação à simetria- isocóricas e em relação à reatividade à luz- isoreativas. Escala de Coma de Glasgow (GCS) de 15 pontos (Resposta Ocular= 4 pontos + Resposta Verbal= 5 pontos + Resposta Motora= 6 pontos)
- E- *Expose/Environment/ Exposição com controlo de hemorragia:*** Doente corado e hidratado. Com ferida supraciliar à direita, mão direita com penso fechado e escoriação superficial na coxa direita, com deformação da mesma, com rotação externa. Doente mantido em aquecimento periférico, com monitorização contínua dos sinais vitais e vigilância do estado neurológico.

Após avaliação médica, foram solicitados exames complementares de imagem, incluindo Tomografia Axial Computorizada (TAC) e radiografia do membro inferior direito. Os resultados confirmaram a fratura do fémur, indicando a necessidade de intervenção cirúrgica.

No regresso à SE, procedeu-se à limpeza e desinfeção da ferida supraciliar direita, com cerca de 1 cm, tendo sido solicitada avaliação pelo serviço de cirurgia, que recomendou a aplicação de cola biológica e *steristrips*. A ferida da mão direita também foi avaliada, apresentando múltiplas lesões nos 2.º, 3.º, 4.º e 5.º dedos, com exposição tendinosa e suspeita de lesão tendinosa. Realizou-se lavagem e desinfeção, sendo solicitada colaboração da ortopedia, que optou por tratar as lesões em bloco

operatório durante a intervenção cirúrgica da fratura do fémur direito. Após avaliação de cirurgia, iniciou-se terapia antibiótica com gentamicina 180 mg e ceftriaxona 2G.

O doente recebeu a visita da filha, que foi informada sobre o ocorrido, o plano de tratamento, a necessidade de internamento e foi realizada a entrega do espólio.

2. Discussão de caso clínico e decisões tomadas

O presente caso clínico envolveu um doente politraumatizado vítima de queda de altura (aproximadamente 5 metros), resultando em TCE, ferida supraciliar direita, fratura do fémur direito e feridas na mão direita, exigindo avaliação e intervenção multidisciplinar.

A abordagem inicial seguiu a abordagem A-B-C-D-E, essencial em situações de trauma grave, garantindo a priorização de problemas potencialmente fatais. O cuidado do doente gravemente ferido deve ser realizado de forma estruturada de acordo com o esquema A-B-C-D-E, que envolve a proteção das vias aéreas, respiração e circulação, o reconhecimento de défices neurológicos e o exame de corpo inteiro pela equipa multidisciplinar. (Frink, M., et al, 2017)

A imobilização com colar cervical e maca coquille, aliada à avaliação neurológica com *Glasgow Coma Scale*/ Escala de Coma de Glasgow (GCS), refletiu a aplicação de boas práticas de segurança do doente e prevenção de lesões adicionais, conforme recomendado pelas guidelines de trauma e SAV do *European Resuscitation Council* (ERC) de 2021. Uma pontuação máxima de 15 pontos na GCS é tranquilizadora e indica o nível ideal de consciência, enquanto uma pontuação mínima de 3 significa um coma profundo. (Planas JH. et al, 2025)

A realização de exames complementares de imagem (TAC e radiografia do membro inferior direito) permitiu a confirmação da fratura do fémur direito, evidenciando a importância da avaliação diagnóstica rápida e precisa para a preparação cirúrgica. A intervenção das equipas médicas de cirurgia, ortopedia e enfermagem foi coordenada, assegurando o controlo da dor com fentanil (opióide forte e analgésico), administração de antibióticos profiláticos (gentamicina e ceftriaxona) e tratamento local das feridas com cola biológica e *steristrips*, de acordo com recomendações de prevenção de infeção.

A comunicação e o esclarecimento prestado à família relativamente ao plano terapêutico e ao internamento reforçaram o papel da enfermagem na promoção da confiança, da compreensão e da cooperação no processo de cuidados. A *Society of Critical Care Medicine* recomenda que técnicas como escuta ativa, empatia e validação emocional aumentam a satisfação dos familiares, reduzem sintomas de ansiedade, depressão e stresse pós-traumático e melhoram o entendimento do plano de tratamento e a tomada de decisão compartilhada. (Society of Critical Care Medicine, 2017)

Este caso clínico evidenciou a importância de uma avaliação completa e contínua, da intervenção precoce de enfermagem e da colaboração multidisciplinar, permitindo não apenas estabilizar o doente, mas também prevenir complicações, como infeção, mobilidade reduzida e agravamento de lesões pré-existentes. A experiência reforça a necessidade de atenção sistemática, aplicação de protocolos baseados em evidência e reflexão crítica sobre cada intervenção.

3. Conclusão

O presente caso clínico constituiu uma oportunidade significativa de aprendizagem, permitindo consolidar conhecimentos e competências na abordagem e gestão do doente politraumatizado, evidenciando a complexidade e exigência da prestação de cuidados a um doente politraumatizado.

A situação descrita requereu uma atuação célere, segura e fundamentada, demonstrando a importância de conhecimentos científicos aprofundados, raciocínio clínico crítico e competências técnicas diferenciadas, essenciais ao enfermeiro especialista neste domínio.

A abordagem estruturada segundo a abordagem A-B-C-D-E, a vigilância contínua e a intervenção precoce foram determinantes para a estabilização do doente e prevenção de complicações. Apesar do cumprimento adequado das normas e protocolos, as principais dificuldades que identifiquei relacionaram-se com a gestão simultânea de múltiplas prioridades clínicas, nomeadamente na observação e registo rápido de sinais vitais, comunicação com a equipa multidisciplinar em contexto de elevada pressão e necessidade de manter a calma perante a gravidade do quadro clínico.

Este caso clínico evidenciou o papel do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica como profissional que alia rigor científico, competência técnica e sensibilidade humana, assegurando cuidados seguros, de qualidade e centrados na pessoa. A experiência contribuiu para o aperfeiçoamento de competências clínicas avançadas e para uma reflexão crítica e sustentada sobre a prática profissional.

Destacou-se ainda a importância das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, nomeadamente a capacidade de avaliar, monitorizar e intervir perante alterações súbitas do estado clínico, o domínio de conhecimentos técnico-científicos avançados, a tomada de decisão fundamentada em evidência e a gestão do risco e da segurança do doente. A coordenação da equipa multidisciplinar e a comunicação eficaz com o doente e a sua família revelaram-se igualmente essenciais em contextos de elevado stress e complexidade emocional.

4. Referências Bibliográficas

European Resuscitation Council. (2021). *European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. Resuscitation*, 161, 115–151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>

Frink, M., Lechler, P., Debus, F., & Ruchholtz, S. (2017). Gerenciamento de Trauma Múltiplo e Pronto-Socorro. *Deutsches Arzteblatt internacional*, 114(29-30), 497–503. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0497>

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica. (2024). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (1.^a ed.). Instituto Nacional de Emergência Médica. Disponível em <https://www.inem.pt/2025/01/24/inem-reve-manuais-de-suporte-avancado-de-vida/>

Planas JH, Waseem M, Sigmon DF. Trauma Primary Survey. [Updated 2023 Apr 10]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. Disponível em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430800/?utm_source=chatgpt.com

Society of Critical Care Medicine. (2017). *Guidelines for family-centered care in the adult ICU. Critical Care Medicine*, 45(1), 103–128. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>

Apêndice III - Estudo de Caso 2 SU

1. Descrição de caso clínico

O doente de nome L.L.M., de 63 anos, sexo masculino, deu entrada na Sala de Emergência (SE) do Serviço de Urgência Geral Polivalente da Unidade Local de Saúde de Viseu Dão- Lafões, pelas 13h20min do dia 23 de outubro de 2025, vindo da área médica, após ida ao WC iniciou com quadro súbito de dispneia, palidez cutânea, sudorese e queixas álgicas epigástricas.

Doente admitido na triagem com queixas de tosse, farfalheira agravada na noite de 23 de outubro, dor abdominal e dejeções líquidas. Sem alergias medicamentosas. Doente totalmente autónomo nas AVD's (atividades de vida diárias). Consciente, orientado e cognitivamente íntegro. Antecedentes pessoais: doente invisual, apercebendo-se apenas de alterações de luz (sic).

À entrada na SE doente pálido, sudorético, com queixas álgicas inespecíficas. Sinais vitais: Pressão arterial: 150/90mmHg (hipertenso), Frequência Cardíaca: 120bpm (taquicárdico), Temperatura Auricular: 36.1°C (apirético), Saturação periférica de oxigénio (SpO₂) de 82% por Máscara de Venturi a 30%.

Foi realizado exame físico ao doente com base na **abordagem ABCDE**:

F- Airway/ Via Aérea: Via aérea permeável.

G- Breathing/ Ventilação: Polipneico, com roncos bilaterais, SpO₂ de 82% por Máscara de Venturi a 30%.

H- Circulation/ Circulação: Pressão arterial: 150/90mmHg (hipertenso), Frequência Cardíaca: 120bpm (taquicárdico). Colheita de amostras sanguíneas para análises laboratoriais (hemograma, bioquímica e coagulação). Glicemia capilar de 330 mg/dL. Com necessidade de administração de midazolam e morfina para controlo de dor e agitação motora. Realizados broncodilatadores (salbutamol e brometo de ipatrópio) e colocado sob ventilação não invasiva (VNI)- BIPAP FiO₂ 30% para SpO₂ de 96%.

