

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica

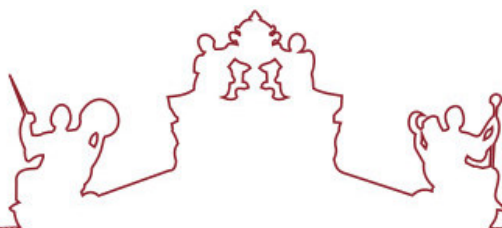
Relatório de Estágio

O Impacto da Carga de Trabalho de Enfermagem e a Incidência de Infecções na Pessoa em Situação Crítica

Ana Cristina Pequito Pereira

Orientador(es) | Maria Catalão

Évora 2026



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

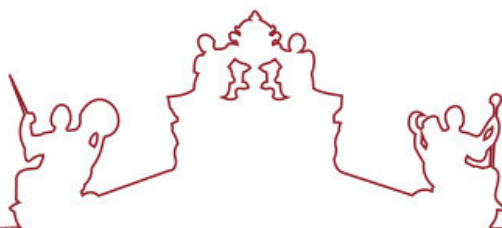
O Impacto da Carga de Trabalho de Enfermagem e a Incidência de Infecções na Pessoa em Situação Crítica

Ana Cristina Pequito Pereira

Orientador(es) | Maria Catalão

Évora 2026





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde)
Maria Alice Gois Ruivo (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Arguente)
Maria Catalão (Universidade de Évora) (Orientador)

AGRADECIMENTOS

Quero deixar o meu profundo agradecimento a todos aqueles que me ajudaram na realização deste mestrado, nomeadamente:

À minha professora orientadora, pelo conhecimento e orientação, por me ter mantido resiliente ao longo deste percurso, estando sempre à distância de uma mensagem ou telefonema, foi fundamental para o meu desenvolvimento académico e pessoal.

Aos enfermeiros orientadores da prática clínica, pela partilha, dedicação e disponibilidade, tornando o meu percurso mais rico e seguro.

À minha família, e aos meus filhos, pelo amor, paciência e apoio incondicional, foram a minha base, a minha maior motivação em todos os momentos deste percurso.

Aos meus amigos, pelo incentivo constante ao longo deste caminho, tornando cada desafio mais leve.

À minha turma de mestrado, pela partilha, entreaajuda e companheirismo, tornaram esta experiência mais rica, especial e inesquecível.

RESUMO

Título: O Impacto da Carga de Trabalho de Enfermagem e a Incidência de Infecções na Pessoa em Situação Crítica

O presente relatório constitui o documento final do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.

Tem como objetivo a reflexão crítica do percurso formativo evidenciando o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, bem como das competências de mestre em Enfermagem.

O tema centra-se na análise da relação entre a carga de trabalho de enfermagem e a incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde no doente crítico, destacando o seu impacto na qualidade e segurança dos cuidados.

O enquadramento conceptual sustenta-se no Modelo de Sinergia da *American Association of Critical-Care Nurses*, que preconiza a articulação entre as necessidades do doente e as competências do enfermeiro.

O desenvolvimento das competências ocorreu através das experiências em diferentes contextos de estágio, reforçando a importância da prática baseada na evidência e da adequada gestão de recursos na promoção da qualidade e segurança dos cuidados.

Palavras-chave: Carga de trabalho de enfermagem; Pessoa em situação crítica; Infecções associadas aos cuidados; Eventos Adversos; Segurança do doente

ABSTRACT

Title: The Impact of Nursing Workload and the Incidence of Infections in Critically Ill Patients.

This report constitutes the final document of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Critically Ill Patients.

Its objective is to provide a critical reflection on the educational journey, highlighting the development of common and specific competencies of the specialist nurse, as well as the competencies of a Master of Nursing.

The topic focuses on analyzing the relationship between nursing workload and the incidence of healthcare-associated infections in critically ill patients, highlighting its impact on the quality and safety of care.

The conceptual framework is based on the Synergy Model of the *American Association of Critical-Care Nurses*, which advocates for the alignment of patient needs with nursing competencies.

Competencies were developed through experiences in various clinical settings, reinforcing the importance of evidence-based practice and appropriate resource management in promoting the quality and safety of care.

Keywords: Nursing workload; Critically ill patients; Healthcare-associated infections; Adverse events; Patient safety

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	18
1.1. MODELO DE SINERGIA DA AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL-CARE NURSES.	18
1.2. CONCETUALIZAÇÃO DA CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E AS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	23
Sabendo que,.....	23
2. CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA	26
2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA	26
2.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	37
2.3. UNIDADE LOCAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÕES E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS	44
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM	51
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS E DE MESTRE DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	52
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS E DE MESTRE DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	63
4. CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
APÊNDICES	80
Apêndice I- Resumo da Scoping Review: O Impacto da carga de trabalho de Enfermagem na incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde no doente crítico	81
Apêndice II: Procedimento associado ao “Feixe de Intervenções” para a prevenção da Infecção urinária associada ao cateter vesical	83
Apêndice III: Instrução de Trabalho - Despejos de sacos de drenagem de urina	91
Apêndice IV – Procedimento multissetorial para a prevenção da infeção urinária em doentes algaliados	96
Apêndice V: Instrução de Trabalho – Cateterização Vesical/ Algaliação	107

Apêndice VI: Planeamento da ação de formação UCI.....	113
Apêndice VII: Planeamento da ação de formação para a reunião com os enfermeiros Elos dinamizadores do PPCIRA.....	115
Apêndice VIII: Planeamento da ação de formação Implementação da Escala de ELPO.....	117
Apêndice IX: Resumo do Poster “Prevenção da infeção no doente com cateter venoso central em contexto de UCI”.....	119
Apêndice X: Resumo do E Poster do 1º Seminário Internacional de Ciência da implementação e Enfermagem.....	126
Apêndice XI: Resumo da Comunicação Livre no 2º <i>Webinar</i> da Associação Nacional de Controlo de Infeção “Desafios Globais: Sinergias profissionais”.....	130
Apêndice XII: Resumo da Comunicação Livre do 2º <i>Webinar</i> da Associação Nacional de Controlo de Infeção: “Desafios Globais: Sinergias profissionais”.....	133
ANEXOS.....	136
Anexo I: Declaração da ação de formação continua “Carga de trabalho, dotações seguras, IACS: Que relação existe?”.....	137
Anexo II: Comprovativo da ação de formação continua: Reunião com os enfermeiros elos dinamizadores PPCIRA.	139
Anexo III: Declaração de formação - Avaliação do risco de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico: Implementação da Escala de ELPO	141
Anexo IV: Certificado do <i>Webinar</i> “Gestão, indicadores e boas práticas na documentação de enfermagem”	143
Anexo V: Certificado - 31º Congresso da Associação Portuguesa de Infeção Hospitalar/3º Encontro Benchmarking dos PPCIRA.....	145
Anexo VI: Certificado - Simpósio - Prevenção e Controlo de Infeção em Ambientes Críticos	147
Anexo VII: Certificado - Congresso Internacional do doente crítico 2025.....	149
Anexo VIII: Certificado do Poster - Prevenção da Infeção no doente com cateter venoso central em contexto de Unidades Cuidados intensivos.....	151
Anexo IX: Certificado Poster - Catástrofe Sísmica: Impacto na fadiga psicológica dos Enfermeiros na resposta a cenários de crise.....	153
Anexo X: Certificado Comunicação Livre - Plano de prevenção e controlo de Infeção no Serviço de Esterilização Central: Um projeto de melhoria.	155
Anexo XI: Certificado Comunicação Livre - Carga de Trabalho, Dotações Seguras e Infeções associadas aos cuidados: Que relação existe.....	157
Anexo XII: Certificado do Curso - Suporte Avançado de Vida”.....	159
Anexo XIII: Certificado do Curso - Suporte Avançado de Vida Pediátrico	161

Anexo XIV: Certificado do Curso <i>International Trauma life Support</i>	163
Anexo XV: Certificado do <i>Webinar</i> “O Papel do Enfermeiro na Prevenção e identificação precoce da paragem cardiorrespiratória”	165
Anexo XVI: Certificado do Seminário -(RE) AGIR: Quando o impossível acontece.....	167
Anexo XVII: Certificado do <i>Webinar</i> de Enfermagem Forense: Homicidas- Papel do Enfermeiro Forense.....	169
Anexo XVIII: Certificado do Curso - Estratégias/Ferramentas na implementação de práticas de prevenção e controlo de infeção – <i>Bundles</i> ”	171
Anexo XIX: Certificado do Curso -Estratégias para a gestão de resistência aos antimicrobianos	173
Anexo XX: Certificado do Curso - Precauções baseadas nas vias de transmissão.	175
Anexo XXI: Certificado do <i>Webinar</i> “Prevenção da Infecção do local Cirúrgico: Boas práticas para os Enfermeiros”	177

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Características do contínuo saúde-doença do doente e seus níveis, segundo o Modelo de Sinergia.....	20
Tabela 2- Competências do Enfermeiro e os seus níveis, segundo o Modelo de Sinergia	21
Tabela 3- Atendimento do SUMC de janeiro a outubro de 2025	28

ABREVIATURAS E SIGLAS

AACN- *American Association of Critical Care Nurses*

ACSS- Administração Central do Sistema de saúde

AV – Acolhimento e Vigilância

CC – Competências Comuns

CE- Competências Específicas

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

DGS – Direção Geral da Saúde

EEEMC- PSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

EE – Enfermeiro Especialista

EEMI – equipa Intra-hospitalar de Emergência Médica

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

IACS – Infecções Associados aos Cuidados de Saúde

MRSA- *Staphylococcus aureus* resistente à metilina

MEIs – Microrganismos Epidemiologicamente Importantes

NAS – Nursing Activities Score

NURSE – Naming (Nomeação), Understanding (Compreensão), Respecting (Respeito), Supporting (Suporte), Exploring (Exploração)

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PQCEEMC – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermeiros

RRH – Rede de Referenciação Hospitalar

SUMC - Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

SU - Serviço de Urgência

ST - Sala de Triagem

SE - Sala de Emergência

SO - Sala de Observação

SDT - Sala de Decisão Terapêutica

SAV - Suporte Avançado de Vida

SWOT - *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades), *Threats* (Ameaças)

SPIKE – *Setting Up, Perception, Invitation, Knowledge, Explore Emotion*

TAS – Técnicos Auxiliares de Saúde

TISS28 – *Therapeutic Intervention Scoring System-28*

ULS – Unidade Local de Saúde

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UG – Urgência Geral

UP – Urgência Pediátrica

UL- PPCIRA – Unidade Local- Programa de prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

VMER – Viatura de Emergência Médica

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

O presente relatório Insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem na vertente de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica, desenvolvido em regime de associação entre a Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, o Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde, o Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, o Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde, o Instituto Politécnico de Setúbal e a Universidade do Algarve – Escola Superior de Saúde.

Como culminar deste processo formativo, foi pedido a elaboração do relatório que visasse a “...descrição e reflexão crítica pormenorizada e fundamentada das atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio com demonstração da aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem, o qual será alvo de prova pública perante um júri” (Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, 2002, p.18). Este relatório pretende dar continuidade ao projeto de aprendizagem desenvolvido na unidade curricular [UC] Projeto em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, bem como nas restantes unidades curriculares na componente teórica do mestrado. Pretende, simultaneamente conceptualizar a temática escolhida e sustentar a sua pertinência científica na área de enfermagem com base nos resultados obtidos numa *scoping review* [ScR], assim como descrever as atividades desenvolvidas ao longo da componente teórica e dos estágios, integrando uma reflexão crítico-analítica sustentada em referenciais teóricos de Enfermagem.

O Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica [PSC], decorreu no 1ºano/2º semestre ao longo de 9 semanas, entre 22 de abril de 2025 e 20 de junho de 2025, numa Unidade de Saúde Local [ULS] do Alentejo, no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos [UCI], num total de 189 horas de contato. O estágio em Enfermagem à PSC com relatório, decorreu no 2º ano/1º semestre ao longo de 18 semanas, entre 15 de setembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026, em duas ULS distintas do Alentejo de Portugal Continental, em dois contextos diferentes, nove semanas em Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica [SUMC] e nove semanas na Unidade

Local-Programa de prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos [UL-PPCIRA], totalizando 378 horas de contato.

A temática escolhida foi “O Impacto da Carga de trabalho de Enfermagem na incidência de Infecções Associadas ao Cuidado no Doente Crítico”. A escolha da temática fundamenta-se num interesse pessoal e profissional, pela sua estreita relação com a qualidade dos cuidados, a segurança do doente e as condições de trabalho dos enfermeiros.

Para Nunes *et al.*, (2010), os enfermeiros têm o dever de excelência e, consequentemente de assegurar cuidados em segurança promovendo um ambiente seguro, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam.

A qualidade e a segurança dos cuidados constituem um problema de saúde a nível mundial e as infeções associadas aos cuidados de saúde [IACS] constituem um problema atual e mundialmente preocupante. Na pessoa em situação crítica as IACS, representam um grande desafio, devido à sua condição clínica e sobretudo à presença de múltiplos dispositivos invasivos. Os enfermeiros desempenham um papel importante na gestão e prevenção das IACS devido ao seu contacto próximo com o doente crítico e ao seu envolvimento contínuo nos cuidados, incluindo a realização de boas práticas e a monitorização contínua dos locais dos dispositivos invasivos (Blot, *et al.*,2022). Neste sentido o Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica [EEEMC-PSC] é reconhecido como elemento-chave na resposta à necessidade de cuidados seguros da PSC e/ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015). É importante referir que a PSC é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, da qual a sobrevivência está dependente de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento nº429/2018, p.19362), perante este tipo de situações complexas, cabe ao EEEMC-PSC, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (OE, 2018).

Os elementos estruturais do sistema de saúde, como os níveis de pessoal de enfermagem e os processos de cuidados de enfermagem, podem ter um impacto significativo nas IACS. Por conseguinte as atitudes dos enfermeiros relativamente à segurança e qualidade dos cuidados, as experiências de cuidados prestados e os níveis de dotação de enfermagem, podem estar associados às IACS (Alanazi *et al.*,2023)

A pertinência do tema, fundamenta-se na relação direta com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica [PQCEEMC], uma vez que uma dotação adequada e organização dos cuidados favorece a satisfação do cliente/doente, a

promoção da saúde e a prevenção de complicações, nomeadamente no controlo da infeção em ambientes de elevado risco. Em ambientes críticos, uma gestão eficaz da carga de trabalho potencia a readaptação funcional, o bem-estar e o autocuidado e uma organização dos cuidados mais segura e eficiente. Paralelamente, constitui um elemento central na prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos, áreas prioritárias em ambientes de cuidados complexos, onde a pressão assistencial e a rotatividade de doentes podem comprometer a adesão às boas práticas.

O objetivo geral deste documento consiste em demonstrar o desenvolvimento das atividades desenvolvidas no processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns [CC] e competência específicas [CE] de Enfermeiro Especialista [EE] bem como as competências de mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da PSC, no âmbito da componente teórica e dos diferentes contextos de estágio, integrando, simultaneamente o processo de avaliação da presente UC.

Delinearam-se os seguintes objetivos específicos:

- Realizar o enquadramento teórico da temática fundamentada no Modelo de Sinergia da *American Association of Critical Care Nurses*, fundamentado a sua pertinência no preconizado pelo Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica à PSC da Ordem dos Enfermeiros;
- Caracterizar os contextos de estágio da prática especializada em enfermagem através da apreciação dos mesmos sob a perspetiva do enfermeiro especialista suportado pelos conhecimentos teórico adquiridos nas UC;
- Refletir sobre as CC, CE do EEEMC-PSC, bem como as competências de mestre, adquiridas e aperfeiçoadas ao longo do processo formativo, através das atividades delineadas anteriormente na UC Projeto em EMC-PSC.

Este relatório é composto por quatro capítulos distintos. O primeiro apresenta o enquadramento teórico e conceptual da temática, fundamentada por uma ScR e sustentado por uma corrente Teórica de Enfermagem, em consonância com os PQCEEMC recomendados pela OE. O segundo caracteriza os contextos da prática especializada em enfermagem, sob um “olhar” do EE, analisando os contextos relacionando-os à temática escolhida. O terceiro capítulo apresenta, uma análise reflexiva da aquisição de competências do EEEMC-PSC, bem como as competências de mestre, descrevendo as atividades e experiências planeadas e desenvolvidas que contribuíram para essa aquisição. Por fim o último capítulo, corresponde às considerações finais onde reflito sobre a importância do percurso formativo e do presente

trabalho para a aquisição e consolidação de competência e conhecimento, bem como a sua pertinência para os cuidados à PSC.

O presente relatório foi elaborado conforme as normas para a realização de trabalhos académicos da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, sendo que a bibliografia e as citações seguem as normas da *American Psychological Association* na sua sétima edição, sendo o mesmo redigido ao abrigo de novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Neste capítulo será realizado o enquadramento teórico da temática sustentado numa teoria de Enfermagem, especificamente o Modelo de Sinergia da *American Association of Critical-Care Nurses* [AACN], indicando o seu contributo para a enfermagem na PSC e a sua relação com a temática escolhida. Aborda-se igualmente a revisão da literatura realizada através de uma *scoping review*, de acordo com as orientações metodológicas propostas pelo *Joanna Briggs Institute*, indicando os seus principais achados e lacunas identificadas, que se tornem essenciais, para a conceptualização da temática. Esta análise permite o enquadramento do estado da arte, relacionando-o com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Médico-cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros, sustentando a sua pertinência e implicações para a prática de enfermagem.

1.1. MODELO DE SINERGIA DA AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL-CARE NURSES.

A *American Association of Critical-Care Nurses* estabelece padrões que orientam a prática da enfermagem, garantindo cuidados de excelência e compaixão (AACN, 2019). Em 1996, para promover esta excelência no cuidar, a associação desenvolveu o Modelo de Sinergia da AACN, um modelo conceptual que relaciona as necessidades dos doentes às competências dos enfermeiros. A ideia central do modelo assenta no princípio de que as características e necessidades dos doentes e das suas famílias determinam as competências que o enfermeiro deve mobilizar para a prestação de cuidados adequados. A sinergia ocorre quando estas necessidades se alinham com as competências do profissional, otimizando os resultados dos cuidados. Os resultados ótimos são os que os próprios doentes (ou as pessoas importantes para os doentes) definem como importantes (Curley, 2007). Enquanto o doente, na sua condição de vulnerabilidade, apresenta exigências específicas, o enfermeiro responde com as suas competências para dar resposta a essas necessidades. Foi com base nesta interação que a AACN, formulou a Teoria do Modelo Sinérgico para a prática de enfermagem. Pela sua versatilidade, este modelo pode ser aplicado a diferentes contextos, destacando-se particularmente no cuidado

ao doente crítico (AACN, 2019). De acordo com Herrington (2010), o Modelo de sinergia permite cuidar da PSC através do desenvolvimento de competências e projetar cuidados e intervenções, comprovando a utilidade do modelo na prestação de cuidados à PSC.

Assim, o grande enfoque é a ligação que é criada entre as necessidades dos doentes e as competências dos enfermeiros. Este modelo vem de demonstrar a sinergia que se estabelece entre prestador de cuidados e doente, através do que ambos têm para oferecer na relação terapêutica que se estabelece. O modelo reconhece que cada indivíduo, família, unidade e sistema de cuidados é único e pode tanto promover a saúde como apresentar vulnerabilidades para a doença. Todos os doentes que experienciam a situação de doença e de procura pelo cuidado de saúde, demonstram o mesmo tipo de necessidades perante situações semelhantes. De realçar que quanto mais elaborado é o processo da doença, mais complexas serão as suas necessidades (AACN, 2013).

As características do doente abrangem um contínuo entre saúde e doença e incluem: resiliência, vulnerabilidade, estabilidade, complexidade, disponibilidade de recursos, participação nos cuidados, participação na tomada de decisões e previsibilidade. Estas características são classificadas em três níveis de intensidade: nível 1, nível 3 ou nível 5 (Herrington, 2010). Estes correspondem ao desequilíbrio existente num doente relativamente à característica a analisar. Assim, um doente pode apresentar estabilidade clínica, mas elevada vulnerabilidade, enquanto outro, também estável, pode apresentar baixa vulnerabilidade, mas limitada capacidade de participação na tomada de decisão. A inclusão de níveis permitindo a atribuição de pontuações, reforça o potencial deste modelo na área da gestão, ao possibilitar a mensuração das necessidades dos doentes e, consequentemente, das características dos enfermeiros, conduzindo à avaliação dos cuidados prestados. Tornando-se assim possível a efetivação e quantificação dos cuidados de enfermagem pela correspondência às necessidades dos doentes (Herrington, 2010).

A tabela seguinte representa de forma sucinta as oito características atribuídas ao doente, bem como os respetivos níveis em que se podem manifestar.

Tabela 1- Características do contínuo saúde-doença do doente e seus níveis, segundo o Modelo de Sinergia

Características do doente	Estas características espelham o contínuo saúde/doença do doente		
Resiliência	Capacidade para retornar a um nível restaurador de função usando mecanismos de compensação e enfrentamento, capacidade de recuperar após um insulto.		
	Nível 1 – Resiliência mínima	Nível 3 – Resiliência moderada	Nível 5 – Alta resiliência
Vulnerabilidade	Fatores de stress reais ou potenciais que podem afetar negativamente os resultados do paciente		
	Nível 1 – Alta Vulnerabilidade	Nível 3 – Vulnerabilidade moderada	Nível 5 – Mínima Vulnerabilidade
Estabilidade	Capacidade para manter um estado estacionário de equilíbrio		
	Nível 1 - Instável	Nível 3 – Alguma resposta a terapias	Nível 5 – Estável, baixo risco de morte
Complexidade	A potencial interligação criada por dois ou mais sistemas (corpo, família, terapias)		
	Nível 1 – Dinâmicas complexas	Nível 3 – Dinâmicas moderadas	Nível 5- Dinâmicas simples
Disponibilidade de recursos	Os recursos que o doente a sua família ou comunidade pode disponibilizar para a situação		
	Nível 1 – Baixo recursos disponíveis	Nível 3- Alguns recursos disponíveis	Nível 5 – Recursos disponíveis
Participação nos cuidados (doente e família)	O envolvimento que o doente e a sua família têm e disponibilizam para a situação em relação aos cuidados		
	Nível 1 – Relutantes, não participa	Nível 3 – Necessitam de assistência	Nível 5 – Participantes nos cuidados
Participação na tomada de decisão (doente e família)	O envolvimento que o doente e a sua família têm e disponibilizam para a situação em relação à tomada de decisão		
	Nível 1 – Sem capacidade	Nível 2- capacidades moderadas, recebem conselhos	Nível 5 – Capacidade de tomar decisões
Previsibilidade	Característica que permite esperar um determinado curso de eventos durante a situação de doença		
	Nível 1 – Imprevisível	Nível 3 – Moderadamente previsível, hesitante	Nível 5 – previsível, certo

Fonte: Adaptado de AACN (2013), elaboração própria

De acordo com o Modelo de Sinergia da AACN (2013), os cuidados de enfermagem refletem uma integração de conhecimentos, competências, experiência e atitudes necessárias

para satisfazer as necessidades dos doentes e das suas famílias. Assim, as características contínuas dos enfermeiros derivam das necessidades dos doentes.

O Modelo sinérgico aponta oito competências dos enfermeiros capazes de dar resposta às necessidades do doente no seu contínuo saúde /doença. Os cuidados prestados refletem uma integração de conhecimentos, habilidades, experiências e atitudes necessárias para reconhecer e identificar as necessidades dos doentes e familiares (AACN, 2013). Assim, sendo, identificam-se as seguintes competências dos enfermeiros derivadas das necessidades do doente: julgamento clínico, co-defensor e figura moral, práticas do cuidar, colaboração, sistemas de pensamento, resposta à diversidade, facilidade de aprendizagem e inquérito clínico. Estas competências são igualmente classificadas por níveis e variam entre competente (nível 1) e especialista (5).

Na tabela abaixo encontram-se resumidamente as oito competências apontadas e os seus níveis.

Tabela 2- Competências do Enfermeiro e os seus níveis, segundo o Modelo de Sinergia

Características do enfermeiro	Estas características espelham o contínuo saúde/doença do doente		
Julgamento clínico	O julgamento clínico inclui a tomada de decisões clínicas, o pensamento crítico e uma compreensão global da situação		
	Nível 1 – Colhe dados de nível básico	Nível 3 – Colhe e interpreta dados complexos	Nível 5 – Sintetiza e interpreta dados de múltiplas fontes
Co-defensor e figura moral	Representa as preocupações do doente/família servindo como um agente moral na identificação e resolução de questões éticas e clínicas		
	Nível 1 – Trabalha em nome do doente	Nível 3 – Trabalha em nome do doente e da família	Nível 5 – Trabalha em nome do doente, da família e da comunidade
Práticas do cuidar	Atividades de Enfermagem que criam um ambiente compassivo, de suporte e terapêutico para doentes e família, com o objetivo de promover conforto e cura, prevenindo sofrimento desnecessário		
	Nível 1 – Concentra-se nas atuais necessidades do doente	Nível 3 – Responde às alterações das necessidades do doente	Nível 5- Antecipa as necessidades do doente
Colaboração	Trabalhar com outras pessoas (família, outros prestadores de cuidados de saúde) de forma que com o contributo de cada um, o doente/família possa atingir objetivos pretendidos		
	Nível 1 – Aberto a contribuições de vários membros da equipa	Nível 3 – Reconhece e sugere a participação de outros membros	Nível 5 – Procura oportunidades para ensinar, treinar e orientar
Sistemas de pensamento	Conjunto de conhecimento e ferramentas que permitem ao enfermeiro os recursos ambientais e de sistema existentes para o doente/família e para a equipa		

	Nível 1 – Utiliza um conjunto limitado de estratégias	Nível 3 – Desenvolve estratégias baseadas nas necessidades e forças do doente/família	Nível 5 – Desenvolve, integra e aplica uma variedade de estratégias que são impulsionadas pelas necessidades e pontos fortes do doente/família
Resposta à diversidade	A sensibilidade para reconhecer, apreciar e incorporar diferenças na prestação de cuidados		
	Nível 1- Avalia a diversidade cultural, prestando cuidados baseados no seu próprio sistema de crenças	Nível 2 – Investiga sobre as diferenças culturais e considera o seu impacto nos cuidados	Nível 3 Responde, antecipa e integra as diferenças culturais no cuidado do doente/família
Facilidade de aprendizagem	Capacidade de facilitar a aprendizagem para a doentes/famílias, outros membros da equipa de saúde e da comunidade de forma formal ou informal		
	Nível 1 – Acompanha os programas educacionais planeados	Nível 3- adapta os programas educacionais ao doente/família	Nível 5 – Modifica ou desenvolve criativamente programas de educação do doente/família
Inquérito clínico	Processo em que se questionam e avaliam as práticas e prestação de cuidados		
	Nível 1 – Segue padrões e diretrizes	Nível 3 – Questiona a adequação das políticas e diretrizes	Nível 5 – Melhora e individualiza padrões e diretrizes para situações ou populações particulares de doentes

Fonte: Adaptado de AACN (2013), elaboração própria

Todas as oito competências são essenciais para a prática contemporânea de enfermagem, mas cada uma assume mais ou menos importância, dependendo das características do doente (AACN, 2013). A sinergia resulta quando as necessidades e características de um doente correspondem às competências de um enfermeiro.

O Modelo de Sinergia da AACN sustenta que os resultados clínicos no doente crítico decorrem do alinhamento entre a complexidade das necessidades assistenciais e as competências dos enfermeiros, exigindo formação avançada e elevado domínio técnico-científico (Curley, 2007). Ao incorporar a gravidade clínica na tomada de decisão sobre recursos humanos, o modelo supera abordagens centradas exclusivamente em rácios numéricos, permitindo uma distribuição mais ajustada da carga de trabalho e contribuindo para dotações seguras (Hartigan, 2000). A sua aplicação em contextos de elevada complexidade assistencial

tem demonstrado utilidade na alocação dinâmica de enfermeiros e no suporte à decisão em tempo real, com implicações na segurança do doente e na otimização dos *outcomes* clínicos (MacPhee *et al.*,2020). A utilização do Modelo de Sinergia reforça a centralidade do desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na pessoa em situação crítica, fundamentadas na evidência científica, para sustentar decisões relacionadas com cuidados de saúde seguros e de elevada qualidade, bem como com a gestão eficaz da carga de trabalho.

1.2. CONCETUALIZAÇÃO DA CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E AS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A análise da carga de trabalho de enfermagem, da segurança do doente e da qualidade dos cuidados constitui um eixo central na compreensão dos resultados clínicos em contextos de elevada complexidade assistencial. A qualidade dos cuidados assenta em princípios como a eficiência, eficácia, acessibilidade, equidade, centralidade na pessoa e segurança, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020). Alinhado com estas orientações, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026 visa consolidar a cultura de segurança em Portugal, promovendo práticas seguras e estratégias específicas para a redução das infeções associadas aos cuidados de saúde (Direção Geral de Saúde [DGS], 2021).

A OMS (2021) define segurança do doente como um conjunto estruturado de atividades organizacionais que integra culturas, processos, tecnologias e ambientes destinados à redução consistente e sustentável dos riscos nos cuidados de saúde. Neste enquadramento, o EEEMCPSC; assume um papel central na promoção de cuidados seguros, particularmente em contextos de elevada instabilidade clínica e falência orgânica.

O Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros reforça a necessidade de práticas orientadas para a qualidade e segurança dos cuidados especializados, sustentadas pelos Padrões de Qualidade de Enfermagem Especializados. Estes contemplam dimensões como a satisfação da pessoa cuidada, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar, autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção, incluindo a resistência aos antimicrobianos (OE, 2015).

Sabendo que, os enfermeiros desempenham um papel determinante na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, dada a sua proximidade contínua com os doentes e

o envolvimento direto na monitorização clínica e gestão de dispositivos invasivos, atitudes relacionadas com a segurança, omissão de cuidados e dotações inadequadas têm sido associadas ao aumento da incidência de IACS (Blot *et al.*, 2022; Alanazi *et al.*, 2023).

As IACS correspondem a infeções adquiridas durante a prestação de cuidados, não presentes ou em incubação no momento da admissão, manifestando-se habitualmente após 48 horas de internamento (World Health Organization [WHO], 2002; OE, 2021). Representam um problema relevante de saúde pública, com impacto significativo na morbilidade, mortalidade, tempo de internamento e custos hospitalares (Gomes *et al.*, 2021). No doente crítico, este risco é particularmente elevado devido à frequência de procedimentos invasivos, como ventilação mecânica, cateterização venosa central e cateterização urinária.

A evidência científica tem demonstrado de forma consistente que a sobrecarga de trabalho e a insuficiência de dotações de enfermagem estão associadas a maior incidência de eventos adversos, incluindo pneumonia associada à ventilação mecânica, infeções da corrente sanguínea e infeções do trato urinário associadas a cateter (Alanazi *et al.*, 2023; Mynaríková *et al.*, 2020; da Silva *et al.*, 2022; Uchmanowicz *et al.*, 2024). O International Council of Nurses (2006) alerta igualmente para o impacto direto das dotações de enfermagem na carga laboral e nos riscos para a segurança do doente.

A sobrecarga compromete a capacidade de resposta às necessidades dos doentes, conduzindo a cuidados de menor qualidade, aumento das complicações clínicas, prolongamento do internamento e maior mortalidade (Almenyan *et al.*, 2021; Ross *et al.*, 2023). Paralelamente, associa-se a elevados níveis de insatisfação profissional, exaustão emocional e *burnout*, com repercussões negativas na segurança dos cuidados (da Silva *et al.*, 2022). Ambientes com menor número de enfermeiros disponíveis apresentam taxas superiores de cuidados omissos ou atrasados, dificultando o cumprimento rigoroso das medidas de prevenção e controlo de infeção, como a higienização das mãos e a gestão adequada de dispositivos invasivos (Alanazi *et al.*, 2023).

Neste contexto, a adequação das dotações de enfermagem, aliada ao nível de qualificação profissional, constitui um fator essencial para a promoção da segurança do doente e da qualidade assistencial. A utilização de metodologias de avaliação da carga de trabalho permite ajustar os recursos humanos às reais necessidades de cuidados, prevenindo efeitos adversos e otimizando os resultados clínicos.

A carga de trabalho de enfermagem corresponde à estimativa do esforço necessário para a prestação de cuidados diretos, sendo a sua monitorização fundamental para minimizar riscos e assegurar cuidados seguros (Oliveira *et al.*, 2016). Assim, a análise desta temática revela-se

essencial para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados e para a promoção da segurança do doente crítico.

Com o objetivo de mapear a evidência científica disponível sobre esta relação, foi realizada uma ScR (Apêndice I) que se encontra em fase de publicação. Os resultados evidenciaram que a carga de trabalho de enfermagem constitui um fator multidimensional quantitativo, cognitivo e organizacional, com impacto direto na segurança do doente crítico e na incidência de IACS em unidades de cuidados intensivos. Contextos caracterizados por elevada intensidade assistencial, complexidade clínica e insuficiência de dotações profissionais associaram-se a maior ocorrência de infeções associadas aos cuidados. Globalmente, a evidência aponta para a necessidade de estratégias institucionais orientadas para a gestão criteriosa da carga de trabalho, promoção do bem-estar profissional e consolidação de uma cultura de segurança nos serviços críticos.

2. CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA

A realização dos estágios constitui um elemento central na aquisição e consolidação de competências especializadas em Enfermagem Médico-cirúrgica, particularmente na área da PSC.

O percurso foi dividido em três estágios distintos. O primeiro foi realizado no Serviço de Medicina Intensiva, o segundo no Serviço de Urgência e por último, o terceiro foi realizado na UL-PPCIRA. O primeiro e o terceiro estágio foram realizados na mesma Unidade Local de Saúde [ULS], enquanto o segundo foi realizado num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, de uma ULS distinta. As diversidades dos contextos clínicos possibilitaram o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, designadamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento profissional contínuo. Desta forma, os ensinamentos clínicos revelaram-se determinantes para a aquisição de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, promovendo uma prática clínica diferenciada, centrada na pessoa em situação crítica.

2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA

O Serviço de Urgência [SU] tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar (ACSS, 2019). Os SU, são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médica (Ministério da Saúde [MS], 2002). Consideram-se situações de urgência e emergência médica aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios adequados, exigem uma intervenção médica imediata.

De acordo, com o Despacho 10319/2014 de 11 de agosto de 2014, a rede de Serviço de Urgência integra os seguintes níveis de resposta por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta:

- SUB- Serviço de Urgência Básico

- SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
- SUP – Serviço de Urgência Polivalente

O SUMC é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem, de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC (Despacho nº. 10319/2014).

Assim e, segundo o mesmo despacho, o SU desta ULS é classificado como SUMC sendo constituído por a Urgência Geral (UG), a Urgência Pediátrica (UP) e a Urgência Obstétrica e Ginecológica, estando dotado de valências médicas obrigatórias e equipamentos mínimos: Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-hematerapia, Bloco-Operatório permanente, Imagiologia (radiologia convencional, ecografia simples e tomografia computadorizada [TAC] e Patologia Clínica. Embora, não sendo em permanência, tem o apoio de outras especialidades como Urologia, Oftalmologia, Psiquiatria e Otorrinolaringologia. Quando estas especialidades não estão disponíveis, a prestação de cuidados é articulada com outras Unidades Hospitalares que oferecem essa resposta através da transferência inter-hospitalar de doente, como preconiza o documento da Rede de Referenciação Hospitalar [RRH] de Urgência/Emergência de 2001.

A RRH é um sistema através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, sustentado por um sistema integrado de informação interinstitucional. Uma RRH, traduz-se por um conjunto de especialidades médicas e de tecnologias que suportam vários sistemas locais de saúde, permitindo a articulação em rede, em função das características dos recursos disponíveis, dos determinantes e condicionantes regionais e nacionais e do tipo de especialidade em questão; explorar complementaridades de modo a aproveitar sinergias e concentrar recursos permitindo a maximização da sua rentabilidade (DGS, 2001).

Assim sendo, e seguindo o preconizado pela RRH, para as especialidades que não estão presentes nesta ULS, os cuidados são articulados com diferentes unidades hospitalares da área metropolitana de Lisboa e para outras unidades hospitalares a sul do País.

Esta ULS abrange uma grande área geográfica com um fluxo populacional migratório permanente. Na tabela nº1, podemos observar, no que concerne à produção de cuidados do SUMC, os dados relativos ao ano de 2025 de janeiro a outubro, disponibilizados através do portal da transparência do Serviço Nacional de Saúde [SNS], indicam um total de 521.723 atendimentos. Destes, apenas 0,25% foram triados com pulseira vermelha, indicada como

emergente e 10% com pulseira laranja, classificada como muito urgente. Estes dados sugerem que a maioria dos utentes que recorrem ao SUMC não requerem cuidados de saúde emergentes ou urgentes, o que implica a necessidade de uma avaliação crítica dos fluxos de procura e das práticas de triagem, visando a otimização dos recursos disponíveis e a melhoria da eficácia dos serviços prestados.

Tabela 3- Atendimento do SUMC de janeiro a outubro de 2025

Triagem	Número de Atendimentos	Percentagem
Vermelho	1286	0,25%
Laranja	53879	10%
Amarelo	273194	52%
Verde	180530	34%
Azul	6347	1,21%
Branco	5081	0,97%
Sem triagem	1406	0,26%
TOTAL	521723	100%

Fonte: transparencia.sns.gov.pt

Relativamente à estrutura física do SUMC, onde foi realizado o estágio, este localiza-se no piso térreo, comunicando diretamente para o exterior. Com os restantes serviços, comunica interiormente, através de corredores, elevadores e escadas e é constituído por:

- Um balcão administrativo à entrada do SU, onde é efetuada a inscrição dos doentes e outro balcão administrativo que se encontra já no interior do serviço, que dá suporte a todas as atividades administrativas desenvolvidas no serviço;

- Uma sala de triagem [ST], onde o enfermeiro realiza a triagem dos doentes de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester [STM]. Esta metodologia permite uma avaliação criteriosa e uma priorização eficaz dos casos, garantindo uma resposta adequada e oportuna às necessidades do doente. A implementação deste sistema de triagem evidência o cumprimento do serviço com a excelência no atendimento e com a otimização dos recursos disponíveis, visando maximizar os resultados de saúde dos doentes atendidos;

- Um balcão de acolhimento e vigilância [AV], onde um enfermeiro das 8h às 24h, fornece informação via telefone ao familiar de referência na impossibilidade de esta informação ser

transmitida presencialmente. Realiza ainda o acolhimento dos acompanhantes dos doentes, fazendo a gestão das visitas em horário próprio no interior do SU;

- Duas salas de espera para doentes e acompanhantes;

- Um gabinete para o Diretor do Serviço;

- Uma sala de emergência [SE], preparada para acolher duas macas e, se necessário uma terceira entre ambas. Esta sala encontra-se à entrada do serviço e destina-se à prestação de cuidados ao doente em situação crítica. Está equipada com dispositivos essenciais para o suporte à paragem cardiorrespiratória, incluindo carro de emergência, ventilador para ventilação invasiva e não invasiva, monitores cardíacos, desfibrilhados com *pacing* externo, rampa de oxigénio, ar e vácuo, aspirador de secreções, insufladores reanimadores manuais e seringas infusoras. Dispõe ainda de *kits* esterilizados e preparados para a realização de procedimentos assépticos. A sala também está preparada com uma bancada de trabalho e dois computadores para registos clínicos. O armazenamento de material e medicação são facilitados por armários automatizados (*Pyxis*), com diferentes níveis de segurança. Encontram-se ainda disponíveis dois ventiladores de transporte e dois monitores desfibrilhadores, destinados às transferências intra e inter-hospitalares, bem como uma mala de evacuações com fármacos e material de consumo clínico. Todos estes equipamentos e procedimentos vão ao encontro das recomendações técnicas para salas de emergência emanadas pela ACSS em 2019, no entanto os seus circuitos e espaço físico estão desalinhados com estas mesmas recomendações, pois não possui "...dois acessos separados à sala de emergência, para entrada e saída de macas, sendo recomendado um circuito no fluxo de entrada e saída de doentes" (ACSS, 2019, p.8):

- Uma sala de decisão terapêutica, com capacidade para 8 macas e equipada com rampa de oxigénio, ar, vácuo e aspirador de secreções para cada doente, que como o seu nome próprio indica, aguardam uma decisão terapêutica, mas necessitam de vigilância e outros cuidados médicos e de enfermagem;

- Um balcão de atendimento geral com quatro *boxes*, destinadas ao primeiro atendimento, normalmente realizado por médicos de clínica geral ou de medicina geral e familiar;

- Uma sala de inaloterapia com capacidade para doze doentes em cadeirões ou cadeiras de rodas, equipada com de oxigénio;

- Uma sala polivalente, onde são acolhidos os doentes que aguardam uma resolução social, ou quando, já não é possível alocar mais doentes aos serviços acima descritos;

- Uma sala de observação (SO), com capacidade para cinco camas, individualizadas através de cortinas antimicrobianas. Cada espaço individual é composto por monitor de

parâmetros vitais com capacidade para monitorização invasiva, equipamento de oxigénio, ar e vácuo, aspirador de secreções. Este espaço tem ainda capacidade para mais duas macas extras. Ao SO são alocados doentes que requeiram internamentos de curta duração e que necessitem de monitorização cardiorrespiratória, até ao encaminhamento para alta ou transferência para outro serviço. Muitas vezes o SO excede a sua capacidade de internamento, sendo possível encontrar doentes que não necessitem de monitorização cardiorrespiratória contínua e oxigenoterapia, internados num corredor. Este espaço dispõe ainda de ventilador para ventilação invasiva [VMI] e ventilação não invasiva [VNI], monitor desfibrilhador, insuflador manual de ressuscitação, equipamentos para avaliação de sinais vitais, seringas infusoras, armários automatizados (*Pyxis*) para armazenamento e distribuição de material, uma bancada de trabalho, um balcão com computadores para registo clínico por parte dos médicos e enfermeiros.

O SU encontra-se ainda dotado de uma sala de ortopedia, de uma sala destinada à realização de pequena cirurgia, bem como de um gabinete de oftalmologia e psiquiatria. Dispõe ainda de um gabinete de gestão e coordenação de enfermagem, um gabinete médico e um gabinete de enfermagem com copa. No que respeita às áreas de apoio, integra uma sala destinada ao acondicionamento de roupa e uma sala de apoio para armazenamento de material de consumo clínico e administrativo. Existem duas casas de banho, para utilização dos doentes, e, uma casa de banho destinada aos profissionais de saúde. O serviço dispõe ainda de duas salas de descontaminação de material, uma sala de sujos e vestiários feminino e masculino destinados aos profissionais.

De uma maneira geral, SUMC ao nível do espaço físico tenta cumprir as recomendações da ACSS emanadas em 2015, para os serviços de urgência. No entanto, este é um serviço que foi concebido há muitos anos e que dá resposta a uma população que cresceu exponencialmente, estando a sua divisão, espaços e circuitos desajustados para realidade atual. De acordo com as Recomendações Técnica para Serviços de Urgência, emanados pela ACSS em 2015, estes necessitam de circuitos diferenciados para circulação de profissionais e doentes, de acesso fácil a meios complementares de diagnóstico e também acesso fácil com um eixo de circulação de alguma exclusividade ao bloco operatório e serviço de medicina intensiva. Todas estas situações não se verificam, pois, como foi referenciado anteriormente, os corredores de circulação exclusiva para profissionais estão muitas vezes doentes alocados em maca a realizarem tratamento ou alocados ao SO. Só existe um elevador que permite a ligação ao bloco operatório e SMI que é simultaneamente um elevador de circulação de doentes, acompanhantes e profissionais.

O SUMC é constituído por uma equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiros, médicos, técnicos auxiliares de saúde, técnicos administrativos, elementos do serviço de segurança e elementos do serviço de limpeza. Também colaboram com o SUMC, outros profissionais de saúde, nomeadamente técnicos de diagnóstico e terapêutica que asseguram a realização de exames no serviço quando o doente não pode ser mobilizado e farmacêuticos responsáveis pela reposição e gestão dos armários de medicação.

A equipa de enfermagem é constituída por 61 enfermeiros, sendo o enfermeiro gestor responsável pela coordenação da equipa de enfermagem e pela equipa de TAS. O enfermeiro gestor é o responsável pela coordenação que trabalha no SU, UP, serviço de imunoterapia e viatura de emergência médica [VMER]. Dos 61 enfermeiros que estão ligados no SU, três estão ligados à gestão do serviço, sendo um deles o enfermeiro gestor e dois enfermeiros que trabalham diretamente com o enfermeiro gestor na gestão e coordenação do SU. Estão definidos também 19 elementos como chefes de equipa, sendo imprescindível a presença de um destes elementos em cada turno.

Todos os elementos trabalham em horário rotativo, à exceção do enfermeiro gestor e dos dois enfermeiros que dão apoio à gestão, que têm como horário o turno da manhã de segunda a sexta-feira, e 6 enfermeiros em horário de parentalidade e amamentação, que apenas fazem o turno da manhã.

O plano semanal é realizado semanalmente pelos enfermeiros responsáveis pela gestão, sendo o método de trabalho utilizado, o método individual. O turno da manhã decorre das 8h00 às 16h30, o turno da tarde das 16h00 às 24h00 e o turno da noite decorre das 23h30 às 8h30. No turno da manhã e no turno da tarde estão escalados 12 enfermeiros da seguinte forma: um chefe de equipa, um enfermeiro na ST, um enfermeiro no balcão de AV, um enfermeiro na SE, um enfermeiro na SDT, um enfermeiro no balcão de atendimento geral, um enfermeiro na sala de ortopedia, um na sala de pequena cirurgia/evacuação (o enfermeiro que fica alocada a esta sala, também é responsável pelo transporte inter-hospitalar de doentes que surjam no decorrer do turno), um na sala polivalente, dois na urgência pediátrica e um enfermeiro no SO. No turno da noite estão escalados 10 enfermeiros: um enfermeiro chefe de equipa, um na ST, um enfermeiro na SE, um enfermeiro na SDT, um no balcão geral, um na sala de pequena cirurgia/evacuação (o enfermeiro que fica alocada a esta sala, também é responsável pelo transporte inter-hospitalar de doentes que surjam no decorrer do turno e apoio à sala de ortopedia), um enfermeiro na sala polivalente, dois na UP e um no SO. A distribuição dos enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho é efetuada de forma organizada, tendo em conta as necessidades do serviço, sob a coordenação do chefe de equipa. É importante realçar que,

em todos os turnos, existe a figura de chefe de equipa/coordenador de turno, cujo seu papel é fundamental no bom funcionamento do turno. Este profissional é responsável pela gestão eficiente do fluxo de utentes pelos diferentes setores do SUMC, pela gestão da assistência a pessoas em situações críticas e pela reorganização dos postos de trabalho em caso de insuficiência de recursos humanos (Enfermeiros e TAS), assim como durante as pausas necessárias para alimentação. O chefe de equipa dá apoio também ao enfermeiro que está alocado ao SE e SO quando ocorrem situações emergentes ou o número de doentes nestes espaços supera a sua capacidade. A importância deste posto reside na manutenção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados. A atribuição deste posto recai preferencialmente sobre um enfermeiro especialista, idealmente na área de Enfermagem à PSC. Esta prática encontra-se alinhada com as recomendações estabelecidas pela OE, conforme o Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro de 2019. No entanto, uma vez que não existem Enfermeiros Especialista suficientes em EMC-PSC e na impossibilidade de ser Enfermeiro Especialista, este cargo fica atribuído a um enfermeiro a quem é reconhecida a competência de perito.

Relativamente ao posto de triagem, devido ao número insuficiente de enfermeiros especialistas, nem sempre é alocado um EEEMC-PSC, como recomenda o Regulamento nº743/2019 da OE, contudo este é sempre assegurado por um enfermeiro perito com formação específica em sistema de triagem de prioridades como o mesmo documento preconiza. Neste SU existem 13 enfermeiros com esta formação.

Na SE os cuidados também são prestados idealmente por um EE, preferencialmente na área da PSC, como preconiza o Regulamento nº743/2019 da OE, no entanto nem sempre é possível, pelo que o enfermeiro gestor do serviço tem como critérios de distribuição de enfermeiros para este posto, ter experiência mínima de serviço de 2 anos no serviço, ter o curso de suporte imediato de vida e ser reconhecido pelas suas capacidades e competências por todos os chefes de equipa.

Relativamente ao enfermeiro alocado à sala de pequena cirurgia e evacuações, na impossibilidade de ser um EEEMC-PSC, o enfermeiro gestor aloca a este posto um enfermeiro com formação permanente em suporte avançado de vida e transporte do doente crítico, como preconiza o despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto de 2014.

A equipa de Técnicos Auxiliares de Saúde [TAS] é distribuída da seguinte forma: no período da manhã estão alocados 8 elementos na UG e 1 na UP, no turno da tarde, 7 elementos na UG e 1 elemento na UP, no turno da noite 4 elementos na UG e 1 na UP.

A equipa médica, permanente 24 horas, encontra-se distribuída pelo espaço físico do SU, pelas especialidades de medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, clínica geral e medicina

geral e familiar, com o apoio de outras especialidades nos seus respetivos serviços como a medicina intensiva, ginecologia e obstétrica, anestesiologia e pediatria.

É importante referir ainda que dos 61 enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem deste SU, 18 são Enfermeiros Especialista em Enfermagem-Médico cirúrgica, 11 dos quais na área da PSC, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, e 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Isto representa uma taxa de prevalência de 18% de enfermeiros especialista em EMC-PSC, um valor que fica aquém das recomendações da Ordem dos Enfermeiros. Esta entidade advoga que 50% dos enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem do SU, devem ser especialistas em EMC-PSC e com formação complementar em suporte avançado de vida, evidenciando a necessidade de um esforço contínuo no sentido de reforçar a especialização da equipa de enfermagem (OE, 2019).