I- Disability/ Disfunção Neurológica: Pupilas em relação à simetria- isocóricas e em relação à reatividade à luz- isoreativas. Escala de Coma de Glasgow (GCS) de 15 pontos (Resposta Ocular= 4 pontos + Resposta Verbal= 5 pontos + Resposta Motora= 6 pontos). Doente insivual bilateralmente.

J- Expose/Environment/ Exposição com controlo de hemorragia: Doente com palidez cutânea. Temperatura Auricular: 36.1°C (apirético).

Após a avaliação médica, foi solicitado de imediato um eletrocardiograma (ECG), que revelou um enfarte agudo do miocárdio (EAM) com supradesnivelamento do segmento ST nas derivações V1 a V4, (parede anterior). Perante este resultado, foi solicitada a intervenção da equipa de cardiologia, que avaliou o doente e decidiu o seu encaminhamento urgente para o serviço de Hemodinâmica. O doente foi então preparado para o procedimento, tendo sido colocado cateter vesical para controlo do débito urinário e realizada tricotomia. O espólio foi entregue à esposa, que foi informada da situação clínica pelo médico assistente.

No serviço de Hemodinâmica, o doente foi submetido a um cateterismo de emergência devido à oclusão da artéria coronária esquerda. Tive a oportunidade de assistir, pela primeira vez, a este procedimento, podendo observar de perto todo o cuidado especializado envolvido, nomeadamente a vigilância rigorosa dos sinais vitais, a monitorização contínua e a atuação coordenada da equipa multidisciplinar, aspetos que considero muito enriquecedores para a minha formação.

Durante o procedimento, foram realizadas várias tentativas de desobstrução sem sucesso, tendo sido posteriormente colocado um stent. Apesar de todos os esforços da equipa, o doente acabou por falecer após o procedimento.

2. Discussão de caso clínico e decisões tomadas

O presente caso clínico envolveu um doente que apresentou um quadro súbito de dispneia, sudorese e dor epigástrica, sintomas compatíveis com uma síndrome coronária aguda (SCA) sendo assim um caso de Via Verde Coronária (VVC), posteriormente confirmada por ECG de 12 derivações com supradesnivelamento do segmento ST nas derivações V1-V4, indicativo de EAM da parede anterior, associado à oclusão da coronária esquerda.

A abordagem inicial do doente foi efetuada segundo o protocolo ABCDE, em conformidade com as recomendações do *European Resuscitation Council* (ERC, 2021) e das *guidelines* da *European Society of Cardiology* (ESC, 2023) para o tratamento da SCA com supra-ST. A evidência científica confirma que, nos casos de

EAM com supra-ST, a Intervenção Coronária Percutânea (ICP) ou cateterismo cardíaco de emergência deve ser realizada idealmente dentro de 90 a 120 minutos após o admissão, sendo este o fator prognóstico mais determinante na redução da mortalidade e da disfunção ventricular (ESC, 2023; Bhatt et al., 2022).

É definido segunda a norma da Direção Geral de Saúde (DGS) de 2025 que é “Caso Suspeito Via Verde Coronária (CSVVC), todo o indivíduo que contacte o sistema de saúde com presença de dor torácica não traumática, tipicamente retrosternal, tipo opressiva, com irradiação para epigastro e/ou região submentoniana e/ou membro superior (geralmente esquerdo) e/ou dorsal, persistente (duração > 15 min), ou outros sintomas equivalentes, como síncope, dispneia, paragem cardiorrespiratória ou outros sinais relevantes” (Norma nº 003/2025, DGS, 2025).

É também descrito nesta norma da DGS que “a unidade de saúde com capacidade de intervenção coronária deve implementar procedimentos internos para assegurar o transporte direto do Caso Confirmado VVC para a sala de hemodinâmica, evitando o circuito do serviço de urgência, exceto quando o doente necessita de estabilização urgente à chegada”, neste caso em concreto o doente já estava em contexto de urgência e após início de sintomas foi de imediato para a SE e foram realizadas todos os procedimentos de protocolo VVC, sendo encaminhado após confirmação com ECG do EAM para o serviço de hemodinâmica. Considero assim que, neste caso em concreto, a atuação foi rápida e bem executada, sendo que “o objetivo da VVC é a redução do tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento. Este intervalo é em grande parte determinado pelo período entre o início dos sintomas e o primeiro contacto médico. É justamente nas primeiras horas de EAM que ocorrem muitas das complicações fatais, em particular a fibrilhação ventricular. O reconhecimento precoce dos sintomas e sinais de EAM pelo doente ou seu acompanhante é, assim, fundamental” (Norma nº 003/2025, DGS, 2025).

Este caso clínico evidenciou a importância de uma avaliação sistematizada e contínua, bem como da intervenção de enfermagem rápida e fundamentada, articulada com uma colaboração multidisciplinar eficaz, fatores determinantes para garantir a estabilização inicial do doente com enfarte agudo do miocárdio e assegurar a preparação segura e atempada para o cateterismo de emergência.

3. Conclusão

A gestão deste caso clínico, referente a um doente com enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (EAM com supra-ST), permitiu-me aplicar e consolidar diversas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, particularmente na área da pessoa em situação crítica.

Desde o momento da admissão do doente na SE, foi essencial uma avaliação sistematizada segundo a abordagem ABCDE, garantindo uma atuação rápida, segura e baseada em evidência científica, de forma a priorizar intervenções que assegurassem a estabilização hemodinâmica e ventilatória do doente. Esta atuação enquadra-se na competência de “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, identificando prontamente focos de instabilidade e respondendo de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade;” (OE, 2018).

A monitorização dos sinais vitais, a administração de oxigenoterapia e a implementação da VNI evidenciam a aplicação da competência de “Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações; Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados” (OE, 2018).

A preparação do doente para o cateterismo cardíaco de emergência, incluindo a colocação do cateter vesical, tricotomia e organização do espólio, reflete a competência de “planear e executar cuidados complexos à pessoa em situação crítica”, assegurando simultaneamente o respeito pela dignidade e comunicação terapêutica com o doente e família (OE, 2018).

A articulação com a equipa multidisciplinar (desde médicos, enfermeiros, cardiologia e hemodinâmica) demonstrou a importância da coordenação de cuidados e da comunicação interprofissional eficaz.

O acompanhamento de situações de emergência, como este EAM, contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento das minhas competências técnico-científicas, relacionais e ético-deontológicas, reforçando o meu papel como futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

4. Referências Bibliográficas

Bhatt DL; Lopes RD; Harrington RA. Diagnóstico e tratamento de síndromes coronárias agudas: uma revisão sistemática. *JAMA*. 2022;327(7):662–675. doi:10.1001/jama.2022.0358

Direção Geral da Saúde. (2025, 7 de março). *Norma n.º 003/2025 – Via Verde Coronária (VVC) no adulto*. Lisboa: Autor. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0032025-de-07032025-via-verde-coronaria-vvc-no-adulto-pdf.aspx>

European Resuscitation Council. (2021). *European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support*. *Resuscitation*, 161, 115–151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>

European Society of Cardiology (ESC, 2023): Guidelines for the management of acute coronary syndromes. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>

Apêndice IV - Estudo de Caso 1 UCI

Os dados apresentados referem-se ao momento da avaliação de enfermagem realizada durante o internamento do doente na Unidade de Cuidados Intensivos, não correspondendo necessariamente ao momento da admissão do doente. Todos os dados apresentados foram devidamente anonimizados, garantindo o cumprimento dos princípios éticos e de confidencialidade.

Dados Clínicos:

Doente do sexo masculino, com 69 anos, sem antecedentes pessoais relevantes e desconhece alergias medicamentosas.

Admitido na sala de emergência (SE) do Serviço de Urgência (SU) da ULS VDL pelas 17h33min do dia 14 de outubro de 2026, transportado pela equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), na sequência de um traumatismo resultante de queda de aproximadamente 5 metros de altura.

Cerca de uma hora após o evento traumático, o doente referiu incapacidade de mobilização dos membros inferiores, sugestiva de paraplegia. À chegada, encontrava-se imobilizado em maca do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), tendo sido posteriormente transferido para a maca da sala de emergência.

No mesmo dia, foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos por falência respiratória aguda com hipóxia, secundária a lesão traumática vertebro-medular (TVM) com nível motor C3 à esquerda e C4 à direita.

Avaliação Primária (SU):

A – *Airway* (via aérea): A via aérea encontrava-se permeável, sem obstruções evidentes. Foi garantida proteção da via aérea durante a avaliação inicial, garantindo ventilação adequada.

B – *Breathing* (respiração): A saturação periférica de oxigénio (SpO₂) encontrava-se em 98% sob máscara facial a 5litros/minuto. O murmúrio vesicular (MV) estava diminuído

globalmente, indicando ventilação comprometida secundária à dor, trauma ou limitação motora. Esta avaliação permitiu planejar estratégias de suporte respiratório individualizadas.

C – Circulation (circulação): A pressão arterial era de 96/52 mmHg, com frequência cardíaca de 87 batimentos por minuto. O tempo de preenchimento capilar (TPC) encontrava-se inferior a 2 segundos, sem sinais de hemorragia ativa. Mantida a monitorização contínua para deteção precoce de alterações hemodinâmicas, crucial no contexto de trauma vertebro-medular.

D – Disability (neurológico): Avaliação neurológica rápida com escala motora e sensitiva mostrou perda de função nos membros inferiores compatível com lesão vertebro-medular. Glicémia capilar de 115 mg/dL dentro dos limites aceitáveis para o contexto clínico.