A organização do SUMC pode ser enquadrada à luz do Modelo de Sinergia para os cuidados de enfermagem, desenvolvido pela AACN, o qual defende que os melhores resultados em saúde emergem da correspondência entre as características dos doentes e as competências dos enfermeiros. No contexto do SUMC, os doentes apresentam frequentemente elevada instabilidade clínica, complexidade, vulnerabilidade e imprevisibilidade na evolução do quadro clínico, exigindo respostas rápidas, julgamento clínico diferenciado e elevada capacidade de tomada de decisão. A existência EEEMC-PSC, bem como peritos com formação em suporte avançado de vida, triagem de prioridades e transporte do doente crítico, traduz-se numa resposta alinhada com o pressuposto do modelo, promovendo a sinergia entre as necessidades dos doentes críticos e as competências da equipa. No entanto, a insuficiência de enfermeiros especialistas em número compatível com as recomendações da OE pode comprometer esta sinergia, sobretudo em períodos de elevada afluência, aumentando o risco de desadequação entre a complexidade dos doentes e a diferenciação profissional disponível em cada turno.

Dando resposta ao Despacho nº 10319/2014, o SUMC tem uma VMER em gestão integrada, em que equipa para além de assegurar a atividade pré-hospitalar participa na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica dentro do SU. A VMER representa um elemento fundamental no sistema de resposta a emergências pré-hospitalares. A equipa é constituída por um enfermeiro, preferencialmente especialista em EMC-PSC e um médico, ambos com formação específica em emergência médica, nomeadamente suporte avançado de vida dispondo de equipamento apropriado (MS, 2017). A VMER, atuando na dependência direta do Centro de Orientação dos Doentes Urgentes (CODU), possui uma base hospitalar e tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde para a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou

doença súbita, em emergências, assumindo um papel indispensável no apoio à população (MS, 2017). Atualmente os enfermeiros que constituem a equipa da VMER são provenientes na sua maioria do SU, 1 enfermeiro da UP e 1 enfermeiro da UCI.

A gestão dos dados relacionados com o processo de saúde dos utentes é realizada com recurso do software informático SClínico. Este sistema permite não apenas a documentação, a revisão e a integração de toda a informação clínica relacionada com a pessoa que recorre ao SU, mas também viabiliza a realização de registos de enfermagem objetivos, baseados na classificação internacional para a prática de enfermagem [CIPE]. Desta forma contribui significativamente para a continuidade e transição dos cuidados prestados. O SClínico insere-se na estratégia definida pelo ministério da Saúde para a área de informatização clínica do SNS, que prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização e a padronização da informação clínica (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2024).

Apesar de o SUMC dispor de recursos humanos diferenciados, sistemas de triagem estruturados e meios tecnológicos adequados, a forma como a organização do serviço responde à elevada pressão assistencial tem impacto direto no risco de IACS.

A utilização do sistema de triagem de Manchester constitui a primeira barreira de segurança, permitindo priorizar os doentes em função da gravidade clínica, contudo, o facto de a triagem nem sempre ser assegurada por EEEMC-PSC, conforme recomendado pela OE (2019), pode comprometer a avaliação inicial do risco e da complexidade clínica. Esta limitação pode conduzir à subavaliação da gravidade, prolongando tempos de espera e favorecendo a permanência dos doentes em corredores, espaços onde o controlo de infeção é mais difícil de garantir.

Paralelamente, a gestão dos espaços físicos e dos circuitos de circulação apresenta fragilidades relevantes, uma vez que o serviço não dispõe de circuitos diferenciados para doentes, profissionais e material limpo/sujo, nomeadamente na sala de emergência. O cruzamento de doentes críticos com doentes de menor gravidade em áreas comuns potencia o risco de transmissão cruzada de microrganismos, sobretudo em contextos de elevada rotatividade e quando a carga de trabalho dificulta a desinfeção rigorosa dos equipamentos e superfícies entre atendimentos.

A recorrente ocupação dos corredores com doentes em maca, decorrente da falta de vagas tanto nas áreas de observação como do SO, constitui outro fator crítico. Estes contextos improvisados estão frequentemente associados ao fenómeno de *missed nursing care* (Mynářiková *et al.*, 2020)., em que perante a sobrecarga assistencial, cuidados considerados

fundamentais, mas não imediatamente prioritários, como a higiene das mãos, a correta utilização de equipamentos de proteção individual ou a manutenção de técnicas assépticas em procedimentos invasivos, tendem a ser adiados ou omitidos, aumentando assim o risco de IACS (Alanazi *et al.*,2023)

Por fim, embora o Sclínico represente uma ferramenta essencial para a continuidade e padronização dos cuidados, a exigência de registos extensos em contexto de elevada afluência pode aumentar a carga de trabalho cognitiva dos enfermeiros, reduzindo o tempo disponível para a prestação direta de cuidados. Esta realidade pode comprometer a aplicação das *bundles* de prevenção de infeção e a monitorização contínua das práticas de controlo de infeção, sobretudo em turnos com recursos humanos limitados.

Assim, para aprofundar a compreensão dos fatores que condicionam esta vulnerabilidade organizacional e operacional, a análise SWOT do SUMC permite identificar os fatores internos e externos que influenciam a prestação de cuidados e a implementação eficaz das medidas de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, num contexto marcado por elevada carga assistencial e constrangimentos estruturais e organizacionais.

Como forças, o SUMC dispõe de um sistema de triagem estruturado, o Sistema de triagem de Manchester, que permite a priorização clínica dos utentes de acordo com a gravidade da sua condição, contribuindo para a identificação precoce de situações críticas, como a sépsis ou necessidades de isolamento, constituindo uma importante barreira de segurança no controlo de infeção.

A existência de uma equipa multidisciplinar com funcionamento permanente 24 horas, bem como, a presença de enfermeiros com formação específica em emergência, suporte avançado de vida e triagem, contribui para a prestação de cuidados diferenciados e para a segurança dos doentes. Acresce ainda a integração de EEEMC, particularmente na área da PSC, que, apesar de insuficientes em número, representam um contributo relevante para a qualidade dos cuidados prestados. O recurso ao sistema de informação Sclínico, com registos de enfermagem padronizados segundo a CIPE, constitui igualmente uma mais-valia, ao favorecer a continuidade dos cuidados, a uniformização da informação clínica e a monitorização das intervenções associadas à prevenção da IACS.

Entre as fraquezas identificadas, destaca-se a elevada carga de trabalho assistencial, associada ao elevado número de utentes que recorrem ao SUMC sem critérios de urgência ou emergência, condicionando a capacidade do serviço em garantir a aplicação rigorosa e sistemática das medidas de controlo de infeção. O número insuficiente de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da pessoa em situação Crítica,

nomeadamente nos postos de triagem, na sala de emergência e no SO, constitui uma fragilidade, podendo comprometer a avaliação inicial do risco clínico e infeccioso. A sobrelotação do serviço, frequentemente com doentes internados nos corredores, dificulta a implementação de medidas de isolamento, a higienização adequada dos espaços e equipamentos e a correta gestão dos circuitos limpo e sujo, aumentando o risco de transmissão cruzada de microrganismos. As limitações da estrutura física e a existência de circuitos diferenciados para doentes, profissionais e material representam igualmente um fator crítico para a prevenção de IACS. A elevada exigência de registos clínicos em contexto de pressão assistencial pode ainda contribuir para o fenómeno de *missed nursing care*, com impacto negativo na adesão às *bundles* de prevenção de infeção.

A crescente valorização institucional da segurança do doente e da qualidade dos cuidados constitui uma oportunidade para o reforço da especialização em enfermagem no SUMC, nomeadamente através da criação de incentivos institucionais que promovam a progressão dos enfermeiros generalistas para níveis de peritos. Esta estratégia encontra-se alinhada com o Modelo da Sinergia da AACN, o qual preconiza a adequação entre as competências do enfermeiro e as necessidades do doente, promovendo melhores resultados em saúde e maior segurança dos cuidados prestados. A valorização da especialização poderá contribuir para o fortalecimento das competências clínicas, decisórias e de gestão do risco, particularmente em contextos de elevada carga assistencial, favorecendo a adesão às práticas de prevenção e controlo de IACS.

A possibilidade de integrar, futuramente, ferramentas de monitorização da carga de trabalho de enfermagem no SUMC poderá contribuir para uma gestão mais ajustada dos recursos humanos, alinhando a dotação de profissionais com as necessidades reais do serviço. A reorganização dos fluxos assistenciais, em articulação com os cuidados de saúde primários e outras respostas da rede, poderá permitir a redução da procura inadequada do SUMC, libertando recursos para a prestação de cuidados a doentes verdadeiramente urgentes e críticos.

A elevada procura do SUMC, frequentemente desajustada ao seu nível de diferenciação, constitui uma ameaça constante, contribuindo para a sobrecarga dos profissionais e para o aumento do risco de ocorrência de IACS.

A escassez de enfermeiros especialistas e a dificuldade em reforçar as equipas, associadas ao desgaste profissional e ao risco de *burnout*, comprometem a sustentabilidade das práticas seguras de controlo de infeção.

Por fim, a manutenção de infraestruturas antigas e desajustadas face às recomendações técnicas atuais, aliada à elevada rotatividade de utentes e à pressão assistencial contínua, representa um risco acrescido para a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

2.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Os Serviços de Medicina Intensiva [SMI]/Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] destinam-se à observação e tratamento de doentes em situação clínica crítica, mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais em doentes que apresentem falência iminente ou estabelecida de uma ou mais funções vitais, onde são tratados em horário contínuo por profissionais médico e de enfermagem especializado. Os SMI prestam cuidados a utentes críticos com patologias médicas e cirúrgicas. (Administração Central do Sistema de saúde [ACSS], 2024).

Estes serviços têm ganho crescente relevo na oferta de cuidados à pessoa em situação crítica grave, tanto no âmbito do seu espaço físico próprio quanto através da colaboração com outras atividades e serviços, nomeadamente com as vias verdes de acesso preferencial, o suporte à sala de emergência e a coordenação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar [EEMI] (MS, 2016b). Este crescente protagonismo dos SMI, sublinha a sua importância fundamental na estrutura de cuidados de saúde, assegurando uma resposta especializada e eficaz em momentos de máxima vulnerabilidade dos doentes.

Existem três níveis de categorização das unidades de cuidados intensivos a nível nacional, que devem coexistir na mesma unidade hospitalar, de acordo com o nível de cuidados prestados, as técnicas utilizadas e as valências disponíveis (ACSS, 2024). As unidades de nível I, ou cuidados intermédios, centram-se na monitorização não invasiva ou minimamente invasiva de doentes em risco de disfunção orgânica, assegurando manobras de reanimação e articulação com níveis superiores; as unidades de nível II dispõem de monitorização invasiva e suporte das funções vitais, embora com possível limitação de especialidades diferenciadas, exigindo articulação com unidades de maior diferenciação; e as unidades de nível III correspondem aos serviços de medicina intensiva, com equipas dedicadas, presença permanente de intensivistas, acesso completo a meios diagnósticos e terapêuticos, bem como programas de controlo de qualidade, ensino e formação contínua.

A UCI, onde foi realizado o estágio, integra-se no departamento de urgência e emergência da Unidade Hospitalar e é uma unidade de nível III. É composta por instalações, profissionais

e equipamentos, com capacidade de assegurar um tratamento eficaz ao doente crítico e /ou falência orgânica. É preconizada a prestação de cuidados à pessoa em Situação crítica numa perspetiva holística com o apoio de tecnologia avançada.

A UCI localiza-se no 2º andar, do edifício principal da unidade hospitalar, configurando-se de acordo com diferentes níveis de intensidade de cuidados. A UCI é classificada de nível III e está localizada junto ao bloco operatório e unidade de Cuidados intermédios cirúrgicos e com acesso fácil aos serviços de urgência, patologia clínica e imagiologia e ao serviço de hemodinâmica, indo assim ao encontro das recomendações da ACSS, onde as UCI devem ter uma localização próxima e comunicação fácil com o serviço de urgência, bloco operatório, serviço de radiologia, unidade de cuidados intermédios e devem estar articuladas com a implementação das vias verdes existentes (ACSS, 2024). Esta unidade é constituída por oito camas, estando uma cama num quarto de isolamento, tal como recomenda a ACSS (2024), para o tratamento da PSC com possibilidade de contágio ou que se encontra imunodeprimida.

A ACSS (2024), nas Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos, define a UCI como serviços próprios, altamente diferenciados, com procedimentos próprios, que visam a assistência da PSC com necessidades de monitorização invasiva, de suporte de funções vitais e assistência por médico e enfermeiros especializados 24 horas/dia. É recomendável também a observação do doente através de visualização direta a partir do posto de vigilância de enfermagem.

No que diz respeito à estrutura física da UCI onde foi realizado o estágio, esta apresenta-se como uma sala *open space*, onde se observam diretamente as 8 camas, com uma secretária na zona central para a realização de registos de enfermagem e local de presença dos enfermeiros para observação direta do doente. Nesta zona encontram-se também diversos armários de parede com material de apoio necessário para uma abordagem emergente ao doente, bem como o carro de emergência com monitor desfibrilhador, monitores cardíacos, essenciais para uma resposta imediata a situações de paragem cardiorrespiratória ou outras emergências vitais. A sala de trabalho de enfermagem é aberta para o *open space*, onde se encontram equipamentos concebidos para potenciar a eficácia dos cuidados prestados e assegurar a segurança aos doentes, como uma central de monitorização cardíaca, o aparelho de gasometria, fundamental para o acompanhamento da função respiratória da PSC e o sistema *Kanban* de gestão da farmácia, o qual otimiza o controlo de inventário e assegura a disponibilidade imediata de medicamentos e matérias de consumo clínico. O sistema *Kanban* hospitalar é uma ferramenta de gestão de *stocks* e materiais que neste caso é usada para repor stocks de medicamentos quando é sinalizado que os níveis mínimos foram atingidos.

Verifica-se ainda a existência de um gabinete médico e de enfermagem, uma copa, uma sala de sujos, uma sala de arrumos, um vestiário para os profissionais, uma sala de acolhimento e atendimento às famílias e um *hall* de entrada onde se encontra o posto de trabalho da administrativa do serviço e os armários designados ao condicionamento de material de consumo clínico, organizado mediante o sistema de reposição por níveis, garantindo uma gestão eficiente dos recursos e a prontidão na resposta às necessidades do serviço. Assim, as diferentes áreas da UCI encontram-se bem definidas e os circuitos de circulação de doentes, profissionais, familiares e sujos/limpos cumprem as recomendações técnicas da ACSS.

No que diz respeito à unidade do doente, esta é composta por uma cama elétrica articulada com colchão de pressão alternada, grades de proteção, dois suportes para soro, um dispensador de solução antisséptica de base alcoólica, uma base de apoio de material ou para registos, um ventilador mecânico invasivo e um monitor de parâmetros vitais. Cada unidade individual é composta ainda por um carro de apoio onde se encontra roupa e material de higiene. Compreende ainda vários suportes para suspensão de seringas e bombas infusoras, entradas para oxigénio e ar comprimido juntamente com as rampas de aspiração indispensáveis para a manutenção das funções respiratórias e gestão da via aérea, um ponto de água com lavatório. As diferentes unidades são separadas por cortinas antimicrobianas que são trocadas a cada nove meses, de modo a minimizar as infeções cruzadas. Neste sentido a ACSS recomenda a organização da unidade por boxes individuais em detrimento de áreas abertas (ACSS, 2024). É dada particular atenção ao controlo de IACS, através da implementação de procedimentos estritos, nomeadamente o cumprimento rigoroso da higiene das mãos, a utilização adequada de equipamentos de proteção individual, a aplicação de técnica assética na realização de procedimentos das precauções de isolamento e a correta gestão de resíduos e material contaminado, com o objetivo de minimizar o risco de transmissão de microrganismos infecciosos.

A limpeza, desinfeção e reposição de material existente em cada unidade é efetuada pela equipa dos TAS, que seguem uma *checklist* formalmente protocolada pela equipa de enfermagem e, que após a sua realização é validada pelo enfermeiro responsável da unidade, efetuando esse registo em impresso próprio.

A UCI está adicionalmente dotada de equipamento específico para a monitorização hemodinâmica invasiva, permitindo uma avaliação precisa da função cardiovascular do doente, o material esterilizado indispensável à execução de diferentes procedimentos que requerem técnica assética cirúrgica está sempre disponível, garantindo a máxima segurança e eficácia nas intervenções. A unidade está ainda equipada com monitores para técnicas dialíticas contínuas

bem como para técnicas dialíticas intermitentes, fornecendo assim, opções de tratamento renal substitutivo adaptadas às necessidades clínicas do doente. Ventiladores para [VMI] e [VNI], equipamentos de oxigenoterapia de alto fluxo asseguram a adequada assistência respiratória, equipamentos de monitorização hemodinâmica invasiva, monitores de índice bispectral, monitores multiparâmetros de eletroencefalograma contínuo, monitores cardíacos, broncofibroscópio, material de entubação endotraqueal, dispositivos de compressão pneumática intermitente dos membros inferiores, sistemas de aquecimento por lençol de ar quente e um sistema pneumático destinado ao envio rápido de amostras diretamente ao laboratório complementam as capacidades da unidade, reforçando o seu elevado grau de preparação e especialização no cuidado ao doente crítico.

A UCI é constituída por uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde e uma assistente técnica administrativa. No entanto, outros profissionais de saúde colaboram na prestação de cuidados à PSC, tais como, anestesistas, cirurgiões, otorrinolaringologistas, ginecologistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, assistentes operacionais, capelão do serviço religioso, funcionários de uma empresa externa que assegura a limpeza das zonas comuns. A equipa de enfermagem é constituída atualmente por quarenta e quatro profissionais, incluindo uma enfermeira gestora, um enfermeiro de apoio à gestão, oito enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, sete enfermeiros especialista de enfermagem de reabilitação e dois enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica.

Em relação às dotações seguras, verifica-se que são cumpridas as recomendações no que diz respeito ao número de enfermeiros escalados por turno, uma vez que cada enfermeiro tem à sua responsabilidade até dois doentes críticos. No entanto, verifica-se uma taxa de prevalência (18%) abaixo das recomendações propostas pela ordem dos enfermeiros. Segundo a OE, no regulamento da Norma para Cálculo da Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, recomenda que 50% dos enfermeiros sejam EEMC, preferencialmente na área da PSC, assegurando a sua presença contínua ao longo das 24 horas (Regulamento n.º 743/2019). Este indicativo sublinha a necessidade de um esforço na especialização dos enfermeiros, visando elevar a qualidade dos cuidados prestados e responder de forma mais eficaz às exigências do contexto em cuidados intensivos. Esta realidade assume ainda uma particular relevância quando analisada à luz do Modelo da Sinergia da AACN, que sustenta que os melhores resultados em saúde são alcançados quando existe uma adequada correspondência entre as características do doente (complexidade, vulnerabilidade, instabilidade) e as competências do enfermeiro (conhecimento clínico, julgamento, experiência e capacidade de resposta). Neste sentido, uma

menor proporção de enfermeiros especialistas pode comprometer esta sinergia, dificultando a adequação dos cuidados às necessidades altamente complexas do doente crítico, potenciando situações de sobrecarga, omissão de cuidados e, consequentemente um aumento do risco de IACS.

A metodologia de trabalho utilizada pela equipa de enfermagem é o método individual, onde é atribuído a cada enfermeiro um ou dois doentes. Este enfermeiro assume a responsabilidade integral dos cuidados prestados à pessoa e/ou família durante o seu turno. O rácio de distribuição enfermeiro/doente varia normalmente entre 1:1 ou 1:2, dependendo do fluxo de doentes em conformidade com as recomendações seguras recomendadas pela OE, garantindo assim, em sinergia com a equipa multidisciplinar a prestação de cuidados à pessoa sob a sua responsabilidade (Regulamento n.º 743/2019). Na referida UCI é realizado o preenchimento de duas escalas para medir a carga de trabalho de enfermagem, nomeadamente o *Therapeutic Intervention Scoring System-28* [TISS-28] e o *Nursing Activities Score* [NAS]. O TISS-28 permite medir o esforço terapêutico, quantificando as intervenções realizadas e possibilitando a estimativa da carga de trabalho por doente nas últimas 24 horas (Acosta Nuñez *et al.*, 2023), sendo utilizado como instrumento de apoio à avaliação da complexidade dos doentes e à gestão dos recursos da unidade. Por sua vez, o NAS fornece uma pontuação por doente em função das atividades de enfermagem efetivamente realizadas nas últimas 24 horas, permitindo avaliar de forma mais específica o tempo despendido pelos enfermeiros na prestação de cuidados (Alanazi *et al.*, 2023). A utilização sistemática destas ferramentas constitui um importante suporte à organização dos cuidados, ao dimensionamento das dotações seguras de enfermagem e à promoção da segurança do doente, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a redução do risco de eventos adversos associados à sobrecarga de trabalho (Bernardino, 2020)

Em cada turno é designado um enfermeiro responsável de turno, sendo preferencialmente um enfermeiro especialista, ou o enfermeiro a quem é reconhecida a competência de perito que gere e lidera todas as ocorrências existentes no turno, aquando da ausência da enfermeira gestora. O enfermeiro responsável de turno também tem como função realizar a distribuição dos doentes pelos enfermeiros e define o enfermeiro responsável para o turno seguinte. Adicionalmente, em cada turno, é escalado um enfermeiro para integrar a equipa intra-hospitalar de emergência interna [EEMI], sendo requisito obrigatório a detenção do curso de SAV. A EEMI é assim composta por um enfermeiro e um médico da UCI e destina-se ao atendimento de qualquer pessoa em situação crítica, ou seja, com necessidade imediata ou potencial de meios de suporte avançado de vida, desenvolvendo para além do âmbito da

paragem cardiorrespiratória, uma abordagem célere e atempada à pessoa em situação crítica de forma a reduzir o número de “mortes evitáveis”.

O desenvolvimento e a implementação de sistema de informação são essenciais, não só para suporte à decisão clínica, mas também para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, permitindo aos enfermeiros tomarem decisões com base no conhecimento e não na intuição (Rosinhas *et al.*, 2020 citando Lee, 2013). Na referida UCI, os dados de saúde e o processo de enfermagem da PSC são registados e planeados através do software *Patient Care- BSimple*, concebido especificamente para o registo e planeamento dos cuidados das unidades de cuidados intensivos. Este sistema integra e assegura a interoperabilidade de dados ou outros sistemas já implementados no Unidade Hospitalar, funciona como um agregador de informação que reúne numa só aplicação os dados obtidos de dispositivos médicos (ventiladores, monitores), dados laboratoriais, dados clínicos registados ao longo do internamento do doente, incorpora o processo de enfermagem, possibilitando a operacionalização de diagnósticos de enfermagem e intervenções terapêuticas ajustadas à condição clínica do doente, de modo a constituir-se como uma ferramenta imprescindível na tomada de decisões. A unidade dispõe ainda de um sistema de alerta para microrganismos epidemiologicamente importantes, através do sistema *Hepic®*. Estes sistemas permitem o registo estruturado dos cuidados de enfermagem, a monitorização contínua dos parâmetros clínicos e a integração de sinais de infeção e a monitorização da adesão aos feixes de intervenção associados à prevenção das IACS. Contudo a eficácia destes sistemas depende da disponibilidade temporal dos profissionais para o registo completo e fidedigno da informação. Em situações de elevada carga de trabalho, o registo pode tornar-se mais sucinto ou tardio, o que pode comprometer a monitorização contínua dos indicadores de qualidade e dificultar a análise retrospectiva de eventos adversos. Assim, a articulação entre sistemas de informação robustos, dotações adequadas e uma elevada proporção de enfermeiros especialistas revela-se determinante para a promoção da segurança do doente e para a redução da incidência de IACS.

Nesta unidade existem, diversos grupos de trabalho, constituídos por enfermeiros e alguns médicos, que se dedicam a projetos de melhoria contínua da qualidade, sendo eles: Cuidados Cardíacos e Reanimação; Cuidados Intensivos Nefrológicos; Doenças Infeciosas e Sepsis; Tecnologias e Metodologias de Investigação; Insuficiência Respiratória Aguda; Metabolismo e Nutrição; Neuro Intensivismo e Trauma; Planificação, Organização e Gestão; Sedação, Analgesia e Delirium; Toxicologia; Transfusões e Hemoderivados; Transplantes; Feridas/Úlceras por Pressão; Reabilitação; Quedas/ Escala de Morse; *Follow up* doente crítico; Prevenção e Controlo de Infecções.

Neste enquadramento organizacional e assistencial, a aplicação da análise SWOT no contexto da UCI revela-se particularmente pertinente, considerando a elevada complexidade clínica dos doentes, a exigência técnica dos cuidados prestados e o impacto direto da gestão dos recursos humanos e materiais na segurança do doente. Assim, a presente análise SWOT visa identificar os principais pontos fortes e áreas de melhoria da unidade, bem como as oportunidades de desenvolvimento e os riscos potenciais, contribuindo para uma reflexão crítica orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para a prevenção das IACS.

A UCI apresenta um conjunto de pontos fortes estruturais, organizacionais e assistenciais que contribuem para a qualidade e segurança dos cuidados prestado à pessoa em situação crítica. Destaca-se a monitorização sistemática da carga de trabalho de enfermagem, através da utilização obrigatória das escalas TISS-28 e NAS, permitindo a quantificação objetiva do esforço terapêutico e das atividades de enfermagem realizadas nas últimas 24 horas. Estas ferramentas constituem um suporte relevante para a avaliação da complexidade dos doentes e para a gestão dos recursos humanos. A unidade encontra-se ainda dotada de um sistema de alerta epidemiológico (*Hepic®*) para microrganismos epidemiologicamente importantes, o que potencia a deteção precoce de situações de risco e favorece a implementação atempada de medidas de isolamento e controlo de infeção. É igualmente evidente uma melhoria contínua, sustentada pela existência de múltiplos grupos de trabalho internos dedicados a áreas específicas, incluindo a prevenção e controlo de infeções, a sépsis, a segurança do doente e a monitorização de indicadores de qualidade. Esta organização favorece a reflexão crítica e a implementação de práticas baseadas na evidência. Por fim, a UCI beneficia de uma equipa multidisciplinar coesa, com a presença física de médicos e enfermeiros 24 horas por dia e uma articulação eficaz com a EEMI, assegurando uma resposta rápida e especializada clínica, tanto intra como extra-serviço.

Apesar dos aspetos positivos identificados, a unidade evidencia fragilidades estruturais e organizacionais com impacto potencial na segurança dos cuidados. A principal fragilidade prende-se com a baixa taxa de enfermeiros especialistas (18%), que se encontra significativamente abaixo do valor recomendado pela Ordem dos Enfermeiros, o que pode conduzir à sobrecarga dos profissionais mais diferenciados nomeadamente no apoio à tomada de decisão clínica e supervisão de cuidados. Verifica-se ainda que a distribuição dos enfermeiros pelos doentes depende essencialmente da perceção clínica do enfermeiro responsável de turno, não estando formalmente suportada por uma análise sistemática dos scores de NAS e TISS-28. Apesar do preenchimento rotineiro destas escalas, a ausência de análise crítica e utilização

efetiva dos resultados limita o seu potencial enquanto ferramenta de apoio à gestão e à adequação das dotações seguras.

No contexto institucional, identificam-se diversas oportunidades de desenvolvimento e melhoria. A integração da UCI com a UL-PPCIRA constitui uma oportunidade estratégica para potenciar a utilização articulada dos sistemas de vigilância epidemiológica, como o *Hepic*® e o *Helic*®, permitindo cruzar dados de incidência de infeção com indicadores de carga de trabalho e dotações seguras de enfermagem. Existe igualmente espaço para reforçar a formação em serviço, nomeadamente no que se refere à implementação e monitorização de feixes de intervenção associados às IACS e à introdução de novas tecnologias de colheita, como sistemas de vácuo com desvio da amostra, que reduzem o risco de contaminação. Outra oportunidade relevante reside na implementação de *debriefings*, sobretudo após situações críticas ou períodos de elevada sobrecarga assistencial, promovendo a aprendizagem organizacional e a identificação de fatores que possam ter impactado a segurança do doente.

Entre as principais ameaças externas e contextuais, destaca-se a risco de *burnout*, associado à elevada carga de trabalho, à exigência emocional e à complexidade dos cuidados em contexto de UCI. A literatura evidencia que a exaustão profissional pode comprometer a adesão às técnicas de assepsia e às boas práticas, aumentando o risco de eventos adversos nomeadamente de IACS. Por fim, o aumento global da resistência aos antimicrobianos representa uma ameaça permanente, exigindo níveis elevados de vigilância epidemiológica e rigor na implementação das medidas de controlo de infeção, o que se torna particularmente desafiante em contextos de elevada pressão de assistencial e limitações de recursos humanos.

2.3. UNIDADE LOCAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS

O terceiro momento de estágio realizou-se no contexto da prática clínica UL-PPCIRA de uma ULS, no período de 18 de novembro de 2025 a 30 de janeiro de 2026. A opção por este contexto de estágio fundamentou-se no interesse pessoal pelo desenvolvimento de competências específicas no âmbito do controlo e prevenção das IACS.

O desenvolvimento do estágio no âmbito da UL-PPCIRA permitiu uma aprendizagem próxima dos processos de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, evidenciando a complexa interação entre as necessidades clínicas das pessoas em situação crítica, as competências dos profissionais de saúde e os recursos organizacionais disponíveis. Este enquadramento articula-se com os pressupostos da Teoria da Sinergia em Enfermagem,

segundo a qual os resultados em saúde são otimizados quando existe consonância entre as características dos doentes, as capacidades da equipa e o suporte institucional, sendo esta sinergia particularmente determinante na segurança do doente e na redução das IACS em contextos de elevada complexidade clínica e organizacional.

As IACS e a resistência aos antimicrobianos constituem fatores determinantes para a qualidade dos cuidados e segurança do doente, estando associadas a um aumento significativo da morbilidade e mortalidade. O desenvolvimento e a implementação de estruturas dedicadas ao controlo de infeção assumem um papel fundamental na diminuição das infeções nosocomiais, com benefícios evidentes para o doente (Pereira & Andrade, 2020).

Em 2013, foi criado em Portugal o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos, com vista à implementação das recomendações do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) (Despacho n.º 15423/2013, 2013). Simultaneamente foram criados os Grupos de Coordenação Local de Programa de Prevenção e Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL_PPCIRA), responsáveis pela implementação do PPCIRA.

Em março de 2020, devido à pandemia por coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 [SARS-CoV-2], ocorreram grandes mudanças a nível da saúde, da economia, do mundo do trabalho, enfim a todos os níveis. Os portugueses passaram a integrar novos hábitos de higiene no seu quotidiano como a higiene das mãos, a etiqueta respiratória, o uso de máscaras nos locais públicos (Pina, 2021). Simultaneamente, ocorreu um fenómeno interessante, nunca até então, os decisores políticos, gestores e profissionais de saúde tiveram a perceção do papel relevante e abrangente dos Grupos de Coordenação Regional e Local do PPCIRA, mas também, da própria estrutura nacional do PPCIRA, na DGS.

O Despacho n.º 10901/2022 de setembro, determinou uma mudança na missão e estrutura da PPCIRA de modo a responder aos desafios crescentes e emergentes, que atingem o SNS. Na sequência da referida reestruturação todos os GCL-PPCIRA passaram a ser denominados de UL-PPCIRA.

De acordo com o ponto 17 do mesmo Despacho, as UL-PPCIRA criadas pelas ULS reúnem as atribuições dos cuidados de saúde primários e hospitalares explanadas no referido documento. A UL-PPCIRA da unidade hospitalar reúne a área dos cuidados de saúde primários [CSP] e dos cuidados de saúde hospitalares [CSH]. Os CSH, no âmbito das suas competências, atuam nos serviços clínicos e não clínicos do Hospital. Os CSP abrangem as unidades funcionais existentes nos 14 concelhos do distrito.

Os objetivos centrais do PPCIRA da ULS são 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 a antimicrobianos, melhorando assim a qualidade dos cuidados prestados e promovendo a segurança dos doentes e dos profissionais (Despacho n.º 10901/2022). Cabe à UL-PPCIRA, planear, implementar e monitorizar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos, de acordo com as diretivas nacionais e regionais e as características e especificidades das diferentes unidades de saúde que integram a unidade hospitalar, contribuindo assim, para o cumprimento da missão da ULS e melhoria contínua e qualitativa dos cuidados prestados pelos seus profissionais. A UL-PPCIRA pretende dotar as diferentes unidades funcionais de instrumentos facilitadores da melhoria de cuidados no âmbito da prevenção e controlo da infeção e de resistências aos antimicrobianos, tornando-se uma estrutura de referência e suporte, dando cumprimento à missão da ULS, no que diz respeito às suas orientações relativas à prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e resistências antimicrobianas.

Atualmente a UL-PPCIRA constitui-se como uma unidade orgânica da Unidade Hospitalar e não apenas como um órgão de apoio técnico ao conselho de administração. A sua integração na hierarquia institucional, exigiu a reformulação da sua constituição da equipa, com a designação de dois médicos coordenadores (um afeto aos cuidados de saúde hospitalares e outro aos cuidados de saúde primários) e um enfermeiro gestor com competência certificadas na área. Contudo, estes profissionais não apresentam dedicação exclusiva à UL-PPCIRA, conforme preconizado no Despacho n.º 10901/2022, acumulando funções noutros serviços, o que pode condicionar a capacidade de resposta da unidade face à complexidade e exigência das situações acompanhadas. À luz da Teoria de Sinergia, esta limitação estrutural pode comprometer a consonância entre as necessidades crescentes dos contextos clínicos de elevada complexidade e a disponibilidade efetiva de competências especializadas, interferindo com a capacidade da UL-PPCIRA em garantir intervenções oportunas, consistentes e com impacto sustentado na redução das IACS.

Para dar resposta ao que está previsto nos Despachos n.º 10901/2022, de 8 de setembro, e n.º 6386/2023, de 9 de junho, a UL-PPCIRA da ULS tem uma natureza multidisciplinar, integrando na sua composição médicos (incluindo um patologista clínico/microbiologista), enfermeiros, farmacêuticos e outros técnicos de saúde ligados à área de intervenção (ULS, 2025). A equipa de enfermagem é, por sua vez constituída pela enfermeira gestora e cinco enfermeiras, no entanto só duas têm regime de dedicação plena. A Unidade Hospitalar apresenta uma dotação de aproximadamente 289 camas de internamento, sendo desenvolvido um esforço

para cumprir o enquadramento legal relativo à constituição da equipa de enfermagem assegurando a existência de um enfermeiro gestor e de um enfermeiro com dedicação a tempo inteiro por cada 150 camas hospitalares, conforme previsto no Despacho nº. 10901/2022.

É de salientar a equipa de enfermagem compreende apenas enfermeiros especialistas (três EEEMC, uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação que está a frequentar a especialidade de enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação perioperatória e uma enfermeira especialista em enfermagem comunitária e saúde pública), com experiência profissional no âmbito da prevenção e controlo das IACS, como preconizado no Regulamento n.º 743/2019 no cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.

A UL-PPCIRA integra ainda um núcleo de apoio, elos dinamizadores para cada serviço da unidade hospitalar, constituído por representantes das equipas de enfermagem, médicas, técnicos auxiliares de saúde e técnicos superiores de terapêutica e diagnóstico. Estes profissionais desempenham um papel fundamental na sensibilização dos pares para as práticas de prevenção e controlo de infeção, na identificação de problemas de estrutura, de processo e de resultados, e na sinalização de riscos à UL-PPCIRA (ULS, 2025). No sentido de sustentar esta parceria, são realizadas reuniões e ações de formação de acordo com o plano de atividades desta unidade. Este modelo de funcionamento em rede favorece a criação de sinergias entre os diferentes níveis da organização, permitindo que as necessidades dos doentes e dos contextos assistenciais sejam correspondidas por intervenções ajustadas e sustentadas por profissionais com competências diferenciadas. Nesta lógica, os elos dinamizadores funcionam como mediadores entre a complexidade dos cuidados prestados no terreno e a capacidade técnico-científica da UL-PPCIRA, operacionalizando, na prática, os pressupostos do Modelo de Sinergia ao nível organizacional.

Esta Unidade Orgânica, articula-se com o gabinete da qualidade, com o serviço de segurança no trabalho, com a medicina do trabalho e saúde ocupacional, bem como o serviço de esterilização e os serviços de gestão de materiais, instalações e equipamentos. Esta articulação permite à UL-PPCIRA beneficiar de apoio técnico-consultivo multidisciplinar, promovendo uma abordagem integrada à prevenção e controlo de infeção.

A UL-PPCIRA dispõe de um espaço próprio, com os meios informáticos necessários para desenvolver a sua atividade. Como principal suporte informático dispõe do *Hepic*® e do *Helics*®.

O *Hepic*® é um sistema de informação para a monitorização dos processos de vigilância e controlo epidemiológico de IACS e monitorização da resistência aos antimicrobianos. Destaca-se como funcionalidades a integração com diferentes sistemas de informação com o laboratório,

farmácia, Sclínico e *Bsimple*, a interoperacionabilidade em tempo real, o envio automático de alertas de microrganismos epidemiologicamente importantes (MEIs) tanto na equipa de controlo de infeção, como em todos os serviços de internamento, avaliação de taxas de incidência e indicadores predefinidos, gestão de base de dados de MEIs, estatísticas de consumos de antibióticos, soluções desinfetantes, gestão de relatórios, cálculo de taxas de incidência de infeção, monitorização de antibióticos de uso restrito (*First*, 2022).

O *Helics*® é um programa de vigilância epidemiológica integrado no projeto europeu *Improving Patient Safety in Europe*, que visa uniformizar as metodologias de vigilância e proporcionar o *benchmarking* entre países. Assim, esta unidade participa simultaneamente na vigilância epidemiológica nacional e europeia das IACS em unidades de cuidados intensivos de adultos e da infeção do local cirúrgico (DGS, 2024; ECD, 2021).

A UL-PPCIRA apresenta um plano anual de atividades. Neste documento constam os objetivos em relação aos parâmetros de qualidade e segurança do doente índice de qualidade preconizados no Despacho nº 10901/2022, assim como, as várias atividades que a unidade propõe desenvolver.

Cada elemento da equipa de enfermagem é responsável por uma área da atuação do âmbito do PPCIRA, recaindo a designação da mesma na experiência profissional dos elementos. No entanto a equipa atua de forma sinérgica, partilhando e discutindo entre si intervenções realizadas ou a realizar, resultados obtidos, pareceres e recomendações institucionais. A UL-PPCIRA reúne regularmente por convocação dos seus coordenadores, para avaliação das solicitações recebidas, das atividades em desenvolvimento e para emissão final de alguma documentação. Reúne em plenário, com o núcleo de elos dinamizadores, de acordo com o plano de atividades. Atualmente a UL-PPCIRA reúne mensalmente com a direção clínica dos CSH para assegurar a articulação estratégica e operacional entre a unidade e a direção clínica, promovendo assim decisões clínicas informadas que reforçam a segurança dos doentes. A articulação regular com a direção clínica dos cuidados de saúde hospitalares reforça o alinhamento estratégico e operacional entre a UL-PPCIRA e a liderança clínica, promovendo decisões informadas e sustentadas em evidência. À luz do Modelo de Sinergia da AACN, este suporte institucional constitui um elemento essencial para potenciar a correspondência entre a complexidade dos contextos assistenciais, as competências dos profissionais envolvidos e os recursos organizacionais disponíveis, criando condições estruturais favoráveis à melhoria contínua da segurança e à redução sustentada das IACS.

Neste contexto organizacional e assistencial, a análise SWOT da UL-PPCIRA da unidade hospitalar em estudo constitui uma ferramenta estratégica para compreender de forma

sistematizada os fatores internos e externos que influenciam o seu desempenho no âmbito da prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e da resistência aos antimicrobianos, permitindo sustentar uma reflexão crítica orientada para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A UL-PPCIRA apresenta como principal força a existência de um plano de atividades anual estruturado, alinhado com os objetivos estratégicos definidos no Despacho nº.10901/2022, o que permite uma atuação planeada, sistemática e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e segurança do doente. Destaca-se igualmente o facto de a equipa de enfermagem ser constituída exclusivamente por enfermeiros especialistas, com formação e experiência na área da prevenção e controlo das IACS, o que potencia intervenções qualificadas, fundamentadas na evidência científica e nas boas práticas. Acresce ainda a utilização de sistemas de informação avançados, nomeadamente o *Hepic®*, o que possibilitam a integração e cruzamento de dados epidemiológicos, laboratoriais e de consumo de antimicrobianos, favorecendo a vigilância epidemiológica, a deteção precoce de eventos e a tomada de decisão informada.

Entre as fraquezas identificadas destaca-se a inexistência de dedicação exclusiva da maioria dos elementos da equipa de enfermagem, verificando-se que apenas duas enfermeiras exercem funções em regime de tempo inteiro na UL-PPCIRA. Esta limitação pode comprometer a capacidade de resposta atempada às solicitações dos serviços, bem como a implementação e monitorização sistemática das intervenções previstas. Adicionalmente, a unidade dispõe de uma estrutura física limitada e de carácter provisório, o que pode condicionar o desenvolvimento pleno das suas atividades, nomeadamente no que se refere à realização de reuniões, ações formativas e trabalho colaborativo da equipa.

A articulação mensal da UL-PPCIRA com a direção clínica dos cuidados de saúde hospitalares constitui uma oportunidade estratégica relevante, permitindo alinhar as ações de prevenção e controlo de infeção com as prioridades institucionais e apoiar decisões clínicas baseadas em dados epidemiológicos. Paralelamente, a informação produzida pelos sistemas de vigilância constitui uma ferramenta essencial para fundamentar propostas de reforço das dotações de profissionais nos serviços com maiores taxas de IACS, contribuindo para a melhoria da segurança do doente e da qualidade dos cuidados prestados.

No contexto externo, destaca-se como ameaça o aumento da prevalência de microrganismos multirresistentes, que representa um desafio crescente à eficácia das medidas de prevenção e controlo de infeção e ao uso racional de antimicrobianos. Acresce ainda a dificuldade em manter níveis elevados de adesão às precauções básicas de controlo de infeção

[PBCI] nos serviços, frequentemente condicionada pela elevada rotatividade dos doentes e pela sobrecarga das equipas, fatores que podem comprometer a consistência das práticas seguras.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

A aquisição de competências no percurso formativo do EE e de Mestre em enfermagem, constitui um processo dinâmico, progressivo e profundamente reflexivo, no qual a integração entre conhecimento científico, prática clínica e desenvolvimento pessoal assume um papel central. Este percurso não se limita à aquisição de saberes técnicos, mas envolve igualmente a construção de uma identidade profissional sustentada por valores ético, pensamento crítico, autonomia e responsabilidade na tomada de decisão.

Neste sentido, a análise reflexiva das competências adquiridas permite ao enfermeiro reconhecer a evolução do seu desempenho, identificar áreas de fortalecimento e compreender os desafios inerentes à prática avançada em enfermagem. A reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas, em contexto académico e clínico, constitui um instrumento fundamental para a consolidação de aprendizagens significativas, promovendo uma prática baseada na evidência, centrada na pessoa e orientada para a melhoria dos resultados.

Este capítulo pretende, assim, apresentar uma reflexão estruturada sobre o processo de aquisição de competências comuns, específicas e de mestre do enfermeiro especialista, evidenciando o contributo das experiências formativas e profissionais para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, ético-deontológicas essenciais ao exercício de uma prática avançada, crítica e humanizada.

A aquisição de competências do EEMC segue o Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro especialista em Médico-cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica e ainda o Decreto-Lei nº. 65/2018 de 16 de agosto, que define os objetivos para conferir o grau de mestre.

As CC do EE, dividem-se em quatro domínios, segundo o regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019:

- A. Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal;
- B. Domínio da Melhoria Continua da Qualidade;
- C. Domínio da Gestão dos Cuidados;

D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As CE dividem-se, de acordo com o regulamento nº 429/2018, de 16 de julho de 2018 são:

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

B. Dinamiza a resposta em situações de emergências, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

C. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (p.19359).

As competências de mestre, segundo o Decreto-Lei nº65/2018, de 16 de agosto de 2018 são:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

I. Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

II. Permita e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos e contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios e elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de uma modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (p.4162).

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS E DE MESTRE DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o Regulamento nº.140/2019 de 6 de fevereiro, o EE, partilha um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados. Estas competências comuns “(...) envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de

orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem” (p.4744). As competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, das diferentes áreas de especialidade, promovendo uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e suporte decisivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (p.4745).

Relativamente às competências de mestre e ao ciclo de estudos dirigidos à obtenção do grau de mestre, segundo o Decreto-lei nº65/2018 de agosto de 2018, este “(...) deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional e o recurso à atividade de investigação baseada na prática” (p.4164).

Considerando os pressupostos anteriores e os vários domínios de aquisição das competências, podemos considerar que tanto as CC como as competências de mestre se correlacionam, sendo que realizei uma reflexão sobre as atividades planeadas e desenvolvidas.

CCEE: Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal

A1 – 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;

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº.140/2019, p.4745)

Competências de Mestre

C) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem (decreto-lei nº 65/2018, p.4162).

De acordo com Nunes & Amaral (2022), o desenvolvimento de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal pressupõe a apropriação de saberes que integrem conceitos, princípios, valores e deveres, bem como, a sua relação no quadro do exercício profissional de enfermagem e sua regulação.

A enfermagem, como profissão que se autorregula, possui princípios éticos e deontológicos bem definidos que devem ser adotados na prática profissional (Nunes, 2020). Estes princípios encontram-se bem estabelecidos na Deontologia Profissional do Enfermeiro pelo Código Deontológico e pelo Regulamento do Exercício profissional de Enfermeiro (REPE).

O enfermeiro na sua prática, atua no respeito pela *legis artis*, pela deontologia e pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, responsabilizando-se pelas suas decisões, pelos atos que praticam e pelas tarefas que delegam (Regulamento nº613/2022, p.179). Neste mesmo sentido o código deontológico de enfermagem, defende igualmente que as intervenções de enfermagem devem ser orientadas pela promoção da liberdade e da dignidade da pessoa humana, tendo como alicerce valores universais como “(...) a igualdade; a liberdade responsável, com capacidade de escolha e consideração pelo bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade, a competência e o desenvolvimento profissional” (Lei n.º 156/2015, p.8078). Estes valores articulam-se com os princípios éticos que norteiam os cuidados de saúde prestados ao doente e à sua família: o princípio da beneficência, o princípio da não maleficência, o respeito pela autonomia, o princípio da justiça e o princípio da vulnerabilidade (OE, 2015).

Deste modo, com o objetivo de desenvolver esta competência e consolidar uma prática profissional, na área de especialidade, orientada pelas normas legais, pelos princípios éticos e pela deontologia profissional, bem como de assegurar que as intervenções respeitavam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, procedeu-se à revisão dos documentos anteriormente referidos, nomeadamente o REPE e o Código Deontológico de Enfermagem, para além de outros diplomas legais analisados no âmbito da elaboração do portefólio jurídico da UC Enfermagem e Formação. Acresce, ainda a realização de um ensaio no âmbito da UC Ética e Deontologia em Enfermagem, subordinado ao tema “Quando o direito à informação e o dever de guardá-la se cruzam”, que contribuiu para uma reflexão aprofundada sobre os dilemas ético-legais associados à confidencialidade, ao dever de sigilo profissional e ao direito do doente à informação.

A mobilização destes conhecimentos, revelou-se fundamental, permitindo fundamentar o processo de tomada de decisão sempre que, na prática clínica, individualmente ou em articulação com a equipa de enfermagem e a equipa multidisciplinar, se identificaram questões de natureza ético-legal associadas aos cuidados prestados. Neste âmbito, destaca-se uma situação vivenciada em contexto de UCI, envolvendo um doente admitido com o diagnóstico de síndrome de desconforto respiratório agudo e com neoplasia das vias vilares previamente identificada. Verificou-se que a família não estava consciente da gravidade da situação oncológica, o que originou um dilema ético relacionado com o direito à informação, o dever de confidencialidade e os limites da intervenção do enfermeiro na transmissão de informação clínica. Esta situação remete diretamente para a reflexão desenvolvida no ensaio realizado no âmbito da UC Ética e Deontologia em Enfermagem, evidenciando a necessidade de ponderar

cuidadosamente os princípios da autonomia, da beneficência e da não maleficência, bem como o respeito pelo dever de sigilo profissional e pela articulação com a equipa médica.

Paralelamente, o trabalho desenvolvido na UC de Relação e Comunicação em Saúde, subordinado ao tema “Comunicação de más notícias”, constitui um contributo fundamental para a abordagem desta situação, ao reforçar a importância de estratégias de comunicação terapêutica, empática e estruturada no contacto com o doente e a família em contexto de elevada vulnerabilidade emocional. Estes conhecimentos permitiram uma maior consciencialização sobre as competências do EE no acolhimento emocional, na escuta ativa e no suporte à família, bem como na preparação e acompanhamento do processo de transmissão de informação clínica pela equipa médica

A análise integrada destas experiências contribuiu para reforçar a importância de uma atuação ética, legalmente sustentada e centrada na pessoa, promovendo simultaneamente a segurança, a privacidade e o respeito pelas crenças e valores do doente e da sua família, em situações de elevada complexidade clínica e emocional. Demonstrou ainda, a importância da comunicação adequada em equipa e da referenciação das situações eticamente sensíveis, assegurando uma abordagem holística e humanizada dos cuidados.

Relativamente à primeira competência apresentada, esta foi alcançada com foco na prestação de cuidados centrados na pessoa, promovendo o respeito pela sua dignidade e a participação ativa nos processos de cuidados, em conformidade com os padrões éticos definidos pela OE. A segunda competência foi operacionalizada através da implementação de intervenções orientadas para a promoção da autonomia do doente, assegurando a sua inclusão nos planos de cuidados e o respeito pelas suas preferências, sempre dentro dos critérios definidos para cada situação. A terceira competência foi consolidada por meio da pesquisa científica realizada, a qual possibilitou o desenvolvimento do pensamento crítico e da capacidade de análise face a situações complexas, mesmo quando a informação disponível se apresentava incompleta ou ambígua, com vista à identificação das soluções mais adequadas.