E – Exposure (exposição): Foram observadas escoriações na face e membros, abdómen distendido e temperatura axilar de 38°C. Presença de cinta pélvica para estabilização de trauma pélvico. O doente não reagia a estímulos dolorosos nos membros inferiores, compatível com TVM, sem fraturas evidentes. A avaliação detalhada do corpo permitiu identificar áreas de risco e planejar intervenções preventivas, nomeadamente cuidados cutâneos e vigilância infecciosa.

Avaliação Secundária (UCI):

Neurológico: No momento da avaliação de enfermagem para o presente estudo de caso, o doente apresentava défice neurológico compatível com lesão vertebro-medular, com ausência de mobilidade dos membros inferiores. Com 15 pontos na Escala de Coma de Glasgow (GCS). Com sono não reparador, mantém pesadelos noturnos. Com sedoanalgesia de mirtazapina 45mg 1 vez por dia, zolpidem SOS, gabapentina 100mg 3 vezes por dia e paracetamol 1G 3 vezes por dia e em SOS.

Respiratório: No período de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos, o doente encontrava-se sob suporte ventilatório, com necessidade de Intubação Orotraqueal (IOT) e Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) desde a admissão, traqueostomia (TQ) realizada por ORL a 22/10, mantendo parâmetros respiratórios compatíveis com adequada oxigenação e ventilação, confirmados por gasometria arterial sem alterações significativas. Na data de 04/01/2026 conectado ao ventilador em modo de PCV, PS de 10 24horas, FIO2 30%, PEEP 8 e SPO2 superior a 95%. Com necessidade de aspiração de secreções na orofaringe em pequena quantidade mucosas e secreções traqueobrônquicas (STB) em moderada quantidade

mucopurulentas. Realizava, de forma pontual, períodos de respiração espontânea em peça em T (conforme tolerância) e utilização de válvula fonatória, sobretudo durante os períodos de visita da esposa e filha, com o objetivo de promover a comunicação e a interação familiar, mantendo sempre a estabilidade respiratória durante esses períodos. Aguarda contacto da Unidade Local de Saúde de Coimbra, para possível colocação de *pacemaker* diafragmático, como alternativa eficaz à ventilação mecânica, com eficácia semelhante, que melhora a qualidade de vida em pacientes com insuficiência respiratória grave devido a lesão medular cervical. (Romero-Ganuza, et al., 2011)

Cardiovascular: O doente manteve estabilidade hemodinâmica, neste momento, sem necessidade de suporte vasoativo. Hemodinamicamente e eletricamente estável, com períodos de hipotensão arterial. A presença de monitorização contínua permitiu detetar alterações precoces e assegurar segurança do doente durante procedimentos e mobilizações.

Renal: No momento da avaliação, apresentava débito urinário adequado, compatível com função renal preservada, sob monitorização de débito urinário através de sonda vesical funcionante, com saída de urina alaranjada, sem presença de cheiro fétido ou sedimentos.

Metabólico / Nutricional: No momento da avaliação, o doente encontrava-se a ser alimentado e hidratado por gavagem, administrada por gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) colocada a 06/11, tolerando bem, sem estase gástrica. Glicémias dentro dos valores pretendidos, sendo o plano nutricional reforçado com suplementos hiperproteicos conforme orientação médica.

Hematológico: No momento da avaliação, o doente encontrava-se sob profilaxia de tromboembolismo venoso (TEV), com administração de enoxaparina 40 mg subcutânea (SC) uma vez por dia. Não se observavam perdas hemáticas visíveis.

Infecioso: O doente apresentava episódios isolados de picos febris diários, sem antibioterapia em curso. A febre encontrava-se controlada com administração fixa de paracetamol e administração de metamizol em SOS. O doente apresentou também, durante o internamento, o diagnóstico de otite média aguda e otite externa à direita, tendo sido medicado com antibioterapia empírica, tendo realizado amoxicilina/ácido clavulânico 2,2 g durante 5 dias, associada a terapêutica tópica com clotrimazol e ofloxacina em gotas auriculares durante 8 dias. No momento da avaliação, com resolução deste quadro infeccioso.

Integridade cutânea: Pele e mucosas coradas e hidratadas. Foi observada uma lesão cutânea localizada na região sagrada, avaliada como úlcera de pressão grau III. A pele peri-

lesional com necessidade de aplicação de vitamina A. A ferida foi classificada como risco elevado de agravamento devido à imobilidade do doente e à sua condição clínica crítica. Com edema dos membros superiores, com necessidade de elevação dos mesmos.

Cuidados oftálmicos: No momento da avaliação, o doente encontrava-se sob aplicação de lágrimas artificiais 4h/4h, exceto à noite, como medida preventiva de úlcera de córnea, atendendo à ventilação mecânica invasiva, diminuição do reflexo de pestanejo e à necessidade de preservar o globo ocular. (Rocha & Coelho, 2015)

Intervenções cirúrgicas: Durante o internamento, o doente foi submetido a intervenções cirúrgicas para estabilização vertebral. A 15/10 realizou-se fixação cirúrgica das vértebras C4-C5 e C5-C6. Posteriormente, a 09/12 teve nova ida ao bloco operatório para realizar a fixação transpedicular das vértebras D9, D10, D12 e L1. Ambas as cirurgias decorrem sem complicações imediatas, sendo consideradas essenciais para estabilização da coluna e prevenção de agravamento neurológico.

Reabilitação / Fisioterapia: No momento da avaliação, o doente encontrava-se a realizar todos os dias fisioterapia respiratória e motora, com o objetivo de otimizar a ventilação, promover a mobilização precoce e prevenir complicações associadas à imobilidade prolongada. Anteriormente, realizava sessões de fisioterapia no ginásio do hospital, contudo verificou-se um retrocesso na sua evolução, pelo que, no momento da avaliação, a intervenção fisioterapêutica decorria exclusivamente no serviço. O doente realizava levante para cadeira de rodas, com apoio da equipa, e participava em sessões de *cough assist* de manhã e à tarde e sem SOS, com vista à otimização da parte respiratória e prevenção de complicações respiratórias. A intervenção da fisioterapia com este doente contribuiu para a manutenção de capacidade funcional, prevenção de complicações respiratórias e musculoesqueléticas, promovendo autonomia dentro das limitações impostas pela TVM e da situação clínica crítica do mesmo.

Concluindo, a análise deste caso clínico permitiu consolidar conhecimentos teórico-práticos e desenvolver o raciocínio clínico em UCI. A complexidade exigiu vigilância contínua e tomada de decisão fundamentada. Este exercício reforçou a importância da prática baseada na evidência, da monitorização contínua e da reflexão crítica, contribuindo para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista.

Apêndice V - Gestão de Conflitos na Equipa Multidisciplinar (Documento *Word*)

**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Gestão de Conflitos na Equipa Multidisciplinar

Beatriz Isabel Sousa Pinheiro pv29681
Cláudia Francisca Cardoso da Silva pv4987

janeiro, 2026



Gestão de Conflitos na Equipa Multidisciplinar

Beatriz Isabel Sousa Pinheiro pv29681

Cláudia Francisca Cardoso Silva pv4987

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 2ª edição

Unidade Curricular: Opção 8- Estágio com Relatório Final em contexto de Cuidados Intensivos

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora Teresa Silveira e tutoria da Enfermeira Especialista Natércia Coelho, Enfermeira Especialista Teresa Andrade e Enfermeira Especialista Filipa Costa

janeiro, 2026

Índice

Introdução	6
1. O papel da equipa multidisciplinar no cuidado ao doente crítico.....	8
1.1. Enfermeiro especialista versus Enfermeiro generalista	8
2. Conflitos vs Divergência Profissional	9
2.1. Conflito na Equipa multidisciplinar.....	9
2.2. Tipos de conflitos.....	10
2.3. Principais causas e impacto dos conflitos	11
2.4. Gestão de conflitos	12
3. O papel do gestor na resolução de conflitos	15
4. Ferramenta de apoio – Estratégias e Jogos Dinâmicos.....	16
Conclusão.....	20
Referências Bibliográficas	22

Introdução

Atualmente, a elevada competitividade do mercado impõe aos profissionais uma pressão constante que, para além das suas responsabilidades habituais, conduz a um desgaste contínuo, impactando negativamente as relações interpessoais e o ambiente de trabalho. (Tomás, 2017)

O conflito está presente nas relações humanas e nas relações de trabalho, derivado de pontos de vista entre indivíduos, na sua diversidade de interesses, nos valores e nas várias formas de pensar ou agir de cada envolvido. (Tomás, 2017)

Não existe uma definição simples de conflito, contudo é inquestionável que o conhecimento sobre a forma como os conflitos são geridos entre profissionais de saúde permitirá uma melhoria das práticas profissionais e das relações interpessoais. (Miguelote & Cunha, 2014 cit in Doce, 2023 e Tomás, 2017)

Assim, ter níveis diferentes de conflito pode considerar-se de forma positiva e reconhecido como um elemento essencial para o desenvolvimento das relações, tanto no ambiente de trabalho quanto nas interações pessoais. (Tomás, 2017) É necessário compreender a evolução e os mecanismos do conflito para o funcionamento saudável das relações.

A realização deste trabalho é pertinente e terá como objetivo geral: compreender a gestão de conflitos nas equipas multidisciplinares. Como objetivos específicos destacam-se: analisar o papel da equipa multidisciplinar, no cuidado ao doente crítico; conhecer a importância do trabalho em equipa, identificar diferenças entre o enfermeiro generalista e o enfermeiro especialista, identificar os tipos de conflitos existentes; destacar a comunicação eficaz como elemento essencial à gestão de conflitos; identificar e implementar estratégias de resolução de conflitos e criar estratégias para a resolução de conflitos.