Estas competências foram desenvolvidas através de uma prática clínica rigorosa, aliada a uma reflexão crítica e sistemática sobre o desempenho profissional, permitindo uma análise das dimensões éticas e sociais envolvidas nos processos de tomada de decisão e assegurando intervenções responsáveis, eficazes e ajustadas às necessidades de cada doente.

Este processo evidenciou a consolidação das competências necessárias ao exercício da enfermagem especializada, orientada por princípios éticos, legais e deontológicos, bem como pelo respeito pela dignidade da pessoa e pelos seus direitos fundamentais.

CCEE: Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

B1- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

B3- Garante um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2029, p.4745).

Competência de Mestre

B) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo (Decreto-Lei nº 65/2018).

Segundo a OE (2017), os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, devem servir de norteadores e referenciais para a prática especializada do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica consoante o alvo e contexto de intervenção. Os Padrões de Qualidade, são de extrema importância e constituem um referencial para a prática especializada, de modo a estimular a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade (OE,2017).

Assim é esperado que o Enfermeiro Especialista “(...) colabore na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade (...)”, “(...) reconheça que a melhoria da qualidade envolve a avaliação de práticas e a implementação de programas de melhoria continua” (Regulamento nº140/2019, p.4747).

No âmbito das CCEE- Domínio da Melhoria Continua da Qualidade, as competências B1, B2 e B3 foram progressivamente adquiridas e consolidadas através da participação ativa em iniciativas estruturadas de melhoria da qualidade e de promoção da segurança dos cuidados, com particular enfoque na governação clínica e na prevenção da infeção associadas aos cuidados de saúde. A integração em contextos institucionais e multidisciplinares permitiu assumir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas (B1), bem como desenvolver práticas de qualidade através da colaboração em programas de melhoria continua (B2) e da promoção de um ambiente terapêutico seguro (B3), em conformidade com o Regulamento n.º140/2019.

Neste contexto, destaca-se a elaboração de uma instrução de trabalho no SUMC, intitulada “Procedimento associado ao feixe de intervenções para a prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical”, com a proposta de criação e adoção de um *Kit* de algáliação, uma

vez que não existia no serviço e a sua utilização está preconizada no “Feixe de Intervenções” para a prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical da Direção Geral de Saúde (DGS) (Apêndice II), visando a padronização de procedimentos, a redução do risco de infeção e a melhoria da segurança do doente.

Durante o estágio na UL-PPCIRA, procedeu-se igualmente à revisão crítica e atualização de procedimentos e instruções de trabalho que se encontravam desatualizados, nomeadamente:

- Instrução de trabalho- Despejos de sacos de drenagem de urina (Apêndice III);
- Procedimento multissetorial para a prevenção da infeção urinária em doentes algaliados (Apêndice IV);
- Instrução de trabalho – Cateterização vesical/Algaliação (Apêndice V), promovendo a uniformização de práticas, a adequação dos procedimentos à evidência atual e a melhoria contínua da qualidade assistencial.

Adicionalmente, foi realizada uma auditoria à higiene das mãos na UCI dirigida a toda a equipa multidisciplinar, com observação direta das práticas e devolução de *feedback* individualizado a cada profissional observado, construindo um contributo relevante para a sensibilização da equipa e para a melhoria da adesão às boas práticas de controlo de infeção. A observação sistemática de práticas permitiu ainda identificar lacunas passíveis de aperfeiçoamento, nomeadamente de prevenção infeção do trato urinário, em que se verificou o incumprimento da fixação correta do cateter vesical, conforme preconizado no feixe de intervenção da DGS. Na sequência da discussão com a enfermeira orientadora e com a enfermeira gestora, procedeu-se à revisão do procedimento, com a aquisição de dispositivos de fixação adequados e à demonstração da sua correta utilização, contribuindo para a modificação da abordagem da equipa relativamente a este procedimento.

No âmbito da capacitação da equipa, foi ainda realizada uma ação de formação dirigida à equipa de enfermagem da UCI (Apêndice VI), (Anexo I), sobre a importância da análise de ferramentas de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, nomeadamente o TISS e o NAS, promovendo uma maior consciencialização para a utilização de instrumentos de suporte à gestão e à organização dos cuidados.

Por fim, os resultados da ScR, realizada foram apresentados em reunião com os elos dinamizadores da UL-PPCIRA dos cuidados de saúde hospitalares (Apêndice VII), (Anexo II), tendo-se concluindo que a realização de auditorias não era uniforme entre os enfermeiros. Desta reflexão resultou a definição da necessidade de implementação de um curso de formação de auditores, com vista à harmonização de práticas, ao reforço da qualidade dos processos de

auditoria e à consolidação da cultura de segurança de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde na instituição.

Acresce, ainda, a realização de uma ação de formação sobre “Avaliação do risco de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico – Implementação da Escala de ELPO” (Apêndice VIII), (Anexo III), a qual constitui um contributo relevante para a promoção da segurança do doente cirúrgico. A aquisição destes conhecimentos revelou-se particularmente pertinente para a abordagem de doentes cirúrgicos e críticos admitidos na UCI, frequentemente sujeitos a posicionamentos prolongados, imobilidade, sedação e ventilação mecânica, que aumentam o risco de desenvolvimento de lesões por pressão e de outras lesões associadas ao posicionamento. Esta articulação entre contextos assistenciais permitiu reforçar a continuidade e a segurança dos cuidados, através da identificação precoce do risco e da implementação de medidas preventivas adequadas no intraoperatório e no período pós-operatório.

Estas experiências contribuíram, ainda, para o desenvolvimento da Competência de Mestre, ao exigirem a aplicação integrada de conhecimentos e capacidades de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, conforme preconizado no Decreto-Lei nº 65/2018. A identificação de áreas de melhoria, a proposta e implementação de soluções ajustadas ao contexto institucional, bem como a reflexão crítica sobre o impacto das intervenções na qualidade e segurança dos cuidados, reforça uma prática profissional autónoma, fundamentada e orientada para a melhoria contínua.

CCEE: Domínio da Gestão dos Cuidados

C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº140/2019, p.4745).

Competência de Mestre

E) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado (Decreto-Lei nº 65/2018, p.4162).

A gestão dos cuidados é uma das competências fundamentais do enfermeiro, no entanto, no que diz respeito ao enfermeiro especialista, assume especial relevância, pois para além da gestão dos cuidados é esperado que otimize as respostas de enfermagem e da equipa de saúde,

garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, adequando os recursos às necessidades, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº140/2019).

O enfermeiro gestor é o profissional que assume a responsabilidade pela coordenação e supervisão do trabalho da equipa de enfermagem, assegurando a qualidade dos cuidados e segurança do doente, possuindo competências de liderança, comunicação, planeamento, organização, avaliação e resolução de problemas, além das competências clínicas específicas da sua área de intervenção, assegurando a adesão aos Padrões de Qualidade, especialmente no que diz respeito à organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2015). O enfermeiro responsável de turno ou chefe de equipa é responsável pela gestão operacional dos cuidados, garantindo a articulação de equipa e dos serviços, a resolução de conflitos e a satisfação dos utentes e família, exigindo tomada de decisão rápida, liderança, gestão do stresse e avaliação dos resultados, de acordo com as competências do enfermeiro especialista e mestre em enfermagem.

Durante os estágios realizados na UCI e no SUMC, foi possível desenvolver de forma consciente as competências de gestão e liderança preconizadas pelo enfermeiro especialista. Em ambos os contextos a enfermeira orientadora, assumia frequentemente a posição de chefe de equipa, o que permitiu um acompanhamento próximo e compreender a sua atuação, procedimentos e estratégias a adotar quando solicitado. Foi possível verificar uma gestão eficaz dos cuidados de enfermagem e a sua articulação com a equipa multidisciplinar, assumindo um papel ativo na coordenação de equipas e a promoção da comunicação clara e eficiente entre os membros, garantindo a partilha de responsabilidade e tarefas.

Ao longo destes períodos, foi frequentemente necessário ajustar a liderança e a gestão de recursos a diferentes contextos e situações, sobretudo no SUMC, onde cada turno apresenta desafios distintos e a imprevisibilidade do fluxo de trabalho é elevado. Com o objetivo de assegurar a qualidade dos cuidados prestados, tornou-se indispensável proceder, por diversas vezes, à reorganização dos recursos humanos e à reorganização da alocação dos doentes. A adoção desta estratégia permitiu garantir, em cada cenário, a segurança dos cuidados de forma adequada e eficaz.

A capacidade de avaliar as necessidades do momento e de adaptar, de forma eficaz, a gestão dos recursos disponíveis revelou-se essencial para assegurar a qualidade dos cuidados prestados. Em diversas situações, tornou-se necessária a reorganização dos profissionais pelas diferentes áreas de atuação, tendo em conta a sua experiência e competências, de modo a garantir que os doentes em situação mais crítica permanecessem sob a supervisão de

profissionais mais capacitados. Esta priorização dos cuidados permitiu assim responder de forma adequada às exigências de cada momento. Atendendo ao facto de estas dificuldades se repetirem com frequência, tornou-se pertinente a implementação de estratégias facilitadoras, como a criação de listas de verificação para procedimentos prioritários nos períodos de maior afluência, contribuindo para uma resposta mais organizada e eficiente, com redução do impacto da sobrecarga de trabalho e do risco de eventos adversos na prestação de cuidados.

Foram ainda realizados três turnos de acompanhamento com a enfermeira gestora da UCI, o que permitiu observar de perto o seu papel na gestão do serviço. O turno da manhã inicia-se com a passagem de turno entre os enfermeiros, momento em que a enfermeira gestora marca presença e intervém nos processos de decisão. Posteriormente, foi possível conhecer o circuito de requisição e reposição de materiais utilizando ferramentas informáticas de gestão como aplicações para pedidos de medicação e material de consumo clínico, articulando com os serviços farmacêuticos e de aprovisionamento da ULS.

Foram igualmente observados os processos de elaboração e execução de horários da equipa de enfermagem e dos TAS, assim como a antecipação de necessidades de recursos humanos para turnos seguintes, nomeadamente em situações de ausências imprevistas. A enfermeira gestora assegura ainda a verificação do adequado funcionamento dos equipamentos, a disponibilidade dos respetivos consumíveis. A solicitação de reparações sempre que ocorre alguma avaria e a correta organização e armazenamento do material em stock.

A vivência destas situações em contexto de prática permitiu compreender de forma mais aprofundada as competências do EEMC-PSC na gestão dos cuidados em ambientes exigentes e com elevada variabilidade do fluxo de trabalho. Esta experiência contribuiu de forma significativa para o reforço das competências de liderança e gestão, bem como para o fortalecimento do compromisso com a melhoria continua da qualidade os cuidados. Acresce ainda a participação no *webinar* intitulado “Gestão, indicadores e boas práticas na documentação de Enfermagem” (Anexo IV), no qual foram abordados temas como a importância da documentação e o papel do enfermeiro gestor, os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e a sua relação com a documentação, bem como as estratégias de melhoria, monitorização e boas práticas na gestão. Este contributo formativo revelou-se particularmente relevante para a compreensão da documentação de enfermagem enquanto ferramenta essencial de gestão, monitorização da qualidade e suporte à tomada de decisão, reforçando a importância de registos rigorosos, sistematizados e orientados para os ganhos em saúde.

O desenvolvimento das competências no domínio da gestão dos cuidados permitiu consolidar uma atuação mais consciente, organizada e centrada na qualidade e segurança, dos cuidados prestados. A integração de experiências práticas, aliada à formação contínua e à reflexão crítica, favoreceu a aquisição de competências de liderança, gestão de recursos e tomada de decisão em contextos complexos e dinâmicos. Este percurso contribuiu para a construção de uma prática profissional mais autónoma, proativa e sustentada na evidência, orientada para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem e para a otimização dos resultados em saúde. Paralelamente, evidencia-se o desenvolvimento da competência de mestre no âmbito da aprendizagem ao longo da vida, de forma autónoma e auto-orientada, através da procura contínua de atualização científica e formativa, em consonância com o preconizado no Decreto-Lei n.º 65/2018.

CCEE: Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1 – Desenvolve autoconhecimento e assertividade;

D2 – Baseia a sua *praxis* especializada em evidência científica (Regulamento nº140/2019, p.4745).

Competência de Mestre

A) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

- i. Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
- ii. Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação (Decreto-Lei nº65/2018, p.4162).

De forma a desenvolver o autoconhecimento e assertividade investiu-se na autorreflexão e avaliação das competências, mas também nas área e domínios suscetíveis de melhoria, potenciando o desenvolvimento pessoal e profissional. Foi realizada uma ScR, intitulada de “O Impacto da Carga de Trabalho de Enfermagem na Incidência de Infecções Associadas aos Cuidados no Doente Crítico” (Apêndice I), reunindo evidências e promovendo o conhecimento. Foi realizada uma formação baseada na mais recente evidência científica intitulada de: “Carga de trabalho de Enfermagem e Infecções Associadas aos Cuidados: Que relação existe?” (Apêndice VI), (Anexo I), realizada em contexto de estágio na UCI, conforme descrito anteriormente neste documento. Durante o estágio na UL-PPCIRA, foram apresentados os resultados da *Scoping Review* (Apêndice VII), (Anexo II) que também como já referido anteriormente gerou reflexão.

Para poder adquirir novos conhecimentos e mais atualizados foram frequentados vários cursos, congressos e *webinars* como: 31º Congresso da Associação Portuguesa de Infecção Hospitalar/3º Encontro Benchmarking dos SPCIRA (Anexo V), Simpósio - Prevenção e Controlo de Infecção em Ambientes críticos (Anexo VI), Congresso Internacional do doente crítico 2025 (Anexo VII).

A participação em congressos e *webinars* revelou-se uma experiência formativa relevante, apesar dos desafios associados à articulação entre a aquisição de conhecimento teórico e a sua transposição para a prática clínica. Estes momentos formativos promovem a partilha de experiências entre profissionais, contribuindo para uma melhor compreensão da aplicabilidade da evidência científica em contextos reais de cuidados, nomeadamente no que se refere à adaptação de protocolos e intervenções a diferentes realidades clínicas. Este processo potenciou o desenvolvimento de competências de adaptação e inovação na prática de enfermagem, com impacto positivo na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Destas participações resultaram duas apresentações de pósteres intitulados de : “Prevenção da infeção no doente com cateter venoso central em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos”(Apêndice IX), (Anexo VIII) e “Catástrofe Sísmica: Impacto na fadiga psicológica dos enfermeiros na resposta a cenários de crise” (Apêndice X), (Anexo IX) e duas apresentações de comunicações livres intituladas de: “Plano de Prevenção e Controlo de Infecção no Serviço de Esterilização Central: Um Projeto de Melhoria” (Apêndice XI), (Anexo X) e “Carga de Trabalho, Dotações Seguras e Infecções associadas aos Cuidados: Que relação existe?” (Apêndice XII), (Anexo XI), tendo sido atribuído um 1º e 2º prémio respetivamente a estas comunicações. O Resumo destas publicações foram publicados no Livro de resumos – *Webinar* “Desafios Globais: sinergias profissionais” que pode ser encontrado aqui: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18261150> .

Estes desafios contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento profissional, promovendo um maior autoconhecimento e um crescimento sustentado na evidência científica. O impacto destas experiências na prática clínica é visível na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, particularmente em contextos críticos. O conhecimento adquirido permitiu consolidar uma prática clínica fundamentada, ajustada às necessidades dos doentes, evidenciando a evolução do percurso formativo.

Deste modo, considero ter alcançado as competências acima referidas através da reflexão crítica, da aplicação de conhecimentos adquiridos e da participação ativa em projetos de investigação, refletindo um percurso de desenvolvimento pessoal, profissional e académico

sustentado na mais recente evidência científica, fundamental para o exercício de uma prática especializada.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS E DE MESTRE DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências específicas são as que “(...) decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento nº140/2019, p.4745).

A especialização em EMC-PSC centra-se na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, entende-se por pessoa em situação crítica aquela “ (...) cuja vida se encontra 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” (Regulamento n.º 429/2018, p.19362).

Tendo em conta estas premissas, procedeu-se à análise reflexiva sobre as atividades planeadas e desenvolvidas, para a aquisição da CE do EEMCPSC.

CE do EEEMC-PSC

a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (Regulamento nº429/2018, p.19633).

Tendo em conta a diversidade e a complexidade dos processos médicos e/ou cirúrgicos vivenciados pela pessoa em situação crítica, bem como pela sua família/cuidador, o EEEMC-PSC atua de forma eficaz mobilizando conhecimentos e competências na identificação das necessidades de intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de cuidados, desenvolvendo uma parceria terapêutica orientada para a prevenção da segurança e da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 429/2018).

A competência de cuidar da pessoa, família e/cuidador em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica foi desenvolvida e aprofundada ao longo das unidades curriculares e dos contextos de estágio, particularmente no SUMC e na UCI, permitindo uma compreensão mais abrangente das necessidades emocionais, informacionais e relacionais que emergem em situações de elevada complexidade e vulnerabilidade.

No contexto do SUMC, a oportunidade de desempenhar um turno no posto destinado à prestação de informação aos familiares e à gestão de visitas constitui um momento privilegiado de aprendizagem, ao permitir contactar diretamente com a ansiedade, incerteza e sofrimento vivenciados pelas famílias perante a hospitalização súbita do seu familiar. Esta experiência exigiu a mobilização de competências de comunicação terapêutica, escuta ativa e gestão emocional, bem como o respeito pelos limites do papel do enfermeiro na transmissão de informação clínica, reforçando a importância de uma abordagem empática, clara e ajustada ao nível de compreensão dos interlocutores.

Em contexto de UCI, a existência de um gabinete preparado para acolher e preparar a família para o primeiro contacto com o doente revelou-se uma estratégia fundamental para mitigar o impacto emocional associado à presença de múltiplos dispositivos médicos necessários à sobrevivência da pessoa em situação crítica. A observação e participação neste processo permitiram compreender a relevância da preparação prévia da família, da explicação dos equipamentos e do enquadramento do estado clínico do seu familiar, promovendo uma aproximação mais humanizada e menos traumática ao ambiente altamente tecnológico da UCI.

Paralelamente, o trabalho desenvolvido na UC de Relação e Comunicação em Saúde, subordinado ao tema: Comunicação de más notícias”, constituiu um contributo fundamental para a abordagem destas situações. A reflexão sobre o protocolo *SPIKE* (*Setting up; Perception; Invitation; knowledge Explore Emotion*); e o método *NURSE* (*Naming; Understanding; Respecting; Supporting; Exploring*) permitiu aprofundar estratégias de comunicação estruturada e empática, orientadas para a transmissão de informação difícil e para o reconhecimento e validação das emoções do doente e da família.

No âmbito da UC Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica I, a realização de estudos de caso sobre diferentes patologias médicas, bem como a sua simulação clínica, constituiu um contributo relevante para o desenvolvimento do raciocínio clínico, da capacidade de tomada de decisão em tempo útil e da articulação entre conhecimento teórico e a prática em contexto de estágio. Estes momentos formativos permitiram antecipar intervenções, identificar prioridades de cuidados e refletir sobre a atuação do EE perante situações complexas e potencialmente instáveis.

Ainda em contexto de estágio na UCI, a realização de um estudo de caso de um doente admitido com o diagnóstico de acidose láctica associada à metformina permitiu aprofundar a compreensão da fisiopatologia da situação clínica, dos fatores de risco envolvidos e das intervenções de enfermagem prioritárias no âmbito da vigilância, monitorização e suporte à pessoa em situação crítica. Esta experiência potenciou o desenvolvimento de pensamento

crítico, da capacidade de integrar dados clínicos e laboratoriais e de ajustar o plano de cuidados à evolução clínica do doente, reforçando a importância de uma atuação especializada, segura e baseada na evidência clínica.

Paralelamente, a mobilização de conhecimentos adquiridos em formações certificadas, nomeadamente em Suporte Avançado de Vida (SAV) (Anexo XII), Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP) (Anexo XIII) e *International Trauma Life Support* (ITLS) (Anexo XIV), revelou-se fundamental para uma resposta mais eficaz e segura perante situações de instabilidade clínica súbita, paragem cardiorrespiratória, compromisso hemodinâmico e situações de trauma. Estes referenciais contribuíram para uma maior capacidade de priorização de intervenções, atuação sistematizada em equipa e tomada de decisão em contextos de elevada pressão e incerteza, frequentemente vivenciados em ambientes críticos.

A articulação entre os contextos de estágio, simulação prática, formação certificada e prática em contexto real de cuidados intensivos e serviço de urgência revelou-se determinante para a consolidação desta competência, permitindo uma abordagem progressivamente mais segura, fundamentada e integrada perante situações de doença crítica e falência orgânica. Acresce ainda a participação no *webinar* intitulado “O Papel do Enfermeiro na Prevenção e identificação precoce da paragem cardiorrespiratória “(Anexo XV), o qual constituiu um contributo relevante para o esforço de conhecimento para a aquisição de competências relacionadas com a deteção precoce de sinais de deterioração clínica e na implementação atempada de intervenções, potenciando a melhoria dos *outcomes* e a segurança da pessoa em situação crítica. A reflexão crítica sobre estas experiências evidenciou o impacto positivo da preparação técnica e relacional na qualidade e segurança dos cuidados prestados, reforçando uma prática especializada centrada na pessoa e na sua família.

CE do EEEMC-PSC

b) Dinamiza a resposta em emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação (Regulamento nº429/2018, p.19633).

Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma emergência, exceção e catástrofe, que coloquem a pessoa em risco de vida (Regulamento nº429/2018, p.19362). Perante estas situações o EEEMC-PSC, deve atuar concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime (Regulamento nº249/2018, p.19362). contudo torna-se fundamental definir estes e conceitos: emergência, exceção e catástrofe.

Assim, a situação de emergência resulta “(...) da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a sua integridade, colocando a sua vida em risco “(Regulamento nº429/2018, p.10362). A situação de exceção consiste “(...) numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre a necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (Regulamento nº429/2018, p.19363). Segundo a Lei de Bases da Proteção Civil a catástrofe é o “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território” (Lei nº 27/2006, p.4696).

Qualquer uma destas situações pode envolver um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde, exigindo um conjunto de atividades desenvolvidas com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, com o melhor uso dos recursos disponíveis (OE, 2017).

Embora as situações de emergência, exceção e catástrofe não constituam uma realidade frequente no nosso país nem no quotidiano das instituições de saúde, fatores como as alterações climáticas, o avanço tecnológico, os conflitos armados e a instabilidade geopolítica têm contribuído para o aumento do seu potencial de ocorrência e complexidade. Neste contexto, estas situações assumem uma crescente relevância, exigindo dos profissionais e das instituições uma preparação sistematizada para a sua gestão e resposta. Neste sentido, torna-se indispensável que as instituições de saúde desenvolvam Planos de emergência, enquanto instrumentos estruturantes de prevenção e atuação face a eventos de grande magnitude, permitindo definir normas, procedimentos e protocolos de intervenção, orientadores da atuação dos profissionais e das organizações nestes contextos (DGS, 2010)

A competência de dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a fase de conceção até à operacionalização no terreno, foi desenvolvida através do contacto direto com os dispositivos institucionais de gestão do risco e com os planos de contingência existentes nos diferentes contextos de estágio. Estas experiências permitiram uma compreensão mais estruturada da organização da resposta institucional e do papel do EE na preparação, articulação e atuação em cenários de elevada complexidade e imprevisibilidade.

Em contexto de UCI, a reunião com o ele dinamizador da gestão do risco possibilitou o conhecimento aprofundado do Plano de Emergência Interna do serviço, bem como a compreensão da sua operacionalidade em caso de ativação, nomeadamente no que se refere aos

circuitos de comunicação, às responsabilidades dos diferentes intervenientes e à organização dos recursos humanos e materiais. Esta abordagem favoreceu a consciencialização para a importância da preparação prévia, da definição clara de funções e da necessidade de treino contínuo da equipa para garantir uma resposta célere, coordenada e segura em situações críticas.

No contexto da ULS onde decorreu o estágio no SUMC, a reunião com um dos coordenadores do Gabinete de Gestão do Risco permitiu conhecer o Plano de Emergência Interno e o Plano de Catástrofe Externo em vigor, bem como os princípios orientadores da sua articulação com as estruturas externas de resposta à emergência. Foi ainda possível compreender que estes planos se encontram em processo de revisão de acordo com as orientações institucionais estabelecidas, destacando-se, como uma das necessidades de melhoria identificadas, a inexistência de um *kit* de catástrofe contemplado no plano atual, apesar da sua existência física na sala de triagem, organizado segundo o método START (*Simple Triage and Rapid Treatment*). Esta lacuna evidenciou a importância da coerência entre os documentos normativos e a prática afetiva no terreno, bem como a necessidade de atualização contínua dos planos de emergência de acordo com a realidade operacional dos serviços.

Na UC de Emergência, Exceção e Catástrofe, foi realizado um plano de evacuação em pequena escala de um serviço de uma unidade hospitalar, com organização da resposta ao nível da gestão de recursos humanos e materiais, o qual foi posteriormente testado em contexto de simulação prática. Esta atividade permitiu desenvolver competências de planeamento, liderança situacional, definição de prioridades e coordenação de equipas, bem como refletir sobre constrangimentos reais associados à evacuação dos doentes em situações de maior dependência e instabilidade clínica.

No domínio da produção e disseminação de conhecimento foi elaborado um poster, fundamentado numa ScR (Apêndice X), intitulado “Impacto da fadiga psicológica dos enfermeiros na resposta a cenários de crise”, o qual foi apresentado no “*1st International Seminar on Implementation Science and Nursing*” (Anexo IX). Este trabalho permitiu aprofundar a compreensão do impacto psicossocial da exposição prolongada a contextos de emergência e catástrofe nos profissionais de saúde, reforçando a importância da implementação de estratégias de apoio e de promoção da resiliência das equipas.

A frequência no seminário (RE)AGIR: Quando o Impossível Acontece (Anexo XVI), possibilitou o contacto com diferentes perspetivas sobre a gestão de recursos e liderança em contextos de emergência e catástrofe, nomeadamente em cenários de conflitos armados, incêndios de grande dimensão, resposta a incidentes críticos e organização da resposta médica

a eventos de exceção. Estes contributos reforçam a importância da liderança em contexto de crise, da tomada de decisão sob pressão e da articulação interinstitucional.

A participação no *webinar* de Enfermagem Forense, integrado na *Forensic Nurses Week*, subordinado ao tema “Homicidas: papel do enfermeiro forense na compreensão do fenómeno” (Anexo XVII), contribuiu para alargar a compreensão do papel do enfermeiro em contextos de violência extrema, frequentemente associados a cenários de exceção, reforçando a necessidade de atuação técnica, ética e legalmente fundamentada.

Por fim, a realização do curso de ITLS (Anexo XIV), constituiu um contributo determinante para a consolidação de competências técnicas e de tomada de decisão em contexto de trauma e emergência pré-hospitalar, permitindo uma abordagem sistematizada, segura e baseada em prioridades na resposta a vítimas em situações de exceção e catástrofe.

A reflexão crítica sobre estas experiências evidenciou que a dinamização da resposta em emergências e catástrofe exige uma preparação contínua, integrada e multidimensional, envolvendo planeamento, treino em contexto simulado, formação certificada, produção de conhecimentos e desenvolvimento de competências de liderança, comunicação e coordenação interprofissional, em consonância com o preconizado no regulamento nº429/2018.

CE do EEEMC-PSC

c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento nº429/2018, p.19364)

Competência de Mestre

d) Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei nº65/2018, p.4162).

As IACS têm grande impacto, quer na qualidade de vida de saúde dos doentes, pelo aumento da morbilidade e mortalidade, quer pelo aumento de custos económicos que acarreta (Gomes *et al.*, 2021). As infeções associadas aos cuidados de saúde, representam um grande desafio no cuidado ao doente crítico, sobretudo na prevenção e controlo de procedimentos invasivos.

O EEEMC-PSC é reconhecido como elemento-chave na resposta à necessidade de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, assumindo um papel fundamental na otimização de estratégias de prevenção de controlo de infeção, com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados e a segurança do doente, considerando a diversidade dos contextos de atuação, a complexidade clínica e a frequência do uso de técnicas invasivas (OE, 2017).

A aquisição desta competência específica, foi desenvolvida de forma progressiva através da integração em contextos especializados e da participação ativa em processos de governação clínica, auditoria, vigilância epidemiológica e implementação de boas práticas, exigindo respostas céleres, adequadas e sustentadas na evidência científica. A opção pela realização de estágio na UL-PPCIRA constitui um contributo determinante para a consolidação desta competência, ao permitir o contacto direto com a elaboração e atualização de normas internas, nomeadamente no âmbito da implementação de rastreios de *Staphylococcus Áureos* Resistente à Meticilina [MRSA], bem como com os processos de monitorização e avaliação de adesão às práticas de prevenção e controlo da infeção.

Neste contexto, a realização dos relatórios de auditoria ao rastreio de MRSA num serviço de internamento cirúrgico da ULS, bem como das auditorias à Higiene das mãos, ao uso de luvas e às Precauções Básicas de Controlo de Infeção [PBCI] na UCI, com a consequente elaboração de planos de intervenção dirigidos a estes serviços, permitiu identificar áreas prioritárias de melhoria e propor estratégias ajustadas à realidade dos contextos assistências. A realização de vigilância epidemiológica e a atualização de procedimentos desatualizados reforçam a importância da monitorização contínua e da adequação das boas práticas à evidência mais recente, com impacto direto na segurança do doente crítico.

Paralelamente, estas experiências potenciaram o desenvolvimento da competência de mestre no domínio da comunicação de conclusões e dos raciocínios subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas. A comunicação dos resultados da ScR aos elos dinamizadores da UL-PPCIRA dos cuidados de saúde hospitalares (Apêndice VII), bem como a apresentação do respetivo poster nessa reunião (Apêndice I), exigiram a capacidade de sintetizar informação científica, adaptar a linguagem ao público-alvo e transmitir mensagens chave de forma clara, objetiva e sem ambiguidades, promovendo a apropriação do conhecimento pelas equipas e a sua transposição para a prática clínica.

Acresce, ainda a apresentação de uma comunicação livre intitulada “Carga de trabalho, dotações seguras e infeções associadas aos cuidados: Que relação existe?”, num evento científico, distinguida com o 2º prémio (Apêndice XII), (Anexo XI), evidenciando a relevância do tema e a pertinência da análise desenvolvida para a melhoria da qualidade e segurança dos

cuidados. De igual modo, no âmbito da UC Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, foi realizado o trabalho “Plano de prevenção e controlo de infeção no Serviço de Esterilização”, posteriormente apresentado em evento científico sob a forma de comunicação livre e distinguido com o 1º prémio (Apêndice XI), (Anexo X), reforçando a capacidade de produção e comunicação de conhecimento científico com impacto prático nos contextos assistenciais.

A frequência do curso “Estratégias/Ferramentas na implementação de práticas de prevenção e controlo de infeção- *Bundles*” (Anexo XVIII), do curso “Estratégias para a gestão da resistência aos antimicrobianos” (Anexo XIX) e do curso “Precauções baseadas nas vias de transmissão” (Anexo XX) constituiu um reforço formativo relevante, ao aprofundar conhecimentos essenciais sobre a adequação das medidas de isolamento e de proteção individual às diferentes vias de transmissão dos microrganismos. Acresce ainda a participação no *webinar* intitulado “Prevenção da Infecção do local cirúrgico: Boas práticas para os enfermeiros” (Anexo XXI), que constituiu um reforço formativo relevante, ao aprofundar conhecimentos essenciais sobre a adequação das medidas de prevenção e controlo de infeção nomeadamente no contexto perioperatório e na redução do risco de infeção do local cirúrgico. A integração destes referenciais na prática clínica contribuiu para uma atuação mais segura, sistematizada e alinhada com as recomendações atuais, potenciando a redução do risco de infeção cruzada e a proteção do doente crítico e dos profissionais de saúde.

A reflexão crítica sobre estas experiências evidenciou que a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos exige não apenas competências técnicas e científicas, mas também capacidade de comunicação eficaz, articulação interprofissional e envolvimento ativo na implementação, monitorização e melhoria contínua das práticas clínicas. Estas evidências reforçam uma postura profissional proativa, crítica e fundamentada, orientada para a segurança da pessoa em situação crítica e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, em consonância com o preconizado no Regulamento nº429/2018 e no Decreto-Lei nº65/2018.

4. CONCLUSÃO

O presente documento descreve e sintetiza o percurso percorrido ao longo durante o Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica. A sua elaboração possibilita a descrição e a análise crítica e reflexiva das atividades e estratégias planeadas e implementadas, com o objetivo da aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC e de mestre em Enfermagem.

O ambiente clínico dos estágios, foram descritos como um elemento fundamental na formação, proporcionando oportunidades únicas de aprendizagem e desenvolvimento de competências, contribuindo para a excelência do processo formativo do Mestrado. A complexidade das situações associadas à PSC impõe a aquisição de competências especializadas, fundamentais para a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

A importância de uma intervenção baseada na mais recente evidência científica, aliada à capacidade de adaptação a contextos exigentes, bem como as experiências vividas, contribuíram para o fortalecimento do pensamento crítico, da liderança, da segurança dos cuidados e da capacitação dos profissionais, consolidando deste modo, a prática de enfermagem especializada. Deste modo, este relatório traduz-se assim num importante contributo para a prática de enfermagem especializada, reforçando o papel do conhecimento na promoção de cuidados, mais seguros e de qualidade.

O percurso apresentado evidência a correspondência com o perfil de mestre, demonstrando capacidade de comunicação eficaz, de análise e resolução de problemas complexos em enfermagem. Enquadra-se igualmente no perfil do EEEMC-PSC, no que, respeita à intervenção em contextos críticos, à tomada de decisão, à promoção da melhoria contínua e ao compromisso com os princípios éticos, deontológicos e legais da profissão.

Os objetivos definidos foram alcançados, nomeadamente a integração do conhecimento teórico com a prática clínica, bem como o desenvolvimento de intervenções baseadas na evidência científica mais recente e a valorização da carga de trabalho de enfermagem, dotações seguras aliadas às competências do EEEMC-PSC na obtenção de melhores resultados de saúde na PSC.

Destaca-se, por fim, o crescimento pessoal e profissional alcançado ao longo deste percurso, refletido na aquisição de competências que sustentam uma prática mais segura, crítica e fundamentada, em consonância com as exigências atuais dos cuidados à pessoa em situação crítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2015). Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências – 11/2015 [PDF]. UIE/ACSS. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2019). Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência – 14/2019 [PDF]. UIE/DRS/ACSS. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2019). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos – RT 13/2019 [PDF]. UIE/ACSS. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2024) Recomendações Técnicas para Instalações de unidade de Cuidados Intensivos, RT 13/2019, versão 2024 Recomendações e Especificações Técnicas do Edifício Hospitalar (min-saude.pt)
- American Psychological Association [APA] (2020). Publication Manual of the American Psychological Association (7^a ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde. (2022). Regulamento de funcionamento: Mestrado em Enfermagem. Consultar em: https://www.ipbeja.pt/cursos/Mestrados/essm_enfermagem/Documents/Regulamento_Funcionamento_Mestrado_em_Enfermagem_Final2022.pdf
- American Association of Critical Care Nurses. (2013). Synergy Model for Patient Care. <https://www.aacn.org/~media/aacn-website/nursing-excellence/standards/aacnsynergymodelforpatient.pdf?la=en>
- American Association of Critical Care Nurses. (2019). AACN synergy model for patient care. Aacn.org. <https://www.aacn.org/nursing-excellence/aacn-standards/synergy-model>

- Acosta Nuñez, J. M., Sandoval Balarezo, G. M., Paredes Garcés, M. G., & Supe Supe, F. A. (2023). Labor load in critical areas and “TISS 28”. *Salud Ciencia y Tecnología*, 3, 385. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023385>
- Almenyan, A. A., Albuduh, A., & Al-Abbas, F. (2021). Effect of nursing workload in intensive care units. *Cureus*, 13(1), e12674. <https://doi.org/10.7759/cureus.12674>
- Alanazi, F. K., Lapkin, S., Molloy, L., & Sim, J. (2023). Healthcare-associated infections in adult intensive care units: A multisource study examining nurses’ safety attitudes, quality of care, missed care, and nurse staffing. *Intensive & Critical Care Nursing: The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 78(103480), 103480. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103480>
- Blot, S., Ruppé, E., Harbarth, S., Asehnoune, K., Poulakou, G., Luyt, C.-E., Rello, J., Klompas, M., Depuydt, P., Eckmann, C., Martin-Loeches, I., Povoas, P., Bouadma, L., Timsit, J.-F., & Zahar, J.-R. (2022). Healthcare-associated infections in adult intensive care unit patients: Changes in epidemiology, diagnosis, prevention and contributions of new technologies. *Intensive & Critical Care Nursing: The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 70(103227), 103227. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103227>
- Bernardino, A. (2020). Carga de Trabalho de Enfermagem. In J. Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp.124-133). Lidel
- Curley, M. A. (2007). The synergy model: From theory to practice. *Synergy: The unique relationship between nurses and patients. The AACN synergy model for patient care*. 1–23.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência [PDF]. Lisboa. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2024). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Direção-Geral da Saúde <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/vigilancia-epidemiologica/hai-net-uci.aspx> Saúde.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 - Competências de Mestre, *Diário da República*, 1.ª série — N.º 157 (2018). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Despacho n.º 15423/2013 do Ministério da Saúde. (2013). *Diário da República*: II Série, nº229. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2013/11/229000000/3456334565.pdf>

- Despacho n. °6386/2023 do gabinete da secretaria de Estado da promoção da Saúde. (2023). Diário da República: II Série, n.º 111 <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2023/06/111000000/0014500146.pdf>
- Despacho n.º 10319/2014 (2014, 11 de agosto) (Portugal). Diário da República II Série, (153/2014). <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>
- Despacho n.º 10901/2022 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde: Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). (2022). Diário da República: II Série, <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>
- da Silva, R. L., da Silva, L. B., & Silva, A. N. A. (2022). Relation between mental workload and hospital infection in the ICU. *Work* (Reading, Mass.), 73(3), 915–925. <https://doi.org/10.3233/wor-205266>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano nacional para a segurança dos doentes 2021-2026. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2010). Orientação: 007/2010 de 06 de outubro de 2010: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2021). HelicsWin.Net 3.3.0 – user manual. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/1218-TED-HelicsWin.Net-user-manual-v4.pdf>
- First. (2022). Hepic—Sistema de informação para vigilância epidemiológica em unidades de saúde. <http://www.first-global.com/Portals/3/pdf/Hepic-2022-PT.pdf>
- Gomes, S., Martins, M., & Alves, M. (2021). Índice de qualidade na manutenção do cateter venoso central num serviço de medicina intensiva. *Revista de Enfermagem Referência, V Série*(Nº 8). <https://doi.org/10.12707/rv20181>
- Hartigan, R. C. (2000). The Synergy Model in Practice. Establishing Criteria for 1:1 Staffing Ratios. *Critical Care Nurse*. Vol. 20. No 2. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em https://www.researchgate.net/publication/11488370_The_Synergy_Model_Establishing_criteria_for_11_staffing_ratios
- Herrington, C. (2010). Theory critique: AACN Synergy model.

- International Council of Nurses (ICN). (2006). Safe staffing saves lives ICN - International Council of Nurses. ed., Geneva. Retrieved <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2006.pdf>.
- Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República: Segunda alteração ao Estatutos da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: I pdf Série, n.º 181. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105>.
- Lei n.º 27/2006 da Assembleia da República: Aprova a Lei de Bases da Protecção Civil. (2006). Diário da República: I Série, n.º 157 <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/07/12600/46964706.pdf>
- Ministério da Saúde. (2016b). *AValiação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Ministério da Saúde [MS]. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva. [PDF]. República Portuguesa. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Mynaříková, E., Jarošová, D., Janíková, E., Plevová, I., Polanská, A., & Zeleníková, R. (2020). Occurrence of hospital-acquired infections in relation to missed nursing care: a literature review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 11(1), 43–49. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2020.11.0007>
- MacPhee, M., Dahinten, V. S., & Havaei, F. (2020). *The impact of heavy perceived nurse workloads on patient and nurse outcomes*. *Journal of Advanced Nursing*.
- Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos*, 17, 3-9. Consultar em: <http://hdl.handle.net/10400.26/9215>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação em enfermagem*. Departamento de Enfermagem, escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de setubal
- Nunes, L., & Amaral, G. (2022). Sobre os Fundamentos do Agir Profissional em Enfermagem - Manual de Ética, Direito e deontologia Profissional. Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde - Departamento de Enfermagem. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41867/1/Sobrefundamentos%20_EDDP%20I%20%20vol%20I%20Etica%20e%20Deontologia%20set2022_compr.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento nº 316/2015, 26 de junho – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª série - Nº 123 Consultar em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho – Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série – Nº135 Consultar em : <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017a). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; na área de enfermagem à pessoa em Situação Paliativa; na área da Pessoa em Situação Perioperatória; na área da Pessoa em Situação Crónica [PDF]. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade_emc_rev.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2020). Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Genebra: Organização Mundial da Saúde <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. World Health Organization. ISBN 978-92-4-003270-5 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>
- Oliveira, A. C., Garcia, P. C. & Nogueira, L. S. (2016). Carga de Trabalho de Enfermagem e ocorrência de eventos adversos na terapia intensiva: revisão sistemática. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 50 (4), 679-689.
- Pereira, N. & Andrade, P. (2020). A prevenção e controlo de infeção: um esforço conjunto. Gazeta Médica. <https://doi.org/10.29315/gm.v7i2.361>
- Pina, M.G.S. (2021). Evolução Histórica da Prevenção e Controlo de Infeção em Portugal e Atualidade. In M. Ferreira, A. Nogueira, C. Ferreira (Ed). *Prevenção e Controlo de Infeção em Cuidados de Saúde* (pp.19-31). Quântica Editora. Porto

- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série - Nº26 Consultar em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, Regulamento n.º 743/2019 (2019, 25 de setembro) (Portugal). Diário da República II Série (184/2019). <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>
- Regulamento n.º 613/2022 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento que define o ato do enfermeiro. (2022). Diário da República: II Série, n.º 179. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. (2018). Diário da República: II Série, n.º 135. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Ross, P., Howard, B., Ilic, D., Watterson, J., & Hodgson, C. L. (2023). Nursing workload and patient-focused outcomes in intensive care: A systematic review. *Nursing & Health Sciences*, 25(4), 497–515. <https://doi.org/10.1111/nhs.13052>
- Rosinhas, A., Gomes, A., Ribeiro, D., Lourenço, I., Peixoto, N., Cid, S., Ramos, S., Fernandes, S., Peixoto, T. (2020). Sistemas de Informação em Enfermagem e Tomada de Decisão Clínica dos Enfermeiros. In J. Pinho (Ed). *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp.342-348). Lidel
- Serviço Nacional da Saúde [SNS] (n.d.) Site da Transparência do SNS
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2024). *SCLINICO Hospitalar*. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>
- Uchmanowicz, I., Lisiak, M., Wleklik, M., Pawlak, A. M., Zborowska, A., Stańczykiewicz, B., Ross, C., Czapla, M., & Juárez-Vela, R. (2024). The impact of rationing nursing care on patient safety: A systematic review. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 30, e942031. <https://doi.org/10.12659/MSM.942031>
- Unidade Local de Saúde [ULS] (2025). Regulamento Interno da UL-PPCIRA.
- World Health Organization (2002). Prevention of Hospital Acquired Infections- A practical Guide. (2nd ed). Retrieved from:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67350/WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12.pdf

World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care.

APÊNDICES

Apêndice I – Resumo da *Scoping Review*: O Impacto da carga de trabalho de enfermagem na incidência de infeções associadas aos cuidados no doente crítico.

O Impacto da carga de trabalho de enfermagem na incidência de infecções associadas aos cuidados no doente crítico

Resumo

Enquadramento: As infeções associadas aos cuidados de saúde mantêm elevada prevalência nas unidades de cuidados intensivos, sendo a carga de trabalho de enfermagem um fator organizacional com impacto potencial na adesão às práticas de prevenção e nos resultados clínicos.

Objetivo: Mapear a evidência sobre a relação entre a carga de trabalho de enfermagem e as infeções associadas aos cuidados de saúde em doentes adultos em situação crítica.

Metodologia: Revisão exploratória conduzida segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute e reportada conforme as diretrizes PRISMA-ScR. A pesquisa foi realizada nas bases PubMed, Scopus, MEDLINE e CINAHL, incluindo estudos publicados entre 2019 e 2024. Os dados foram analisados por síntese descritiva e temática.

Resultados: Foram incluídos nove estudos. Verificou-se associação consistente entre maior carga de trabalho e aumento da incidência de infeções, nomeadamente pneumonia associada à ventilação mecânica, infeção urinária e infeção da corrente sanguínea associadas a cateter. Cuidados omitidos/raionados e carga mental emergiram como mecanismos explicativos.

Conclusão: Ajustar a dotação e implementar estratégias organizacionais baseadas na carga de trabalho pode contribuir para prevenir infeções em UCI.

Palavras-chave: Carga de trabalho; Enfermagem; Infecções associadas aos cuidados de saúde; Unidades de cuidados intensivos; Segurança do doente

Apêndice II: Procedimento associado ao “Feixe de Intervenções” para a prevenção da Infecção urinária associada ao cateter vesical

 REPÚBLICA PORTUGUESA	 SAÚDE	 SNS	 SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE		NR.1	
Procedimentos associados ao "Feixe de intervenções" para a prevenção da Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical				REVISÃO		FOLHA
				Nº1	00	1/7
				11/2025	00/00	

SUMÁRIO

1. OBJETIVO
2. APLICAÇÃO
3. REFERÊNCIAS
4. ENQUADRAMENTO
5. REQUISITOS
6. RESPONSABILIDADES
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
8. ANEXOS

CONTROLE DE PUBLICAÇÃO		
ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
NOME: Ana Cristina Pequeto Pereira		
DATA: 11/11/2025	DATA: 9/11/2015	
ASSINATURA:	ASSINATURA:	
		DATA:

 REPÚBLICA PORTUGUESA	 SAÚDE	 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE		NR.xxx.x		
Procedimentos associados ao "Feixe de intervenções" para a prevenção da Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical				REVISÃO	FOLHA	
				Nº	00	2/7
				Mês/Ano	00/00	

1. OBJETIVO

Padronizar a atuação dos profissionais de saúde, promovendo a adesão às recomendações da Direção Geral de Saúde (DGS), assegurando a qualidade e segurança dos cuidados prestados

2. APLICAÇÃO

A todos os utentes do submetidos a cateterização vesical na área do serviço de urgência

3. REFERÊNCIAS

Centres for Disease Control and Prevention (CDC) (2019). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009.

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015). Norma Clínica: 019/2015 atualizada a 29 de Novembro de 2022. "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da infecção Urinária Associada a cateter vesical.

European Association of Urology Nurses. (2024). Indwelling catheterisation in adults: Urethral and suprapubic. <https://nurses.uroweb.org/guideline/indwelling-catheterisation-in-adultsurethral-and-suprapubic/>

4. ENQUADRAMENTO

De acordo com o Centers for Disease Control and Prevention (CDC,2019), a Infecção do Trato Urinário (ITU) é o tipo mais comum de Infecção Associada aos cuidados de Saúde (IACS), representando mais de 30% das infeções em hospitais de agudos e, de acordo com a European Association of Urology Nurses (EAUN,2024) entre 70% a 80% das ITUs estão relacionadas com o uso e manuseamento de cateteres vesicais, tornando essencial a implementação de estratégias para a prevenção e controlo deste evento adversos.

É atualmente reconhecido que infeções urinárias relacionadas com cateter vesical são em larga medida evitáveis quando são usadas estratégias que incluam a redução do

 REPÚBLICA PORTUGUESA	 SAÚDE	 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE		NR.xxx.x		
Procedimentos associados ao "Feixe de intervenções" para a prevenção da Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical				REVISÃO	FOLHA	
				Nº	00	3/7
				Mês/Ano	00/00	

número de algaliações desnecessárias e orientações na sua colocação e manutenção, baseadas na melhor evidência científica.

A norma da DGS-019/2025, atualizada em 29 de Agosto de 2022, estabelece um conjunto de intervenções sistemáticas a aplicar de forma integrada, com o objetivo de reduzir a incidência de infeções do trato urinário associadas ao cateter vesical (ITU_CV).

5. REQUISITOS

Que sejam verificados e respeitados todos os princípios referidos no ponto 7.

6. RESPONSABILIDADES

Médicos e Enfermeiros do Serviço de Urgência

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

7.1 No doente submetido a cateterização vesical, para prevenir a infeção associada as cateteres vesicais têm de ser implementadas de forma integrada as seguintes intervenções:

- Evitar o cateterismo vesical e documentar no processo clínico, a indicação apropriada para a utilização de cateter vesical (realizar cateterismo vesical, apenas se houver uma indicação apropriada; considerar alternativas à inserção do cateter vesical e documentar a alternativa);
- Cumprir a técnica assética no procedimento de cateterismo vesical:
 - Conectar o cateter vesical a um sistema de drenagem fechado. O cateter vesical pode ser conectado ao saco de drenagem antes da sua inserção
 - Cumprir o cateterismo vesical recorrendo à utilização de Kits de cateterismo vesical pré-preparados (fig.1) promove a uniformização de procedimentos:
 - Garantir que haja uma seleção adequada de cateteres vesicais selecionando o cateter apropriado (menor calibre possível, comprimento adequado, tipo de cateter);
 - Utilizar material esterilizado para a inserção vesical: aplicar solução estéril para a higiene do meato urinário e lubrificante estéril de uso individualizado

 REPÚBLICA PORTUGUESA	 SAÚDE	 SNS	 SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE		NR.xxx.x	
Procedimentos associados ao "Feixe de intervenções" para a prevenção da Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical				REVISÃO		FOLHA
				Nº	00	4/7
				Mês/Ano	00/00	

- c) Cumprir a técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado:
 - Realizar a higiene das mãos antes e após o manuseamento do cateter vesical e sistema de drenagem;
 - Adotar as precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), como o uso de luvas e avental durante o manuseamento do cateter e sistema de drenagem;
 - Drenar a urina do saco coletor sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade, para recipiente individual, evitando tocar com a válvula de despejo nas paredes do recipiente, mantendo o cateter vesical conectado ao sistema de drenagem em circuito fechado do sistema de drenagem, mantendo o circuito fechado.
 - Efetuar colheitas de urina para exame microbiológico pelo local próprio
- d) Realizar a higiene diária do meato urinário, pelo doente (quando possível) ou pelos profissionais de saúde:
 - Efetuar a higiene do meato urinário com água e sabão durante o banho diário e sempre que necessário;
 - Limpar o cateter (segurar, iniciar no meato e percorrer +/- 10cm) e secar no mesmo sentido
 - Realizar a higiene das mãos antes e após a higiene do meato urinário.
- e) Manter o cateter vesical seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga (sem tocar no chão) e esvaziar sempre que tenha atingido 2/3 da sua capacidade:
 - Correta fixação com dispositivo apropriado (fig.2). No homem a correta fixação do cateter vesical deve ser no abdómen (fossa iliaca) ou na região superior da coxa e na Mulher deve ser na face interna da coxa, para prevenir os movimentos do cateter e pontos de fricção na uretra.
 - Manter o fluxo contínuo de urina e sistema de drenagem desobstruído.
- f) Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível e registar no processo clínico as razões para a necessidade de manter cateter
- g) Devem ser efetuadas auditorias internas, pelo menos trimestralmente no âmbito da implementação do presente procedimento (Anexo2).