Na primeira parte do trabalho iremos abordar o papel da equipa multidisciplinar no cuidado ao doente crítico, dando ênfase aos diferentes papéis que podem assumir o enfermeiro generalista e o enfermeiro especialista.

Posteriormente, no segundo capítulo pretendemos realizar uma exposição sobre a gestão de conflitos (tipologia e estratégias identificadas para lidar com os mesmos).

1. O papel da equipa multidisciplinar no cuidado ao doente crítico

A evolução histórica das necessidades sociais do ser humano, aliada ao contínuo progresso científico e tecnológico na área da saúde, tem vindo a exigir uma crescente especialização dos profissionais que nela exercem a sua atividade. No contexto das equipas multidisciplinares, intervêm diferentes profissionais que devem adotar uma visão holística do doente, privilegiando uma atitude humanizada e uma abordagem mais abrangente e resolutive dos cuidados. Apesar de enriquecedora, esta diversidade pode originar conflitos que comprometem a qualidade do cuidado prestado, tornando indispensável uma gestão adequada desde as fases iniciais (Ribeiro, 2023).

A comunicação surge de forma espontânea e inerente à prática de enfermagem, quer seja entre profissionais, quer seja entre enfermeiro e doente. Comunicar e a forma como se comunica tem cada vez mais impacto na prática e na forma como se relacionam as equipas multidisciplinares, sendo um fator influenciador de um trabalho em equipa eficaz. Para além da comunicação entre profissionais, a que resulta na relação profissional e doente também é uma constante na prática diária e potencia a qualidade dos cuidados prestados, bem como a adesão do doente aos mesmos (Costa, 2021).

1.1. Enfermeiro especialista *versus* Enfermeiro generalista

O enfermeiro generalista desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados integrais e na articulação entre diferentes especialidades, sendo a sua capacidade de adaptação a diversos contextos e de resposta às múltiplas necessidades do doente essencial para a dinâmica da equipa.

O enfermeiro especialista traz conhecimento avançado e habilidades específicas, sendo fundamental para a tomada de decisões complexas. Atua frequentemente como um líder na gestão de casos críticos, proporcionando orientação e suporte aos outros membros da equipa.

A interação com o doente crítico exige elevadas competências de comunicação e empatia, sendo a compreensão das preocupações do doente e da sua família essencial para o estabelecimento de uma relação de confiança e para a facilitação do processo de decisão. Em contextos críticos, a identificação rápida de conflitos revela-se imprescindível, permitindo uma atuação adequada e eficaz, mesmo sob pressão. Neste sentido, cada membro da equipa desempenha um papel determinante, promovendo a comunicação e a colaboração em situações particularmente exigentes.

2. Conflitos vs Divergência Profissional

O conflito pode ser determinado como divergência de perspectivas e ideias, entre indivíduos entendidas como geradoras de tensão, em pelo menos, uma das partes envolvidas, que pode traduzir-se ou não em incompatibilidade de objetivos. Estes se colocam em posições contrárias que são inevitáveis e necessárias para a vida grupal. (De Breu & Weingart (2003) e Dimas, Lourenço & Míguez (2005), *cit. in* Doce, 2023 e Tomás, 2017).

Assim, as equipas de trabalho, aumentam a necessidade de interação, de cooperação e de colaboração entre indivíduos, com o objetivo de realização das tarefas. Essas mesmas transformações estruturais, ligadas a uma variedade de forças de trabalho, contribuem para o aparecimento de mais conflitos nas respetivas equipas/organizações. (Tomás, 2017 cit in Janssen et al., 1999; Williams & O'Reilly, 1998)

Relativamente e clarificando, a divergência profissional corresponde à discordância natural de ideias, opiniões ou métodos, que por sua vez o conflito surge quando essa divergência se manifesta de forma negativa, envolvendo mau entendimento, disputas de poder ou animosidade pessoal, prejudicando o ambiente de trabalho. (Valentim, 2023)

No entanto, quando bem gerido, o conflito pode tornar-se uma força positiva para a inovação e o crescimento, distinguindo-se de um confronto meramente destrutivo cujo objetivo é anular o outro.

2.1. Conflito na Equipa multidisciplinar

A prestação de cuidados de saúde no doente crítico exige uma coordenação dos esforços e uma prática colaborativa interprofissional. Neste sentido, a adequada comunicação do enfermeiro tem uma grande importância para interações adequadas e produtivas (Pinho, 2020).

2.2. Tipos de conflitos

O conflito constitui uma dimensão inevitável da vida humana, integrando-se de forma indissociável na existência das pessoas. Desempenha um papel relevante no processo evolutivo da humanidade e na promoção da transformação social, pelo que a sua correta compreensão e gestão são essenciais para potenciar os seus efeitos positivos e atenuar as suas consequências negativas. (Seromenho, 2017)

De acordo com a sua **natureza**, existiam 2 tipos de conflitos:

- **Conflitos de relação ou afetivos:** relacionado com questões pessoais e envolvimento de emoções e tensão entre as partes;
- **Conflitos de tarefa ou “substantivos”:** desacordo sobre determinado conteúdo e objetivos). Posteriormente, surgiram os conflitos de processo e conflitos cognitivos que incidia sobre a divergência de ideias

(Caetano, *et al.*, 2020)

Relativamente à **gravidade** em que ocorre o conflito, este pode ser classificado como:

- **Conflito percebido:** ocorre quando os indivíduos envolvidos reconhecem a existência do conflito, ao perceberem que os seus objetivos diferem dos objetivos dos outros e que existem possibilidades de interferência ou bloqueio mútuo;
- **Conflito experienciado:** manifesta-se quando o conflito desperta sentimentos como hostilidade, raiva, medo ou descrédito entre as partes. Trata-se de um conflito velado, uma vez que permanece dissimulado, oculto e não é expressado de forma clara ou explícita;
- **Conflito manifestado:** verifica-se quando o conflito é exteriorizado por meio de comportamentos de interferência ativa ou passiva por, pelo menos, uma das partes. Corresponde ao conflito aberto, caracterizado pela sua expressão direta e sem dissimulação.

(Miguel, 2025)

Quanto à **tipologia** de conflitos existentes, tornaram-se suscetíveis de serem classificados de diferentes modos:

- Conflito intrapessoal: ocorre dentro do indivíduo (pode radiar no conflito de ideias, pensamentos, emoções, valores e predisposições);
- Conflito interpessoal: ocorre entre indivíduos e devido à diferenciação de papéis, limitação de recursos e diferenças individuais. A idade, o sexo, as atitudes, as crenças, os valores e as

diferenças de personalidade são condições que propiciam na maioria o aparecimento de conflitos;

- Conflito intragrupal: ocorre dentro de um pequeno grupo;
- Conflito intraorganizacional: abrange a generalidade das partes da organização;
- Conflito intergrupar: ocorre entre grupos (assimetrias de poder, estilo de liderança e heterogeneidade na composição do grupo);
- Conflito interorganizacional;
- Conflito ético e de tomada de decisão.

(Caetano, et al., (2020), Cunha, et al., (2021), Seromenho, (2017) e Costa, (2021))

Para além dos tipos de conflitos anunciados anteriormente, poderemos ainda encontrar:

- Conflito de tarefas: ocorrem quando há desacordo sobre os objetivos, tarefas ou responsabilidades dentro de uma equipa;
- Conflito de processo: aqueles que acontecem quando existe um desacordo no modo como o trabalho deve ser feito;
- Conflito de comunicação: barreiras linguísticas e técnicas, comunicação ineficaz ou incompleta;
- Conflito de liderança: dinâmica de poder, tomada de decisão;
- Conflito de personalidade no trabalho: pressão por tempo, diferença de ritmo;
- Conflito de valores/morais: diferença nos valores éticos, cuidado centrado ao doente vs cuidado centrado na doença;
- Conflito cultural: diferenças culturais entre profissionais, perceção cultural do doente.

(Cunha, *et al.* (2021), Seromenho, (2017), Costa, (2021))

2.3. Principais causas e impacto dos conflitos

O conflito é inevitável e constante nos locais de trabalho, porém existem ambientes e situações que potencializam a ocorrência do mesmo, sendo que uma boa forma de entender e trabalhar um assunto é estudar o mesmo, selecionando as soluções possíveis e aceitáveis para a equipa.

Numa organização pode ser benéfico e construtivo originando criatividade e mudança, ou prejudicial e destrutivo originando situações negativas. Estas vantagens ou desvantagens dos conflitos variam consoante o conflito e se o mesmo é bem ou mal gerido. (Miguel, 2025)

Assim as **principais causas de conflitos são as seguintes**: má comunicação, desde mal-entendidos, falta de clareza, feedback ausente ou ruídos na transmissão de mensagens, competição por recursos (reconhecimentos), diferenças de personalidade/valores/percepções (estilos de trabalho e de vida, crenças e visões diferentes), objetivos desalinhados e falta de clareza nas responsabilidades, levando a impactos negativos como stress, baixa produtividade, rompimento de relações, desconfiança e frustração.