7.2. Execução dos registos clínicos

7.2.1. Registos de Enfermagem efetuados no Sclínico, relacionados com a prevenção da ITU.

7.3. Deve constar do processo clínico a decisão fundamentada da eventual impossibilidade de aplicação do presente procedimento.

 REPÚBLICA PORTUGUESA	SAÚDE  SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE			NR..XXX.X	
Procedimentos associados ao "Feixe de intervenções" para a prevenção da Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical			REVISÃO		FOLHA
			Nº	00	5/7
			Mês/Ano	00/00	

7.4. O conteúdo do procedimento será atualizado sempre que a evidência científica assim o justifique.

8. ANEXOS

Anexo 1- Fig.1: Kit de cateterismo vesical

Fig.2: Dispositivo de fixação de cateter vesical

Anexo 2 – Instrumento de auditoria interna da DGS

		NR.xxx.x		
Procedimentos associados ao "Feixe de intervenções" para a prevenção da Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical		REVISÃO		FOLHA
		Nº	00	6/7
		Mês/Ano	00/00	

Anexo 1



Fig1. Kit de cateterismo vesical



Fig.2- dispositivo de fixação de cateter vesical

 REPÚBLICA PORTUGUESA	 SAÚDE	 SNS	SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE		NR. xxx.x
Procedimentos associados ao "Feixe de intervenções" para a prevenção da Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical					REVISÃO
					FOLHA
					7/7

Anexo 2

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma "Feixe de Intervenções" de Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical				
Unidade de Saúde:				
Serviço:				
Data: / / Equipa auditadora:				
Implementação do Feixe de Intervenções no momento de Colocação do Cateter Vesical				
CRITÉRIOS	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA /PONTE
1. Existe evidência de que é efetuada avaliação da possibilidade de evitar o cateterismo vesical e de que é documentada no processo clínico, a indicação apropriada da utilização de cateter vesical				
2. Existe evidência de que é efetuado cumprimento da técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE GLOBAL DE CONFORMIDADE	%			
Implementação do Feixe de Intervenções no momento de Manutenção do Cateter Vesical				
CRITÉRIOS	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA /PONTE
3. Existe evidência de que é efetuado cumprimento da técnica limpa, nomeadamente com higiene das mãos e uso de luvas e avental, no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, de forma individualizada, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado				
4. Existe evidência de que é realizada a higiene diária do meato urinário, pelo doente (quando possível) ou pelos profissionais de saúde com ação de educação para a saúde dirigido ao doente e cuidadores sobre cuidados de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical				
5. Existe evidência de que é mantido cateter vesical seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga e esvaziado sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade				
6. Existe evidência de que é efetuada avaliação diária da possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível e registar diariamente no processo clínico as razões para manter o cateter vesical				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE GLOBAL DE CONFORMIDADE	%			

Avaliação de cada elemento (linha): $x = \frac{\text{Total de respostas a um elemento da Folia (Sim)}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (x\%)$ de%

Apêndice III: Instrução de Trabalho - Despejos de sacos de drenagem de urina

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO – Despejos de sacos de drenagem de urina UL-PPCITA.IT.03	Versão 2	Data de revisão 2025
--	---	-------------	--------------------------------

OBJETIVO(S)

Estabelecer instrução claras, sobre o procedimento associado ao despejo de sacos de drenagem de urina, na [REDACTED], para prevenir a infeção do trato urinário associado ao cateter vesical

DESTINATÁRIOS

Esta instrução de trabalho aplica-se a todos os Técnicos Auxiliares de Saúde (TAS) da Unidade Local de Saúde [REDACTED] – Entidade Pública Empresarial [REDACTED].

TERMOS, DEFINIÇÃO, SIGLAS E ABREVIATURAS

Algáliação ou cateterização vesical: consiste na introdução de uma algália através da uretra até à bexiga, de modo a escoar a urina.

CA: Conselho de Administração

EPI: Equipamento de Proteção Individual

Torneira de esvaziamento: válvula de saída de urina localizada na base do saco de drenagem, que permite a drenagem de urina, sem a necessidade de desconectar o saco do cateter

SABA: Solução Antisséptica de Base Alcoólica

Sistema de drenagem fechado: método de drenagem em que o cateter vesical e o saco se mantêm continuamente conectados

UL-PPCIRA: Unidade Local de Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos.

[REDACTED]

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Este procedimento deve ser efetuado por pessoal com a respetiva formação.

O saco de drenagem deve ser esvaziado apenas quando necessário, sob orientação/indicação do enfermeiro (por exemplo: sempre antes do transporte do doente, para evitar o refluxo, ou quando se encontrar a 2/3 da sua capacidade), da

Revisão por: Ana Pereira- Aluna de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica PSC	10/12/2025		Data de aprovação	1/4
---	------------	--	----------------------	-----

		INSTRUÇÃO DE TRABALHO – Despejos de sacos de drenagem de urina UL-PPCITA.IT.03	Versão 2	Data de revisão
				2025

seguinte forma:

1. Recolher todo o material para um carro de apoio previamente limpo:
 - Luvas de uso único
 - Toalhetes de papel descartáveis
 - Compressas
 - Álcool a 70%
 - Avental descartável
 - Máscara de procedimentos (opcional)
2. Realizar a higiene das mãos com SABA antes da colocação das luvas;
3. Usar luvas, avental e máscara (opcional) durante a manuseamento do sistema de drenagem,
4. Levar o recipiente de despejo individual até ao saco de drenagem, evitando tocar com a torneira de esvaziamento nas paredes do recipiente,
5. Desinfetar a torneira de esvaziamento antes da sua abertura com uma compressa embebida em álcool a 70% e efetuar o despejo. No caso de utilização de sacos de despejo, estes devem ser individualizados e de uso único,
6. Voltar a desinfetar a torneira de esvaziamento com compressa embebida em álcool a 70%, evitando que goteje,
7. Assegurar que o saco de drenagem permanece na posição adequada (abaixo do nível da bexiga), em suporte próprio, e não colocar o saco no chão;
8. Recolher a torneira de esvaziamento no suporte incluído no saco de drenagem, se aplicável,
9. Levar o recipiente de despejo até ao carro de apoio, tapado com um toalhete de papel descartável,
10. Retirar as luvas e avental, e descartar no contentor de resíduos grupo I/II,
11. Realizar a higiene das mãos com SABA ou água e sabão,
12. Efetuar o registo da quantidade de urina (se aplicável),
13. Se necessário fazer mesmo procedimento noutro utente, colocar novos equipamentos de proteção individual (EPI) - luvas e avental - e efetuar o despejo como nos pontos 4 a 9,

Revisão por: Ana Pereira- Aluna de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica PSC	10/12/2025		Data de aprovação	2/4
---	------------	--	----------------------	-----

		INSTRUÇÃO DE TRABALHO – Despejos de sacos de drenagem de urina UL-PPCITA.IT.03	Versão 2	Data de revisão 2025
---	--	---	-------------	--------------------------------

14. No final dos procedimentos, levar carro de apoio até zona suja e efetuar os despejos dos recipientes individuais na pia de despejos;
15. Efetuar a limpeza e desinfecção de todo o material e equipamentos;
16. Descartar EPI;
17. Realizar a higiene das mãos com SABA ou água e sabão.

Revisão por: Ana Pereira- Aluna de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica PSC	10/12/2025		Data de aprovação	3/4
---	------------	--	----------------------	-----

		INSTRUÇÃO DE TRABALHO – Despejos de sacos de drenagem de urina UL-PPCITA.IT.03	Versão 2	Data de revisão 2025
---	--	---	-------------	----------------------------

DOCUMENTOS ASSOCIADOS

- Higiene das mãos ULPPCIRA.04
- Política de descontaminação de dispositivos médicos e equipamentos- UL-PPCIRA.20
- Precauções básicas em Controlo de infeção UL-PPCIRA.03
- Procedimento multissetorial para prevenção da Infecção do trato urinário em doentes algaliados UL-PPCIRA.21

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral da Saúde (DGS) (2015). Norma clínica:019/2025 atualizada a 9 de novembro de 2022. "Feixe de Intervenção" para a Prevenção da Infecção urinária Associada ao Cateter Vesical.
- European Association of Urology Nurses (EAUN) (2024). Indwelling Catheterisation in adults: urethral and suprapubic. https://nurses.uroweb.org/guideline/indwelling_catheterisation-in-adultsurethral-and-suprapubic/

Revisão por: Ana Pereira- Aluna de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica PSC	10/12/2025		Data de aprovação	4/4
---	------------	--	----------------------	-----

Apêndice IV – Procedimento multissetorial para a prevenção da infeção urinária em doentes algaliados

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [Redacted]	Procedimento Multissetorial para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário em doentes algaliados UL-PPCIRA.21	Versão V02	Data de revisão 2026
--	---	---------------	----------------------------

1. OBJETIVO(S)

Estabelecer o procedimento para a prevenção da infeção associada ao cateter vesical na Unidade Local de saúde do [Redacted] – Entidade Publica Empresarial [Redacted]

2. DESTINATÁRIOS:

Este procedimento aplica-se a todos os profissionais de saúde da [Redacted] intervenientes no processo.

3. DIPLOMAS LEGAIS QUE SUPORTAM O PROCEDIMENTO

- Centres for Disease Control and Prevention (CDC) (2019). Guideline for Prevention of Cateter-Associated Urinary Tract infection, 2009.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2015). Norma clínica: 019/2025 atualizada a 9 de novembro de 2022. "Feixe de Intervenção" para a Prevenção da Infecção urinária Associada ao Cateter Vesical.
- Europran Association of Urology Nurses (EAUN) (2024). Indwelling Catheterisation in adults: urethral and suprapubic. <https://nurses.uroweb.org/guideline/indwelling.catheterisation-in-adultsurethral-and-suprapubic/>

4. TERMOS, DEFINIÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

CA: Conselho de administração

CDC: Centers for Diseases Control and Prevention

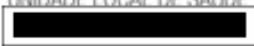
Cateterização vesical ou algaliação: consiste na introdução de uma algália através da uretra até à bexiga, de modo a escoar a urina.

CAUTI: Infecção do trato urinário associado ao cateter vesical.

HIPAC: Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee

Infecção associada aos cuidados de saúde (IACS): condição sistémica ou localizada, resultante de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso

Ana pereira- aluna de mestrado em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica	22/1/2026	Identificação de quem aprova	Data de aprovação	1/9
--	-----------	---------------------------------	----------------------	-----

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE 	Procedimento Multissetorial para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário em doentes algaliados UL-PPCIRA.21	Versão V02	Data de revisão 2026
---	---	---------------	----------------------------

ou de uma toxina, que não estava presente ou em incubação no momento da admissão na unidade hospitalar, ocorrendo após as primeiras 48 horas de internamento.

ITU: Infecção do Trato urinário

Porta de recolha: a maioria dos sacos de drenagem/sacos coletores tem uma porta de recolha especialmente concebida para obter amostra de urina, mantendo o sistema fechado.

Sistema de drenagem fechado: método de drenagem em que o cateter vesical e o saco se mantêm continuamente conectados

ULSAC: Unidade local de saúde do Alentejo Central

UL- PPCIRA: Unidade local de Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

5. RESPONSABILIDADES

É responsabilidade do CA garantir a existência de sistemas e recursos que facilitem a implementação do procedimento.

É responsabilidade da UL-PPCIRA elaborar este procedimento e colaborar na implementação deste procedimento.

É responsabilidade dos profissionais de saúde a implementação deste procedimento.

Ana pereira- aluna de mestrado em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica	22/1/2026	Identificação de quem aprova	Data de aprovação	2/9
--	-----------	---------------------------------	----------------------	-----

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE 	Procedimento Multissetorial para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário em doentes algaliados UL-PPCIRA.21	Versão V02	Data de revisão 2026
--	---	---------------	----------------------------

6. ENQUADRAMENTO

De acordo com o Centers for Disease and Prevention (CDC,2019), a Infecção do trato urinário (ITU) é o tipo mais comum de IACS, representando mais de 30% das infeções em hospitais de agudos, e de acordo, com a European Association of Urology Nurses (EAUN,2024) entre 70% a 80% das ITU estão relacionadas com o uso e manuseamento de cateteres vesicais, tornando essencial a implementação de estratégias para a prevenção deste evento adverso. Além disso, a bacteriúria geralmente leva ao uso desnecessário de antimicrobianos, e os sistemas de drenagem urinária são frequentemente reservatórios de bactérias multirresistentes e uma fonte de transmissão para outros doentes (CDC,2019).

É atualmente reconhecido que infeções urinárias relacionadas com o cateter vesical são em larga medida evitáveis quando são usadas que inclusão a redução do número de algaliações desnecessárias e orientações na sua colocação e manutenção estratégias

O agente microbiano mais frequente responsável por estas infeções é a *Escherichia coli*, mas também podem estar envolvidas outras *Enterocacteriaceae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Staphylococcus spp.*, *Enterococcus spp.* E fungos leveduriformes. Muitos destes microrganismos fazem parte da flora intestinal endógena do doente, mas podem também ser adquiridos por contaminação cruzada de outros doentes, através dos profissionais de saúde ou por exposição a equipamentos ou soluções contaminadas.

A progressão do microrganismo no trato urinário do doente com cateter vesical pode ser feita por via extraluminal (entre a mucosa e a parede exterior da algália, durante a algaliação, ou ascendendo do períneo através da mucosa contígua à parte externa da algália) ou por via intraluminal (pelo lúmen interno da algália, quando os microrganismos ascendem ao lúmen por quebra do circuito fechado do sistema de drenagem).

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

SISTEMA DE CATEGORIZAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DO CDC/HIPAC

Categoria IA	Fortemente recomendada para implementação e bem
--------------	---

Ana pereira- aluna de mestrado em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica	22/1/2026	Identificação de quem aprova	Data de aprovação	3/9
---	-----------	------------------------------	-------------------	-----

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE 	Procedimento Multissetorial para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário em doentes algaliados UL-PPCIRA.21	Versão V02	Data de revisão 2026
---	---	---------------	----------------------------

	suportada por estudos epidemiológicos, clínicos e ou experimentais.
Categoria IB	Fortemente recomendada para implementação e suportada por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e forte fundamentação teórica.
Categoria IC	Exigida/Recomendada a sua implementação por regulação estatal ou por entidades internacionais, por leis, normas ou regulamentos.
Categoria II	A implementação é sugerida e suportada por estudos clínicos ou epidemiológicos sugestivos, ou por fundamentação teórica ou por consenso de peritos.
Questão não resolvida	Não está disponível nenhuma recomendação, ou não existe consenso ou evidência suficiente em relação à sua eficácia.

7.1 Indicação para algaliação

- a) Algaliar quando for estritamente necessário, considerando os métodos alternativos ao dispor (categoria IB);
- b) Documentar no processo clínico, a indicação apropriada para a utilização do cateter vesical (categoria II);
- c) Avaliar e registar diariamente as razões da necessidade de manter o cateter, retirando-o logo que possível (categoria IB);

7.2 Inserção do cateter vesical

- a) A cateterização vesical só deve ser realizada por profissionais com formação /treino e experiência na realização deste procedimento (médicos e enfermeiros) (categoria IB);
- b) A escolha da algália dependerá da avaliação prévia do doente e do tempo previsto de algaliação (categoria II)
- c) Selecionar o calibre mais pequeno da algália que permita um adequado fluxo urinário;
- d) Utilizar equipamento de proteção individual (categoria IB)
- e) Utilizar técnica assética na colocação da algália, conforme a instrução de trabalho "Algaliação- UL-PPCIRA.IT.02" (categoria IB)

Ana pereira- aluna de mestrado em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica	22/1/2026	Identificação de quem aprova	Data de aprovação	4/9
--	-----------	---------------------------------	----------------------	-----

	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [Redacted]	Procedimento Multissetorial para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário em doentes algaliados UL-PPCIRA.21	Versão V02	Data de revisão 2026
---	--------------------------------------	---	---------------	----------------------------

- f) Assegurar a correta fixação do cateter vesical, de forma a evitar eventos adversos, como deslocamento, trauma tecidual (necrose), inflamação e ITU (categoria IB). No **homem** a correta fixação do cateter vesical deve ser no abdómen (Fossa Iliaca) ou na região superior da coxa, na **mulher** deve ser na face interna da coxa (categoria II).

7.3. Troca de cateter

- Avaliar a necessidade de troca de cateter e a necessidade de realgaliação (categoria IB);
- Utilizar a técnica assética para a troca de cateter (categoria IB)
- A troca de cateter depende do material do cateter. Um cateter de látex deve ser trocado após 2 semanas. Um cateter de silicone deve ser trocado após 2 semanas, a menos que sejam identificados problemas relacionados com o mesmo, como por exemplo obstrução ou outros danos;
- Desinfluar o balão do cateter a retirar de forma passiva;
- Os antibióticos não devem ser administrados de forma rotineira antes da troca do cateter, no entanto, para doentes em risco de infeção, fica ao critério médico;
- Proceder, a colocação do cateter, conforme a instrução de trabalho “Algáliação- UL PPCIRA.02”.

7.4 Manutenção e manuseamento do sistema de drenagem vesical

- Higienizar as mãos antes e depois da manipulação do sistema de drenagem; (categoria IB)
- Realizar a higiene do períneo com água e sabão diariamente e sempre que necessário; (categoria IB)
- Substituir o sistema de drenagem apenas quando clinicamente justificado (ex: na troca de cateter vesical, obstrução, necessidade de

Ana pereira- aluna de mestrado em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica	22/1/2026	Identificação de quem aprova	Data de aprovação	5/9
---	-----------	------------------------------	-------------------	-----

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE 	Procedimento Multissetorial para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário em doentes algaliados UL-PPCIRA.21	Versão V02	Data de revisão 2026
---	---	---------------	----------------------------

realizar lavagem vesical ou por degradação). O saco de drenagem deve ser sempre esterilizado;

- d) Em caso de desconexão do cateter ao saco coletor, ou se necessário a sua substituição utilizar técnica assética para repor o circuito, desinfetando a extremidade da algália com álcool a 70%. (categoria IB)
- e) Garantir o livre fluxo de urina, evitando obstrução no circuito de drenagem;
- f) Esvaziar o saco de drenagem antes da mobilização e/ou transporte do doente;
- g) Manter o balão corretamente insuflado;
- h) Evitar o refluxo de urina, mantendo o saco coletor sempre abaixo do nível da bexiga, em suporte próprio, sem tocar no chão (categoria IB);
- i) As irrigações, instilações ou lavagens não estão recomendadas a não ser haja indicação clínica (ex: pós-operatório de cirurgia urológica, hematúria franca, obstrução, drenagem inadequada ou instilação de medicação)
- j) Manter o doente bem hidratado, de acordo com a sua situação clínica.
- k) Verificar diariamente a necessidade de manter o cateter vesical, retirando-o logo que possível e registar diariamente no processo clínico as razões para a sua manutenção (categoria IB)

7.5 Esvaziamento do saco de drenagem de urina

- a) Este procedimento deve ser realizado por pessoal com a respetiva formação.
- b) O saco de drenagem deve ser esvaziado quando se encontrar a 2/3 da sua capacidade e, quando necessário, sob orientação/indicação do enfermeiro, do modo que consta na instrução de trabalho "Despejos de sacos de drenagem de urina- UL PPCIRA. IT.03". (categoria IB)

7.6 Educação de doentes e cuidadores

Ana pereira- aluna de mestrado em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica	22/1/2026	Identificação de quem aprova	Data de aprovação	6/9
--	-----------	---------------------------------	----------------------	-----

	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [Redacted]	Procedimento Multissetorial para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário em doentes algaliados UL-PPCIRA.21	Versão V02	Data de revisão 2026
---	--------------------------------------	---	---------------	----------------------------

a) Quando se verifica a necessidade de manutenção de algaliação após a alta, os doentes e seus cuidadores devem receber informação e treino adequado:(categoria IB)

- Cuidados a ter na manutenção e manuseamento do cateter,
- Importância de manter uma adequada higiene do meato urinário
- Frequência da troca do cateter,
- Local onde se deve dirigir para a troca do cateter,
- Como reconhecer o início da infeção,
- Importância de se hidratar.

7.7 Colheita de urina

- a) A colheita de urina para análise não deve ser realizada de forma rotineira em todos os doentes com cateter de longa duração, uma vez que todos os doentes terão bactérias presentes na urina. A solicitação injustificada ou a recolha inadequada de urina para análise em doentes com cateter leva muitas vezes à ocorrência de eventos adversos, incluindo o tratamento excessivo de antimicrobianos e consequentemente o desenvolvimento de organismos multirresistentes.
- b) A amostra de urina para cultura deve ser obtida antes do início da terapia antimicrobiana para ITU presumida, devido ao amplo espectro de organismos potencialmente infecciosos e ao aumento da probabilidade antimicrobiana.
- c) Se for necessário um pequeno volume de urina, esta deve ser obtida utilizando técnica assética, a partir da porta de recolha, sem agulha, por aspiração com seringa, após desinfetar a porta com álcool a 70%.

Ana pereira- aluna de mestrado em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica	22/1/2026	Identificação de quem aprova	Data de aprovação	7/9
---	-----------	------------------------------	-------------------	-----

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE 	Procedimento Multissetorial para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário em doentes algaliados UL-PPCIRA.21	Versão V02	Data de revisão 2026
---	---	---------------	----------------------------

- d) Caso seja necessário grandes volumes de urina para análise especiais (não cultura), deve ser colhida de forma assética a partir do saco de drenagem.
- e) Se o cateter de longa duração estiver colocado há mais de 14 dias, deve ser substituído e a urina deve ser recolhida do novo cateter, para que a amostra seja representativa dos microrganismos realmente presentes na bexiga e não dos microrganismos que aderiram à parede interior do cateter.
- f) Para colheita de urina para cultura a partir de um novo cateter ou de sonda vesical, deverá ser utilizado lubrificante estéril à base de água e não antisséptico
- g) A indicação para proceder a análise de urina não é critério para se manter a algália. Quando o cateter vesical deixar de ser necessário, deve ser removido e a colheita de urina obtida por micção ou com sonda de esvaziamento se o doente não colaborar.
- h) **Procedimento:**
- I. Clampar o sistema de drenagem (se não houver urina visível no tubo de drenagem) a alguns centímetros distalmente à porta de amostragem;
 - II. Limpar a porta de amostragem com álcool a 70% e deixar secar;
 - III. Conectar a seringa à porta de amostragem e aspirar a quantidade necessária de urina (categoria IB);
 - IV. Retirar a seringa e transferir a amostra de urina para um recipiente estéril;
 - V. Desclampar o sistema de drenagem;
 - VI. Limpar a porta de amostragem com álcool a 70%

7.8 Infecção do trato urinário associado ao cateter vesical

Ana pereira- aluna de mestrado em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica	22/1/2026	Identificação de quem aprova	Data de aprovação	8/9
--	-----------	---------------------------------	----------------------	-----

	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE 	Procedimento Multissetorial para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário em doentes algaliados UL-PPCIRA.21	Versão V02	Data de revisão 2026
--	----------------------------	---	---------------	----------------------------

Estima-se que 69% dos eventos de ITU associada ao cateter vesical são evitáveis. A literatura refere que a colonização bacteriana com cateterização é inevitável, com alguns estudos a estimarem o risco de bacteriúria assintomática em cerca de 5% por dia, com quase 100% de risco de colonização aos 7-10 dias de cateterização. **A bacteriúria é, portanto, uma característica quase inevitável da análise à urina e não requer terapia em indivíduos assintomáticos.**

- a) O diagnóstico da CAUTI num doente algaliado baseia-se em critérios clínicos e no estudo microbiológico de urina;
- b) É importante a distinção entre infeção urinária e bacteriúria ou fungúria assintomática. A CAUTI está presente quando os doentes: (1) têm um cateter urinário de demora há mais de 2 dias, sendo o primeiro dia o dia da inserção do cateter; (2) apresentam um sinal ou sintoma incluindo febre, sensibilidade suprapúbica, sensibilidade no ângulo costovertebral, frequência ou urgência urinária ou disúria, alteração do estado de consciência, e apresentam cultura de urina com mais de 10⁵ UFC/ml de uma espécie bacteriana;
- c) Apenas doentes com sintomas e cultura de urina positiva devem receber tratamento para CAUTI.
- d) Se suspeita de infeção urinária em doente algaliado com a mesma algália há mais de 7 dias, esta deve ser retirada (urocultura posteriormente colhida a partir do jato médio de urina) ou substituída caso ainda mantenha a sua indicação (realizar procedimento descrito no ponto 7.7 "colheita de urina")
- e) Está **contraindicado**, desadaptar o saco coletor da algália para obter a amostra de urina.
- f) Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível e registar no processo clínico as razões para a necessidade de manter o cateter. (categoria II)

Ana pereira- aluna de mestrado em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica	22/1/2026	Identificação de quem aprova	Data de aprovação	9/9
---	-----------	------------------------------	-------------------	-----

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [Redacted]	Procedimento Multissetorial para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário em doentes algaliados UL-PPCIRA.21	Versão V02	Data de revisão 2026
--	---	---------------	----------------------------

DOCUMENTOS ASSOCIADOS • Higiene das mãos – ULPPCIRA. 04 • Cateterização vesical/Algáliação – ULPPCIRA. IT.02 • Despejos de sacos de drenagem de uirna ULPPCIRA. IT.03 • Precauções básicas em Controlo de infeção ULPPCIRA.03

Apêndice V: Instrução de Trabalho – Cateterização Vesical/ Algaliação

		Instrução de trabalho CATETERIZAÇÃO VESICAL/ALGALIAÇÃO UL-PPCIRA.IT.02	Versão V03	Data de revisão 2026
---	---	---	---------------	----------------------------

OBJETIVO(S)

Estabelecer o procedimento para a prevenção da infeção associada ao cateter vesical na Unidade Local de saúde  – Entidade Publica Empresarial 

DESTINATÁRIOS:

Este procedimento aplica-se a todos os profissionais de saúde intervenientes no procedimento.