(Lima, et al., nd)

2.4. Gestão de conflitos

A superação de conflitos pressupõe a capacidade de os gerir de forma adequada; contudo, nem sempre o tato e a sensibilidade são suficientes para garantir soluções eficazes que atendam a todas as partes envolvidas. O estilo de gestão utilizado por quem negocia o conflito é uma das variáveis importantes a ponderar no processo de conflito. (Miguel, 2025)

Segundo Doce (2023), vários autores sustentam que as abordagens de gestão de conflitos podem ser **classificadas com base em dois aspetos centrais**:

- “Preocupação consigo próprio”, que se refere à salvaguarda dos interesses individuais;
- “Preocupação com o outro”, que diz respeito à atenção dada aos objetivos da parte oposta.

Deste modo, surgem assim os **cinco estilos de gestão de conflitos**:

1. **Integração /cooperação**: direciona para a vertente de ir ao encontro das necessidades e interesses de todas as partes e implica que exista resolução de problemas. Visa tratar a base dos conflitos, permitindo que haja troca abundante de informação, situações de concordância e geração de opções, tendo como objetivo uma solução que seja adequada para todas as partes. Esta primeira abordagem está indicada para conflitos completos, em que é necessário tempo. É desaconselhada para situações urgentes. (Caetano, *et al.*, 2020 e Tomás, 2017).
2. **Submissão**: Ao adotar este estilo pressupõe-se um sacrifício dos envolvidos. É adequado quando as partes acreditam que o objetivo da outra parte tem mais importância que o seu, quando se pretende manter uma relação ou quando se tem o objetivo de dar alguma coisa em troca de modo a alcançar algo da outra parte envolvida no futuro. (Caetano, *et al.*, 2020 e Tomás, 2017).
3. **Dominação/Confrontação**: uma parte tenta forçar outra a ceder e ocorre quando uma das partes tenta satisfazer as suas próprias necessidades, não sendo importante o impacto que possa

ter na outra. Pode ser um método adequado, quando não há tempo para discutir divergências. (Caetano, *et al.*, 2020 e Tomás, 2017).

4. **Evitação:** reconhece que uma ou ambas as partes reconhecem a existência de conflito, mas evitam o confronto. É útil num curto prazo de tempo, porém pode ser inadequada quando é necessária uma resposta imediata e vinculativa (Caetano, *et al.*, 2020 e Tomás, 2017).
5. **Tendência ao compromisso:** Ambas as partes têm tendência a ceder um pouco a sua posição para que a outra parte envolvida possa tomar uma decisão que seja aceitável para ambos. Esta abordagem é apropriada quando se procura manter a estabilidade nas relações e a solução do conflito. É especialmente útil em situações de impasse, e sobretudo quando a questão central é clara e simples. (Caetano, *et al.*, 2020 e Tomás, 2017).

Ainda no âmbito das **estratégias de gestão de conflitos**, destacam-se ainda as **competências de negociação e mediação**. A negociação corresponde a um processo de decisão estratégica, sendo entendida como uma discussão entre dois ou mais indivíduos com o objetivo de resolver metas incompatíveis (Pruitt & Carnevale, 1993, cit. por Cunha, 2008, cit. in Doce, 2023). O desfecho da negociação nem sempre é simples, uma vez que pressupõe a sua viabilidade, a qual depende da adoção do princípio do benefício mútuo, segundo o qual as partes devem perceber o acordo como vantajoso para ambas (Doce, 2023). Por sua vez, a mediação constitui uma modalidade de gestão de conflitos na qual intervém um terceiro elemento imparcial (o mediador) com a finalidade de auxiliar as partes envolvidas na resolução do conflito. Trata-se de um processo juridicamente enquadrado, no qual a participação das partes ocorre de forma voluntária. (Campos, 2008, cit. in Doce, 2023)

Para além da negociação e da mediação, podem ainda ser consideradas a **arbitragem e a conciliação como mecanismos de gestão de conflitos**. A arbitragem consiste num processo voluntário no qual as partes em situação de conflito delegam poderes a um terceiro, preferencialmente um especialista na matéria, imparcial e neutro, para decidir o litígio em seu nome (Moore, 1998, cit. in Doce, 2023). Por sua vez, a conciliação corresponde a um procedimento técnico em que as próprias partes envolvidas, com ou sem a intervenção de um terceiro, alcançam, através do consenso, uma solução para a resolução do conflito (Bacelar, 2012; Sales & Chaves, 2014, cit. in Doce, 2023).

Pode-se ainda acrescentar, que o mediador dispõe de condições, que são as seguintes:

- Reduzir a diferenciação dos grupos - Minimizar as diferenças entre os grupos identificando objetivos que possam ser compartilhados por eles

- Interferir nos recursos compartilhados - utilização dos sistemas de recompensas formais e de incentivos para recompensar o desempenho conjunto e combinado de dois ou mais grupos e criar um objetivo comum
- Reduzir a interdependência - Separar os grupos física ou estruturalmente pode ajudar a diminuir conflitos
- Desativação do conflito - uma parte reage cooperativamente e não agressivamente
- Reunião de confrontação entre as partes - encontros presenciais entre as partes em conflito, com o objetivo de permitir a expressão de emoções, a discussão aberta dos problemas, a identificação das áreas de divergência e a procura de soluções vantajosas para todos
- Colaboração: as partes trabalham juntas para solucionar problemas e identificar soluções

(Miguel, 2025 cit, por Chiavenato)

Em suma, apesar da existência de múltiplos estilos de gestão de conflitos interpessoais, a eficácia de uma gestão construtiva depende da capacidade de selecionar o estilo mais apropriado em função das especificidades de cada situação (Tomás, 2017, cit. por Lee, 2008).

3. O papel do gestor na resolução de conflitos

É evidente que os conflitos estão presentes em qualquer organização e que, quando mal geridos, podem fragilizá-la, tornando-a vulnerável à estagnação, a processos de decisão pouco eficazes e à diminuição do desempenho. No entanto, importa salientar que o conflito, por si só, não é necessariamente negativo, uma vez que um determinado nível de conflito pode contribuir para níveis mais elevados e otimizados de eficácia organizacional.

Deste modo, torna-se essencial apostar na gestão do conflito, recorrendo à negociação ou a outras estratégias adequadas, em vez de procurar a sua eliminação total. Esta responsabilidade recai sobretudo sobre os gestores, que, pela sua formação, autoridade e posição, dispõem de melhores condições para intervir e apoiar a gestão dos conflitos no contexto laboral.

A prontidão na resolução de conflitos e a atenção à cordialidade são fundamentais, uma vez que conflitos não resolvidos ou mal geridos tendem a intensificar-se, afetando negativamente o clima organizacional e a produtividade da equipa. Ao assegurar que a situação seja tratada de forma respeitosa e imparcial, o líder não só resolve o problema, como também fortalece a confiança e a coesão no seio da equipa.

Nesse sentido, é essencial que o líder possua um conhecimento aprofundado sobre as causas do conflito e esteja disposto a ouvir todas as partes envolvidas, evitando julgamentos precipitados e garantindo soluções justas. Tal evidencia a importância da empatia e da escuta ativa no exercício da liderança, competências indispensáveis para promover um ambiente de trabalho saudável e uma liderança eficaz.

(Miguel, 2025)

4. Ferramenta de apoio – Estratégias e Jogos Dinâmicos

O objetivo destas estratégias é **promover relações interpares saudáveis**, apoiar o **reconhecimento precoce dos conflitos** e **diagnosticar possíveis barreiras existentes** no trabalho em equipa. Pretende-se ainda **desenvolver um ambiente de prestação de cuidados seguros**, transmitir **segurança e confiança entre os profissionais** e demonstrar às famílias e aos doentes a **cooperação e coesão da equipa**.

Apresentam-se, de seguida, **jogos e dinâmicas a propor à equipa**, com o intuito de resolver conflitos e divergências do dia a dia. Estas atividades devem ser realizadas **quinzenal ou mensalmente**, ou sempre que se justifique.

1. **Cartões de problemas e soluções** - Criação de cartões com situações-problema comuns no serviço e possíveis formas de resolução, promovendo a reflexão e a partilha de estratégias.
2. **Comunicação estruturada** - Cada parte dispõe de 3 minutos para falar sem interrupções. De seguida, o interlocutor deve repetir o que entendeu antes de responder, promovendo a escuta ativa e a compreensão mútua.
3. **Jogo da bola** - Utilizando uma bola como objeto da palavra, cada participante expõe o problema, explorando diferentes perspetivas e defendendo o seu ponto de vista de forma estruturada e respeitosa.
4. **Mapa de conflitos** – Qual é o problema? Quais são as emoções envolvidas? Quais são as necessidades? Quais são as soluções?
5. **Construção às cegas**: Em equipas, os participantes constroem uma torre vendados, seguindo apenas instruções verbais. No final, realiza-se uma reflexão sobre as falhas de comunicação e a importância da clareza e confiança.
6. **Semáforo das Emoções** – cada participante escolhe a cor (tipo cartas: vermelho – raiva/irritado, amarelo – desconfortável/inseguro e verde - tranquilo) e posteriormente, explica o motivo da escolha, promovendo a consciência emocional.
7. **Caixa do Não-Dito** - Todos escrevem, de forma anónima, algo que nunca disseram. No final da semana, um elemento da equipa lê os conteúdos e o grupo discute possíveis soluções de forma construtiva.
8. **Campainha do respeito** - Qualquer membro da equipa pode tocar a campainha sempre que a comunicação saia do tom adequado ou do respeito, promovendo autorregulação e segurança emocional.

Foi colocado no serviço um **poster com o Mapa de Conflitos**, como lembrete diário da importância de uma comunicação: aberta, clara, simples e sem interferências.

Este recurso visa reforçar a prática de uma comunicação eficaz e respeitosa no cotidiano profissional.



Conclusão

Importa compreender que o conflito constitui uma forma de associação humana que coloca os indivíduos em interação e através da qual pode emergir a união. Não representa necessariamente uma rutura nas relações, mas antes uma oportunidade para que as partes envolvidas reconheçam e compreendam os pontos de vista uma da outra, ainda que sejam antagónicos (Simmel, 1903).

Assim, o conflito é um processo que se desenvolve de forma gradual, sendo constituído por diferentes fases ou sequências de eventos. Trata-se de um processo cíclico, composto por uma série de episódios que funcionam como acontecimentos ou eventos desencadeadores, podendo repetir-se caso o conflito não seja resolvido de forma definitiva ou quando existe uma elevada interdependência entre as partes envolvidas. (Seromenhoser, 2017)

A crescente importância da liderança na administração das emoções no contexto corporativo está relacionada com o facto de as pessoas serem o recurso mais valioso dos sistemas produtivos, influenciando as suas ações e decisões a partir da perceção e interação com o ambiente em que vivem. (Miguel, 2025)

Em síntese, a gestão de conflitos assume um papel fundamental no desenvolvimento dos grupos. A identificação do conflito e a escolha da estratégia mais adequada para a sua gestão e superação podem conduzir a transformações significativas e a melhorias no funcionamento da equipa.

Esta pesquisa permitiu evidenciar o papel crucial da equipa, bem como distinguir as funções do enfermeiro generalista e do enfermeiro especialista. Reconhece-se que o conflito pode assumir uma conotação positiva ou negativa, dependendo da forma como cada indivíduo o enfrenta e o gere. Além disso, o contexto da prática de cuidados de saúde pode exigir elevadas competências ao nível da comunicação e da gestão de conflitos.

Importa ainda salientar que a interação com o doente crítico requer habilidades específicas e que, em cenários críticos e de grande *stress*, a identificação rápida do conflito constitui um elemento fulcral e essencial para a prestação de cuidados de qualidade.

Referências Bibliográficas

- Caetano, A. Neves, J.G. Ferreira, J.M.C. (2020). *Psicossociologia das Organizações. Fundamentos e Aplicações*. Edições Sílabo. Lisboa.
- Costa, A. (2021). *A Gestão de Conflito Enquanto Processo Relacional de Crescimento: Uma Reflexão*. Universidade Fernando Pessoa. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/10738/1/DM_37743.pdf
- Costa, D.L. (2021) *O papel do enfermeiro gestor na gestão de conflito*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38980/1/Dissertação%20de%20Mestrado_David%20Costa.pdf
- Cunha, P. Lopes, C. Monteiro, A.P. (2021). Uma abordagem global sobre conflitos em contextos de saúde. In P. Cunha & A.P. Monteiro (Coord.), *Gestão de Conflitos na Saúde* (pp. 1-13). Pactor.
- Doce, M.I.S. (2023). *Estratégias de gestão construtiva de conflitos em meio hospitalar: desafios vivenciados pelos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica em cargos de coordenação*. Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/17352>
- Lima, M. Andrade, K. (nd). *Causas e consequências dos conflitos que interferem nos relacionamentos interpessoais em uma instituição pública em boa vista rr*. <https://static.even3.com/anais/73112.pdf?v=638964434454677064>
- Miguel, C. (2025). *A influência da gestão de conflitos na motivação dos colaboradores: um estudo de caso sobre as relações laborais no sector “petrolífero”*. Dissertação submetida ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa. file:///C:/Users/Asus/Downloads/content%20(3).pdf
- Pinho, C. (2020). *A Comunicação no Cuidado Especializado ao Doente Crítico em contexto de Cuidados Intensivos*. – Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade de Évora. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33790>
- Pinho, J.A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel. Lisboa.
- Ribeiro, C. M. L. (2023) *Cenário com Múltiplas Vítimas no Contexto do Serviço de Urgência: Estratégias de Atendimento e Gestão de Emergências*. Relatório de Estágio. Universidade do Minho Escola Superior de Enfermagem. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/86908/1/Carla%20Manuela%20Lopes%20Ribeiro.pdf>
- Seromenho, D. (2017). *Gestão de conflitos: Gerir um conflito em ambiente escolar*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2092/1/Diogo_Seromenho.pdf

- Tomas, A. (2017). *Gestão de conflitos e satisfação profissional*. Dissertação apresentada ao ISMT. Instituto Superior Miguel Torga.
<https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/bbda41b1-cda1-413b-9473-c8a871b792ae/content>
- Valentim, M. (2023). *Convergências e divergências no que se refere a competência em informação e as competências gestoras*. Dossier temático «Alfabetización en información: perspectivas y desafíos». <http://www.scielo.edu.uy/pdf/info/v28n2/2301-1378-info-28-02-278.pdf>

Apêndice VI - Gestão de Conflitos na Equipa Multidisciplinar (Documento PowerPoint)



Objetivos



Introdução

O conflito está presente nas relações humanas e nas relações de trabalho, derivado de pontos de vista entre indivíduos, na sua diversidade de interesses, nos valores e nas várias formas de pensar ou agir de cada envolvido. (Tomás, 2017)

Assim, ter níveis diferentes de conflito pode considerar-se de forma positiva e reconhecido como um elemento essencial para o desenvolvimento das relações, tanto no ambiente de trabalho quanto nas interações pessoais. (Tomás, 2017)

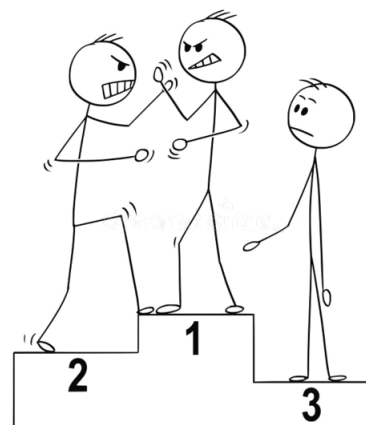
É necessário compreender a evolução e os mecanismos do conflito para o funcionamento saudável das relações.



Conflito vs Divergência Profissional

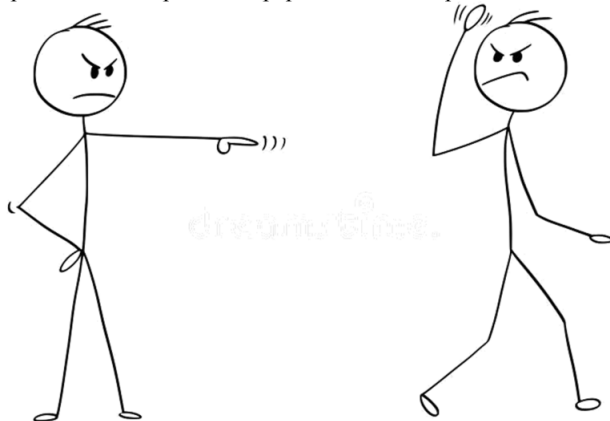
Não existe uma definição simples de conflito, este pode ser determinado como divergência de perspectivas e ideias, entendidas como geradoras de tensão, em pelo menos, uma das partes envolvidas, que **pode traduzir-se ou não em incompatibilidade de objetivos**. (De Breu & Weingart (2003) e Dimas, Lourenço & Míguez (2005), *cit. in* Doce, 2023)

A divergência profissional **corresponde à discordância natural de ideias, opiniões ou métodos**, que por sua vez o conflito surge quando essa divergência se manifesta de forma negativa, envolvendo mau entendimento, disputas de poder ou animosidade pessoal, prejudicando o ambiente de trabalho. (Valentim, 2023)



Tipos de Conflitos

O conflito constitui uma dimensão inevitável da vida humana, integrando-se de forma indissociável na existência das pessoas. Desempenha um papel relevante no processo evolutivo da humanidade e na promoção da transformação social



O conflito pode-se dividir em:

- Natureza: conflito de relação ou conflito de tarefa.
- Gravidade: conflito percebido, experienciado ou manifestado.
- Tipologia: intrapessoal, interpessoal, intragrupal, intergrupar, intraorganizacional, interorganizacional, ética e de tomada de decisão.

Tipologia do Conflito

Conflito intrapessoal

Conflito interpessoal

Conflito intragrupal

Conflito intergrupar

Conflito intraorganizacional

Conflito interorganizacional

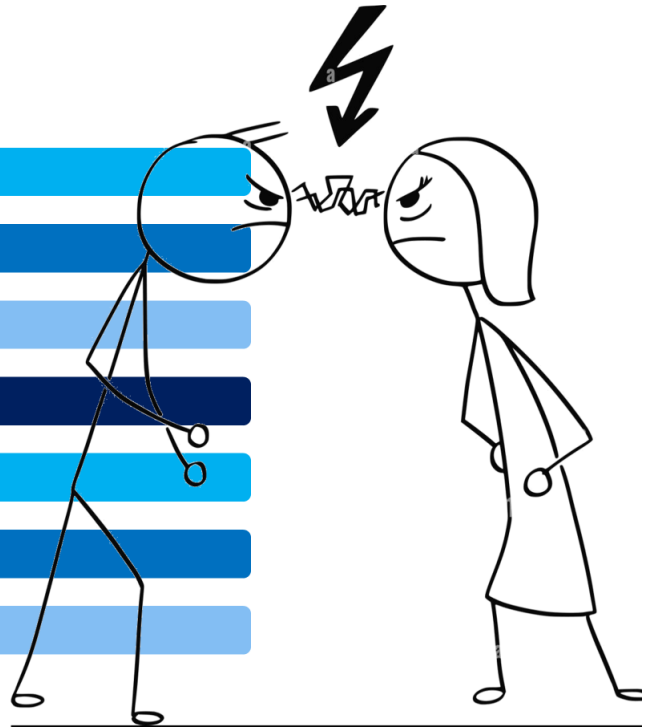


(Caetano, et al., 2020) & (Cunha, et al., 2016) & (Seromenho,2017) & (Costa, 2021) & (Figueiredo, 2012) & (Seromenho,2017) & (Costa, 2021) & (Anastácio, 2021)

Tipologia do Conflito



(Caetano, *et al.*, 2020) & (Cunha, *et al.*, 2016) & (Seromenho, 2017) & (Costa, 2021) & (Figueiredo, 2012) & (Seromenho, 2017) & (Costa, 2021) & (Anastácio, 2021)

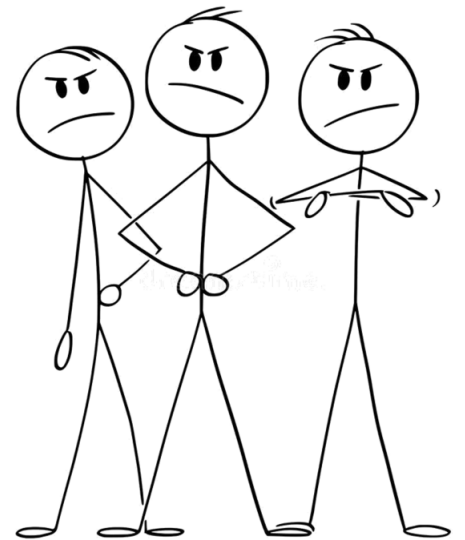


Causas e impacto dos conflitos

O conflito é inevitável e constante nos locais de trabalho, porém existem ambientes e situações que potencializam a ocorrência do mesmo, sendo que uma boa forma de entender e trabalhar um assunto é estudar o mesmo, selecionando as soluções possíveis e aceitáveis para a equipa.



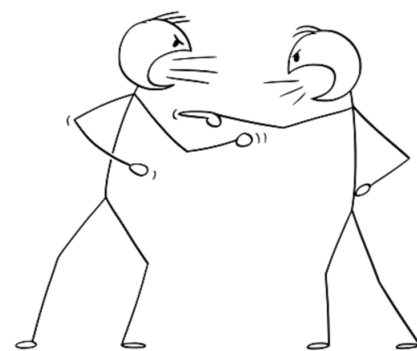
CAUSAS: má comunicação, falta de clareza, *feedback* ausente ou ruídos na transmissão de mensagens, competição por recursos, diferenças de personalidade/valores/percepções e falta de clareza nas responsabilidades.



Gestão dos Conflitos

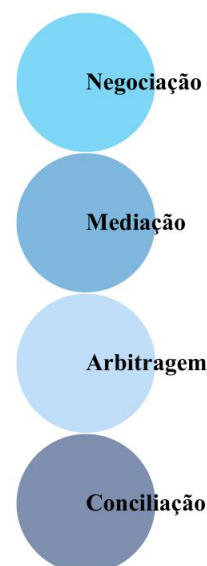
A superação de conflitos pressupõe a capacidade de os gerir de forma adequada; contudo, nem sempre o tato e a sensibilidade são suficientes para garantir soluções eficazes que atendam a todas as partes envolvidas. (Miguel, 2025)

Segundo Caetano, *et al.* (2020) e Tomás (2017), identificaram as seguintes 5 estratégias de gestão de conflitos:



Estratégias de Gestão de Conflitos

Apesar da existência de múltiplos estilos de gestão de conflitos interpessoais, a eficácia de uma gestão construtiva depende da capacidade de selecionar o estilo mais apropriado em função das especificidades de cada situação (Tomás, 2017, cit. por Lee, 2008).



(Doce, 2023)

Papel do Gestor

Torna-se essencial apostar na gestão do conflito, recorrendo à negociação ou a outras estratégias adequadas, em vez de procurar a sua eliminação total. Esta responsabilidade recai sobretudo sobre os gestores.

Nesse sentido, é essencial que o líder possua um conhecimento aprofundado sobre as causas do conflito e esteja disposto a ouvir todas as partes envolvidas, evitando julgamentos precipitados e garantindo soluções justas. Tal evidencia a importância da empatia e da escuta ativa no exercício da liderança, competências indispensáveis para promover um ambiente de trabalho saudável e uma liderança eficaz.

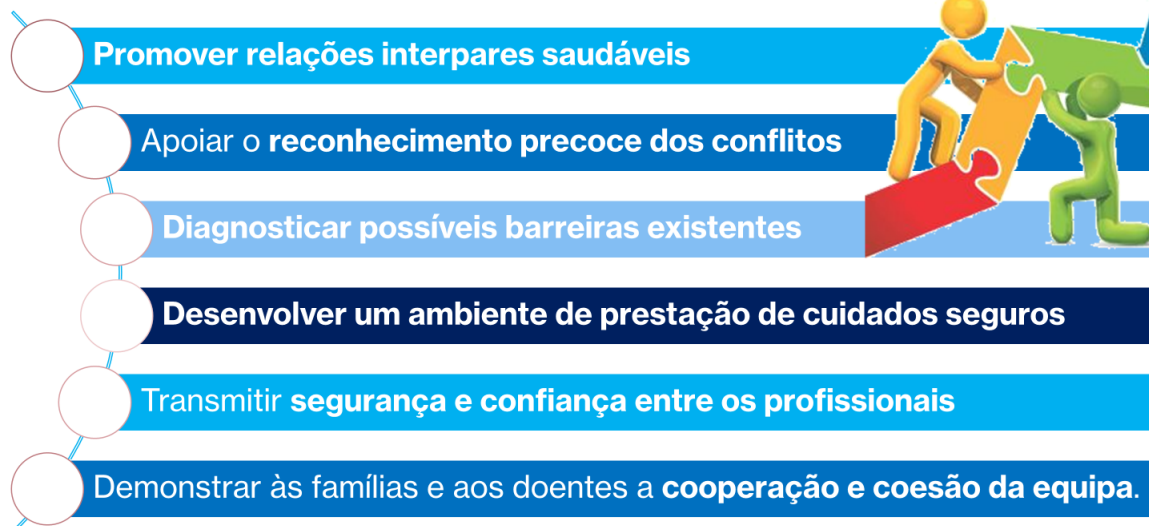


(Miguel, 2025)

Papel do Gestor



Ferramenta de Apoio



Conclusão



Importa compreender que o conflito constitui uma forma de associação humana que coloca os indivíduos em interação e através da qual pode emergir a união. Não representa necessariamente uma rutura nas relações, mas antes uma oportunidade para que as partes envolvidas reconheçam e compreendam os pontos de vista uma da outra, ainda que sejam antagónicos. (Simmel, 1903)

A crescente importância da liderança na administração das emoções no contexto corporativo está relacionada com o facto de as pessoas serem o recurso mais valioso dos sistemas produtivos, influenciando as suas ações e decisões a partir da perceção e interação com o ambiente em que vivem. (Miguel, 2025)

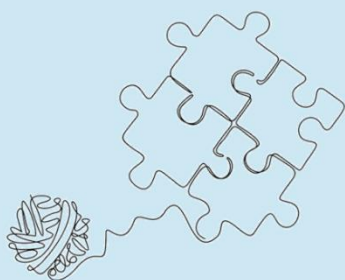
Em síntese, a gestão de conflitos assume um papel fundamental no desenvolvimento dos grupos. A identificação do conflito e a escolha da estratégia mais adequada para a sua gestão e superação podem conduzir a transformações significativas e a melhorias no funcionamento da equipa.

Referências Bibliográficas

- Caetano, A. Neves, J.G. Ferreira, J.M.C. (2020). *Psicossociologia das Organizações. Fundamentos e Aplicações*. Edições Sílabo. Lisboa.
- Costa, A. (2021). *A Gestão de Conflito Enquanto Processo Relacional de Crescimento: Uma Reflexão*. Universidade Fernando Pessoa. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/10738/1/DM_37743.pdf
- Costa, D.L. (2021) *O papel do enfermeiro gestor na gestão de conflito*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38980/1/Dissertação%20de%20Mestrado_David%20Costa.pdf
- Cunha, P. Lopes, C. Monteiro, A.P. (2021). Uma abordagem global sobre conflitos em contextos de saúde. In P. Cunha & A.P. Monteiro (Coord.), *Gestão de Conflitos na Saúde* (pp. 1-13). Pactor.
- Doce, M.I.S. (2023). *Estratégias de gestão construtiva de conflitos em meio hospitalar: desafios vivenciados pelos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica em cargos de coordenação*. Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/17352>
- Lima, M. Andrade, K. (nd). *Causas e consequências dos conflitos que interferem nos relacionamentos interpessoais em uma instituição pública em boa vista rr*. <https://static.even3.com/anais/73112.pdf?v=638964434454677064>
- Miguel, C. (2025). *A influência da gestão de conflitos na motivação dos colaboradores: um estudo de caso sobre as relações laborais no sector "petrolífero"*. Dissertação submetida ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa. file:///C:/Users/Asus/Downloads/content%20(3).pdf
- Pinho, C. (2020). *A Comunicação no Cuidado Especializado ao Doente Crítico em contexto de Cuidados Intensivos*. – Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade de Évora. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33790>
- Pinho, J.A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel. Lisboa.
- Ribeiro, C. M. L. (2023) *Cenário com Múltiplas Vítimas no Contexto do Serviço de Urgência: Estratégias de Atendimento e Gestão de Emergências*. Relatório de Estágio. Universidade do Minho Escola Superior de Enfermagem. <https://repositorio.sdm.uniminho.pt/bitstream/1822/86908/1/Carla%20Manuela%20Lopes%20Ribeiro.pdf>
- Seromenho, D. (2017). *Gestão de conflitos: Gerir um conflito em ambiente escolar*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2092/1/Diogo_Seromenho.pdf
- Tomas, A. (2017). *Gestão de conflitos e satisfação profissional*. Dissertação apresentada ao ISMT. Instituto Superior Miguel Torga. <https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/bbda41b1-cda1-413b-9473-c8a871b792ae/content>
- Valentim, M. (2023). *Convergências e divergências no que se refere a competência em informação e as competências gestoras*. Dossier temático «Alfabetización en información: perspectivas y desafíos». <http://www.scielo.edu.uy/pdf/info/v28n2/2301-1378-info-28-02-278.pdf>



VAMOS JOGAR?



CONCORDO

DISCORDO

**NÃO CONCORDO,
NEM DISCORDO**



Apêndice VII- Mapa de Conflitos UCI



Apêndice VIII- Instrumento de Recolha de Dados- Questionário



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UniCiSE)

Departamento: Enfermagem

Investigador Principal: Professora Doutora Madalena Cunha

Investigador Colaborador / Nome do estudante: Beatriz Isabel Sousa Pinheiro pv29681 & Hélder Patrício (5488-ULS-VDL)

Curso: Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 2ª edição

Ano: 2025

(Não preencher este quadrado)
Nº Quest.

--	--	--	--	--

Ex.mo(a) Enfermeiro(a),

No âmbito da investigação sobre “**Feixe de Intervenções**” para a **Prevenção da Infecção Urinária associada a Cateter Vesical: Perspetiva dos Enfermeiros**, solicita-se a sua colaboração para o preenchimento do presente questionário. Este é de carácter anónimo e de participação voluntária. As respostas são confidenciais.

Nas afirmações onde existir uma quadricula (□), deve assinalar com uma cruz (X) a opção que considera correta.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixe nenhuma questão por responder.

Agradecemos a sua colaboração nesta investigação.

Aceito responder ao questionário? ☐ Sim ☐ Não

PARTE I- CONTEXTO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL

1- Idade: ____ anos
2- Género: ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Prefiro não responder
3- Habilitações Académicas: ☐ Licenciatura ☐ Mestrado, Qual? _____ ☐ Especialidade, Qual? _____ ☐ Doutoramento
4- Serviço onde trabalha (ULS Viseu Dão-Lafões): ☐ Medicina A- Hospital São Teotónio ☐ Medicina B- Hospital São Teotónio ☐ Medicina C- Hospital São Teotónio ☐ Medicina D- Hospital São Teotónio ☐ Especialidades Médicas (Hematologia, Oncologia, Gastroenterologia, Neurologia, Nefrologia)- Hospital São Teotónio ☐ Pneumologia- Hospital São Teotónio ☐ Cardiologia- Hospital São Teotónio ☐ Medicina- Hospital de Cândido de Figueiredo (Tondela)
5- Tempo de exercício profissional: ____ anos
6- Categoria Profissional: ☐ Enfermeiro ☐ Enfermeiro Graduado ☐ Enfermeiro Especialista ☐ Enfermeiro Gestor ☐ Enfermeiro Diretor

PARTE II – “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária
 Associada a Cateter Vesical: Perspetiva dos Enfermeiros
 (Madalena Cunha e Beatriz Pinheiro, 2025)

1- Já frequentou formação na área da prevenção e controlo de infeção? ☐ Não ☐ Sim
1.1.- Se sim, que tipo de formação? ☐ Cursos ☐ Conferências/ Formações/Ações de Formação Contínua ☐ Outros, Quais? _____
2- Qual o número de horas de formação na área de prevenção e controlo de infeção associada a cateter vesical que possui? _____
3- Integra ou já integrou o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)? ☐ Sim ☐ Não
4- Sabe da existência da norma da Direção Geral de Saúde (DGS) nº: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022- “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical? ☐ Não ☐ Sim
4.1.- Se sim, já alguma vez leu por completo a norma nº: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022? ☐ Sim ☐ Não
5- Quantos pontos possui a norma nº: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
6- Quantos dos pontos da norma nº: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 são relativos à colocação de cateter vesical? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
7- Quantos dos pontos da norma nº: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 são relativos à manutenção de cateter vesical? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
8- Conhece os critérios para colocação de um cateter vesical? ☐ Não ☐ Sim
8.1.- Se respondeu sim à questão anterior, quantos são os critérios? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
9- Sabe da existência do projeto <i>STOP Infecção Hospitalar 2.0</i>? ☐ Não ☐ Sim 9.1. Se respondeu sim, refira sucintamente em que consiste. _____ _____ _____
10- Na sua opinião, a norma da DGS nº: 019/2015 para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical é: ☐ Totalmente aplicada ☐ Parcialmente aplicada ☐ Raramente aplicada ☐ Não é aplicada

PARTE III- Práticas relativas ao “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária
 Associada a Cateter Vesical (norma nº: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022)
 (Madalena Cunha e Beatriz Pinheiro, 2025)

Assinale com uma cruz (X) a sua opção correspondente: Verdadeiro ou Falso.

	Práticas	Falso	Verdadeiro
1	Avaliar diariamente a necessidade de inserção de cateter vesical consiste numa boa prática clínica		
2	A cateterização vesical está indicada em doentes com incontinência urinária		
3	Devo inserir cateter vesical em doente colaborante para colheita assética de urina		
4	A colocação de cateter vesical está indicada para monitorização da diurese no doente crítico		
5	Registar diariamente o débito urinário é a justificação para a manutenção do cateter vesical		
6	Utilizar dispositivos urinários externos (homens) sempre que possível é uma prática segura		
7	Registar sistematicamente a necessidade de manutenção do cateter urinário é uma intervenção segura		
8	A retenção urinária aguda é uma contraindicação para cateterismo vesical		
9	A obstrução vesical é uma contraindicação para cateterismo vesical		
10	No doente com disfunção da bexiga deve recorrer-se sempre à cateterização vesical intermitente		
11	A cateterização vesical está indicada em doentes incontinentes com processo de cicatrização de feridas na região sagrada		
12	O doente pós- cirúrgico deve manter-se com cateter vesical até ao momento da alta para controlo de diurese		
13	Os doentes com imobilizações prolongadas, fraturas pélvicas, coluna instável têm indicação para cateterização vesical		
14	Deve-se higienizar as mãos antes de preparar o material necessário para o procedimento de colocação de cateter vesical		
15	Deve-se vestir avental e calçar luvas antes de inserir o cateter vesical		
16	A seleção do calibre do cateter vesical, ajustada à situação aguda ou crónica, é um passo essencial no procedimento de assepsia		
17	Constituem critério científico utilizar técnica assética e material esterilizado/ assético (luvas, compressas, lubrificante, solução antisséptica ou estéril) para limpeza do meato urinário		
18	Higienizar as mãos imediatamente antes de calçar as luvas é uma prática segura		
19	Fixar o cateter quando o doente está no leito é uma boa prática		
20	A substituição do cateter vesical deve ser realizada sempre que ocorre desconexão		
21	O saco coletor deve ser substituído sempre que há quebra da técnica assética		
22	A urina deve ser aspirada através do ponto de colheita previamente desinfetado		
23	Para realizar a colheita assética de urina, é correto perfurar o cateter vesical com agulha estéril		

Muito obrigada pela sua participação e colaboração.

Anexos

Anexo I- Parecer 14_26 ULS



DELIBERAÇÃO

N/ Referência	Parecer 14_26
Designação	Pedido de autorização, para realização de estudo subordinado ao tema: "Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária associada a Cateter Vesical: Perspetiva dos Enfermeiros"
Investigador (a)s autor (a)s Colaborador (a)s / auditor (a)s/ Pedido off-label	Beatriz Isabel Sousa Pinheiro
Data de Deliberação CES	13 de fevereiro de 2026

Analisado o pedido de **Parecer 14_26**, referente a autorização para realização de estudo subordinado ao tema: "Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária associada a Cateter Vesical: Perspetiva dos Enfermeiros", a realizar pela estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Viseu, Beatriz Isabel Sousa Pinheiro, sob a orientação da Professora Doutora Madalena Cunha e com o Enf. Hélder Patrício (Mec: 5488) como elo de cooperação da ULSVDL no estudo, submetido a Parecer prévio 01/05/12/2025, esta CES **deliberou aprovar** o mesmo.

Elementos da CES da ULSVDL que deliberaram em reunião ocorrida em 13/02/2026

Presidente: Nuno Ricardo Gonçalves Baptista Pereira

Vogal: Ana Berta Ferreira Esteves Rodrigues

Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes

Vogal: Isabel Maria Moreira Martins

Vogal: Jorge Miguel Rocha Santos Simões Amaral

Vogal: Maria Luís Barreto Gonçalves

Vogal: Nuno Carlos Santos Pessoa Gil

Vogal: Patrícia João Moreira Horta Oliveira

Vogal: Stéphane Ferreira Jorge

Assinado por: Nuno Ricardo Gonçalves Baptista Pereira
Num. de Identificação: BI11282262
Data: 16-02-2026 12:00:28 +00:00



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Av. Rei D. Duarte – 3504 509 VISEU

Tel.: 232 420 500

Correio eletrónico: etica@ulsmdl.min-saude.pt