DIPLOMAS LEGAIS QUE SUPORTAM O PROCEDIMENTO

- Centres for Disease Control and Prevention (CDC) (2019). Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract infection, 2009.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2015). Norma clínica: 019/2025 atualizada a 9 de novembro de 2022. "Feixe de Intervenção" para a Prevenção da Infecção urinária Associada ao Cateter Vesical.
- European Association of Urology Nurses (EAUN) (2024). Indwelling Catheterisation in adults: urethral and suprapubic. <https://nurses.uroweb.org/guideline/indwelling.catheterisation-in-adultsurethral-and-suprapubic/>

SIGLAS E ABREVIATURAS

Cateter vesical/algália: tubo de látex ou silicone que pode ser inserido na bexiga através da uretra e permite a drenagem de urina.

Cateterização vesical/algália: consiste na introdução de um cateter/algália através da uretra até à bexiga, de modo a drenar a urina.

Dispositivo de fixação: dispositivo concebido para evitar a tração do cateter/algália contra o colo da bexiga ou a remoção inadvertida do cateter.

EPIs: Equipamento de proteção individual

Kit de algália: conjunto previamente composto na central de esterilização, em

Ana pereira- aluna de mestrado em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica	22/1/2026	Identificação de quem aprova	Data de aprovação	1/5
---	-----------	------------------------------	-------------------	-----

		Instrução de trabalho CATETERIZAÇÃO VESICAL/ALGALIAÇÃO UL-PPCIRA.IT.02	Versão V03	Data de revisão 2026
---	--	---	---------------	----------------------------

tabuleiro de polipropileno, que contém uma taça reniforme e pinça.

UL- PPCIRA: Unidade local de Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. RECOMENDAÇÕES

- a) A Algaliação só deve ser realizada por profissionais com formação/treino e experiência na realização deste procedimento,
- b) A escolha do cateter dependerá da avaliação previa do doente e do tempo previsto para a algaliação,
- c) Selecionar o calibre mais pequeno do cateter que permita um adequado fluxo urinário,
- d) Utilizar equipamento de procedimento individual (avental e luvas)
- e) Realizar a algaliação com técnica assética
- f) Reunir o material necessário para o procedimento
 - Material de higiene, se a algaliação não for executada imediatamente após a higiene
 - Kit de algaliação esterilizado
 - Cateter vesical adequado
 - Resguardo descartável
 - Material de proteção individual (mascara, avental e luvas)
 - Luvas esterilizadas
 - Gel lubrificante anestésico, antissético esterilizado em seringa individualizada
 - água bidestilada estéril (para encher o balão, conforme recomendado pelo fabricante)
 - Seringa de 10cc/20cc
 - Saco de drenagem estéril
 - Sistema para fixação do cateter
 - Suporte para saco de drenagem
- g) Consultar a história clínica do doente e despistar eventuais alergias

Ana pereira- aluna de mestrado em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica	22/1/2026	Identificação de quem aprova	Data de aprovação	1/5
---	-----------	------------------------------	-------------------	-----

		Instrução de trabalho CATETERIZAÇÃO VESICAL/ALGALIAÇÃO UL-PPCIRA.IT.02	Versão V03	Data de revisão 2026
---	--	---	-----------------------	-------------------------------------

h) Informar do doente do procedimento, requerendo o seu consentimento

i) **Procedimento**

1. Colocar Epis;
2. Realizar a higiene das mãos com água e sabão ou com SABA;
3. Posicionar o doente, promovendo a sua privacidade:
Homens: as pernas devem ficar ligeiramente afastadas,
Mulher: as pernas devem ficar fletidas e afastadas;
4. Colocar resguardo por baixo da região perineal;
5. Proceder à higiene das mãos com SABA;
6. Realizar a higiene perineal se a algáliação não for efetuada logo após os cuidados de higiene, utilizando luvas;
7. Realizar novamente a higiene das mãos com SABA;
8. Abrir o Kit de algáliação e o restante material estéril sobre a mesa com um campo estéril
9. Calçar luvas estéreis;
10. Conectar a algália ao saco de drenagem, mantendo assim o circuito fechado;
11. Colocar um campo com Janela sobre a área genital;
12. Realizar a limpeza do meato com soro fisiológico usando e compressas estéreis:
Homem: levantar o pénis, retraindo o prepúcio. Começar a limpeza pelo prepúcio, depois pela glande, por fim, o meato urinário. Usar uma compressa nova para cada parte,
Mulher: começar pelos grandes lábios, depois pequenos lábios e por fim o meato urinário. A limpeza deve ser feita no sentido descendente. Utilizar uma compressa nova para cada parte;
13. Lubrificar o meato urinário, utilizando 1 seringa individual de gel lubrificante, anestésico e antisséptico: (para colheita de urina assética, utilizar gel lubrificante estéril à base de água)
Homem: Instilar lentamente 10-15 ml do gel lubrificante, anestésico e antisséptico, segurando firmemente abaixo da glande com o polegar e os

Ana pereira- aluna de mestrado em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica	22/1/2026	Identificação de quem aprova	Data de aprovação	1/5
---	-----------	------------------------------	-------------------	-----

		Instrução de trabalho CATETERIZAÇÃO VESICAL/ALGALIAÇÃO UL-PPCIRA.IT.02	versão V03	data de revisão 2026
---	--	---	---------------	----------------------------

dedos e a ponta da seringa firmemente no meato para evitar que o gel se exteriorize. Manter a uretra fechada e se possível aguarde o tempo recomendado (3-5 minutos).

Mulher: Separar os lábios com uma mão e aplicar um pouco de lubrificante no meato e em seguida instilar lentamente mais ou menos 6 ml de gel na uretra.

14. Proceder à algaliação:

Homem: Avançar o cateter suavemente até à bifurcação, mantendo o pénis sempre na posição vertical

Mulher: Inserir o cateter no meato e avançar suavemente ao longo do meato até que ele alcance a bexiga e a urina comece a fluir.

15. Insuflar lentamente o balão com água esterilizada de acordo com as instruções do fabricante;

16. Limpar a zona perineal;

17. Fixar corretamente o cateter usando um dispositivo de fixação:

Homem: Fixar na região infra-abdominal ou parte superior da coxa

Mulher: Fixar na face interna da coxa

18. Colocar o saco de drenagem no suporte adequado (não tocar no chão)

19. Reposicionar do doente;

20. Descartar EPIs;

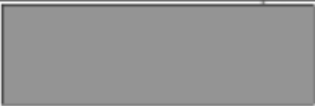
21. Acondicionar os resíduos e encaminhar os dispositivos médicos para esterilizar

22. Higienizar as mãos;

23. Realizar os registos:

- Razão para a algaliação
- Data e hora da algaliação
- Tipo de cateter
- Quantidade de água instilada no balão
- Eventuais intercorrências
- Características da urina
- Data de troca do cateter

Ana pereira- aluna de mestrado em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica	22/1/2026	Identificação de quem aprova	Data de aprovação	1/5
---	-----------	------------------------------	-------------------	-----

		Instrução de trabalho CATETERIZAÇÃO VESICAL/ALGALIAÇÃO UL-PPCIRA.IT.02	Versão V03	Data de revisão 2026
---	---	---	---------------	----------------------------

DOCUMENTOS ASSOCIADOS

- Higiene das mãos – ULPPCIRA. 04
- Precauções básicas em Controlo de infeção ULPPCIRA.03

Apêndice VI: Planeamento da ação de formação UCI

PLANEAMENTO AÇÃO FORMAÇÃO UCI NO DIA 25 DE NOVEMBRO DE 2025

Tema Cental	Destinatários	Objetivo Geral	Objetivo específico	Duração/ Métodos/ Recursos	Temas a abordar
Carga de trabalho de enfermagem, dotações seguras, IACS: Que relação existe?	Enfermeiros UCI	Implementar estratégias formativas e organizacionais que promovam a adequação das dotações e reduzam a incidência de IACS no doente crítico	- Sensibilizar a equipa para a relação entre carga de trabalho e IACS - Promover o uso de ferramentas de avaliação (TISS-28 e NAS) de uma forma consciente - Sensibilizar a equipa para a importância da distribuição dos enfermeiros adequando as suas competências às necessidades do doente - Reforçar práticas baseadas na evidência - Contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados	30 minutos/ Expositivo/ Apresentação em PPT, PC, videoprojector	- Carga de trabalho na UCI - Impacto da carga de trabalho na segurança do doente - Dotações seguras: conceito e importância - IACS - Relação entre carga de trabalho, dotações seguras e IACS - Principais IACS em contexto crítico - Estratégias de prevenção e boas práticas - Resultados da evidência científica

Apêndice VII: Planeamento da ação de formação para a reunião com os enfermeiros Elos dinamizadores do PPCIRA

**PLANEAMENTO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO PARA A REUNIÃO COM OS ENFERMEIROS ELOS DINAMIZADORES DO PPCIRA PARA O DIA
17 DE DEZEMBRO DE 2025**

Tema Central	Destinatários	Objetivo Geral	Objetivo específico	Duração/ Métodos/ Recursos	Temas a abordar
Estratégias de prevenção e controlo de Infecção em contexto crítico.	Enfermeiros Elos dinizadores PPCIRA	Capacitar os enfermeiros elos dinimizadores para a implementação eficaz de estratégias de prevenção e controlo de infecção, promovendo a segurança do doente.	• Atualizar conhecimento sobre IACS, • Reforçar a implementação de feixes de intervenção, • Promover a monitorização e vigilância epidemiológica, • Desenvolver competências em auditoria e feedback • Fomentar a liderança e dinamização de equipas, • Incentivar práticas baseadas na evidência.	45 minutos/ Expositivo/ Apresentação em PPT, PC, videoprojector	• Enquadramento das IACS, • Papel do enfermeiro elo dinamizador do PPCIRA, • Estratégias de prevenção e controlo de IACS, • Vigilância epidemiológica • Auditorias e monitorização de práticas • Feedback e melhoria continua • Comunicação e dinamização da equipa, • Práticas baseadas na evidência.

Apêndice VIII: Planeamento da ação de formação Implementação da Escala de ELPO

PLANEAMENTO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO no dia 2 de julho: **ESCALA DE ELPO**

Tema Central	Destinatários	Objetivo Geral	Objetivos específico	Duração/ Métodos/ Recursos	Temas a abordar
Risco para o desenvolvimento de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico: Implementação da Escala de ELPO	✓ Enfermeiros	Capacitar os enfermeiros para a avaliação sistemática do risco de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico, através da implementação da escala de ELPO, promovendo a segurança do doente.	• Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de lesões associadas ao PC no doente crítico • Reconhecer principais complicações de correntes do posicionamento inadequado • Compreender a estrutura e scores da Escala de ELPO • Implementar estratégias preventivas baseadas na evidência • Promover a segurança e qualidade dos cuidados no doente crítico	60 minutos/ Expositivo/ Apresentação em PTT, PC, videoprojector	• Segurança do doente crítico em contexto perioperatório. • Especificidades do doente crítico • Lesões associadas ao PC • Fatores de risco para o desenvolvimento de lesões • Escala de ELPO e sua interpretação e aplicação na prática clínica • Estratégias de prevenção

Apêndice IX: Resumo do Poster “Prevenção da infecção no doente com cateter venoso central em contexto de UCI”

1^{as} Jornadas Internacionais de Enfermagem | Caminhos Convergentes: enfermagem e integração dos cuidados

21-22 novembro 2024, Évora

Prevenção da infeção no doente com Cateter Venoso Central em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

[REDACTED] Ana Pereira², [REDACTED],
[REDACTED]

[REDACTED]

2 Aluna 9^o Mestrado em Associação em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

[REDACTED]

RESUMO

Introdução: A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é definida como uma infeção adquirida pelos doentes após o internamento, podendo esta manifestar-se durante a permanência do utente no hospital ou após a alta do mesmo, desde que esteja relacionada com o período de internamento ou com procedimentos hospitalares (1). Estas infeções têm um grande impacto na morbilidade, mortalidade, aumento do tempo de internamento e aumento dos custos hospitalares (2). Estudos destacam a Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea (INCS) relacionada com o Cateter Venoso Central (CVC) como um grande desafio no cuidado de doentes de alta complexidade, especialmente na prevenção e controlo de procedimentos invasivos, como os CVC (1).

Embora estes ofereçam benefícios significativos, como a infusão intravenosa de grandes volumes de fluidos, nutrição parentérica, monitorização de parâmetros hemodinâmicos e administração de medicamentos, eles também apresentam riscos mecânicos e complicações, incluindo infecções como a INCS associada ao CVC (3). As IACS são uma das principais ameaças à segurança do doente e à qualidade dos cuidados (4). É destacado que o uso de CVCs tem aumentado para fins diagnósticos e terapêuticos, mas simultaneamente esses dispositivos são responsáveis por cerca de 90% das bacteremias nos hospitais (4).

As diretrizes do Feixe de Intervenções da Direção Geral de Saúde (DGS) para a prevenção de infeções relacionadas com o CVC em ambientes de saúde, apresenta um conjunto de cinco intervenções essenciais, entre elas, a avaliação da necessidade de permanência do CVC, a higiene das mãos, uso de barreiras de proteção, a antisepsia da pele e escolha do local de inserção, com o objetivo de diminuir as taxas de infeções em 30% até 2025. Além destas intervenções, a DGS preconiza auditorias regulares e avaliação de indicadores de desempenho para garantir a eficácia dos cuidados prestados (5).

Estudos anteriores revelam uma baixa adesão dos profissionais de saúde em relação ao uso do Feixe de Intervenções para a inserção e manutenção do CVC, reflexo da má prática de cuidados. Revelam também que os profissionais de enfermagem apesar de possuírem conhecimentos em relação à manutenção do CVC, nem sempre utilizam as estratégias adequadas (2).

O interesse por esta temática surgiu durante a reflexão sobre o papel essencial dos enfermeiros na Unidade Cuidados Intensivos (UCI), especialmente na prevenção de infeções em doentes com CVC, incluindo a sua manutenção, manipulação e a adoção de medidas preventivas. A pesquisa foi motivada pelo estudo teórico da complexidade do uso do CVC em contexto de UCI, tendo por foco a segurança do doente crítico. (6). É importante compreender a causa da ocorrência de contaminações, tanto extraluminais quanto intraluminais, que estão associadas às infeções da corrente sanguínea. Desta forma torna-se necessário relacionar os eventos de infeção às possíveis lacunas nas práticas e nas medidas de controlo de infeções, que são perpetuadas pelos profissionais de saúde durante a manipulação do CVC (4). Por esta razão, surge relevância de investir em estratégias que promovam a adesão a condutas preventivas pela equipa (7).

Objetivo: Mapear as intervenções de enfermagem especializadas com base na evidência de forma a minimizar o risco de infeções relacionadas com o CVC no doente em contexto de UCI.

Método: Trata-se de um estudo qualitativo do tipo revisão bibliográfica, seguindo o protocolo de uma *Scoping Review*, focado na análise e síntese das boas práticas de enfermagem para a manutenção do CVC. O objetivo foi compilar as melhores evidências disponíveis e identificar recomendações de boas práticas especializadas provenientes de estudos científicos.

Para a colheita das evidências, foram utilizadas, na EBSCOhost, bases de dados reconhecidas na área da saúde e enfermagem, MEDLINE, CINAHL e RCAAP. A pesquisa foi realizada utilizando as seguintes palavras-chave: "Cateter Venoso Central"; "Cuidados Intensivos" e "Enfermagem", utilizando operadores booleanos (AND, OR e NOT) para ampliar ou restringir os resultados conforme necessário.

Como critérios de inclusão foram usados textos integrais com período de publicação inferior a 5 anos por forma a garantir a atualidade das informações, em português e inglês, para garantir maior abrangência de resultados. Os tipos de estudos incluíram a identificação de todos os termos da pesquisa indicados, palavras relacionadas e assuntos equivalentes relacionados a artigos, revisões sistemáticas, relatórios de estágio e diretrizes clínicas, que evidenciassem boas práticas relacionadas com a manutenção do CVC em ambiente hospitalar, nomeadamente em UCI. Foram também selecionados estudos que abordavam relatos de infeções da corrente sanguínea associadas a cateter, de forma a garantir a pertinência dos achados.

Excluímos da nossa pesquisa estudos duplicados assim como estudos com foco exclusivo em cateteres periféricos ou que não tratavam diretamente as práticas de manutenção de CVC assim como todos os relacionados com idade neonatal e diálise.

No momento de seleção e avaliação dos estudos, iniciámos a leitura integral dos 9 artigos. Os que cumpriram os critérios foram lidos na íntegra para avaliar a relevância e a qualidade metodológica. Foi também avaliada a qualidade dos mesmos quanto à clareza dos objetivos, coerência dos resultados e conclusões e rigor metodológico, especialmente no que diz respeito à descrição das boas práticas de enfermagem, acabando por excluir um dos artigos que não se incluía no objetivo desta temática, ficando no final com 8 artigos.

Resultados: Após a seleção final dos 8 estudos, foi realizada uma análise temática qualitativa, agrupando as evidências encontradas em categorias temáticas relacionadas com as boas práticas de manutenção do CVC.

A higiene das mãos é crucial na prevenção de infeções associadas ao CVC, porém a adesão às práticas recomendadas ainda é inadequada, uma vez que os profissionais continuam a utilizar métodos menos eficazes como apenas a lavagem com água e sabão em detrimento da lavagem e posterior desinfecção com soluções alcoólicas (6,7,8,10).

A avaliação diária e a monitorização do local de inserção do CVC permitem determinar eventuais sinais inflamatórios precocemente e adotar medidas atempadas ao controlo de infeção. A par disto destaca-se a pertinência de avaliar diariamente a necessidade do doente manter o CVC, uma vez que manter o CVC pelo mínimo tempo possível reduz o risco de infeção associado à utilização do mesmo (3,4,7,9).

A realização do penso do CVC deve ser feita com técnica asséptica, no entanto, os estudos indicam que ainda há desafios em garantir a aplicação consistente dessa prática

na rotina clínica (1,4,10). Além disso, a desinfecção dos conectores e torneiras deve ser realizada com soluções alcoólicas (1,3,4).

A substituição dos sistemas deve ser efetuada a cada 96 horas para sistemas gerais (4,8), a cada 24 horas para soluções lipídicas (NPT) e num período entre 6 a 12 horas para sistemas com propofol, assegurando assim, que cada via seja dedicada a um tipo específico de infusão de forma a reduzir o risco de contaminação cruzada (4). Na presença de sangue, coágulos ou sedimentos, a substituição deve ser imediata, eliminando possíveis fontes de contaminação (4,8). A substituição do sistema do propofol de 12h/12h, apresenta o maior índice de inconformidade (4). Posteriormente à administração de fármacos, a lavagem do CVC deve ser feita com soro fisiológico a 0,9% (1,4).

Em situações específicas, como é o caso de doentes imunodeprimidos, em caso de longos períodos de internamento ou perante altas taxas de prevalência de bactérias resistentes em ambiente hospitalar, há evidência do benefício do uso de cateteres impregnados com antimicrobianos (1,8).

Estes são os pontos fundamentais no que concerne aos cuidados necessários para a prevenção da infeção no doente crítico com necessidade de CVC de forma a garantir a sua segurança. Os resultados indicam, também, a importância de uma abordagem multidisciplinar e de programas de formação contínua para os profissionais de saúde, visando aliar o conhecimento teórico à prática clínica (1,3,6,8). É enfatizada a responsabilidade dos enfermeiros na promoção da segurança do doente através da implementação rigorosa de protocolos que devem ser periodicamente revistos para garantir a sua eficácia, sendo a formação contínua e a padronização das práticas essenciais para melhorar a segurança e reduzir infeções nas UCI (1,2,8).

Conclusão: O controlo das IACS tem sido alvo de metas nacionais e internacionais. A diminuição dos números associados a estas infeções é possível e alcançável, uma vez que a sua incidência está diretamente relacionada com a implementação de intervenções e práticas seguras e com a adesão aos protocolos e feixes de intervenção, incluindo o uso consistente de medidas preventivas pela equipa de enfermagem. Ainda assim, e apesar dos protocolos se encontrarem bem definidos, os desafios são grandes e constantes no que concerne à sua adesão. A aplicação isolada dos feixes não reduz a incidência de IACS, sendo essencial uma abordagem multidisciplinar que considere o perfil epidemiológico da instituição e envolva lideranças focadas em melhorias contínuas. Muito embora estes resultados vão de encontro às normas implementadas pela DGS, os mesmos tornam-se redutores por não contemplarem a totalidade das diretrizes da mesma.

Bibliografia:

1. Alves Ribeiro W, da Silva Souza DM, Carmo Neves K do, Cunha Paixão P, Azevedo Fassarella BP, Lopes de Oliveira MP, et al. Protagonização do enfermeiro na segurança do paciente com cateter vascular central na unidade de terapia intensiva. *Global Academic Nursing Journal* [Internet]. 2021 Jul 5 [cited 2024 Oct 22];2:1–7. Disponível em: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/284>
DOI: 10.5935/2675-5602.20200211
2. Mota Silva MM, Tavares de Oliveira-Figueirêdo DS, da Cunha Cavalcanti A, Costa do Nascimento L. Bloodstream Infections Related to Central Catheters: Understanding and Practice of the Nursing Team. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2024 Oct 22];13(1):640–5. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9376>
DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9376
3. Pereira da Cruz T, Campo Meschial W, Milani Nespollo A, Bezerra Cabral D, Martins da Silva O. Central catheter-associated bloodstream infection prevention measures: instrument validation. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE* [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2024 Oct 22];17(1):292–307. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/254401>
DOI: [10.5205/1981-8963.2023.254401](https://doi.org/10.5205/1981-8963.2023.254401)
4. Lage Gomes SM, da Silva Martins MD, Gonçalves Alves MJ. Quality index in central venous catheters maintenance in an intensive care unit. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2024 Oct 22];(8):1–8. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3960&id_revista=55&id_edicao=253 DOI: 10.12707/RV20181
5. Direção Geral da Saúde. Norma n.º 022/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. 2022. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf
6. Santos Lima KM, Santos Souza C, do Nascimento Rocha HM, Abade dos Santos IR. Adesão dos profissionais de enfermagem ao bundle de prevenção de infecção de corrente sanguínea. *Revista Enfermagem Contemporânea* [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2024 Oct 22];12:1–9. Disponível em:
<https://journals.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/4757>
DOI: 10.17267/2317-3378 rec.2023e4757
7. Fernandes Pinheiro Araújo CL, Dantas Santos AM, da Rocha Meira LM, de Oliveira Cavalcante EF. Analysis of Healthcare Practices for Prevention of Primary Bloodstream Infections. *Ciência, Cuidado e Saúde* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2024 Oct 22];20:1–11. Disponível em:

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/56251/751375153081> DOI: [56251/751375153081](https://doi.org/10.51249/hs.v3i05.1708)

8. Araújo Silva Melo GK. Segurança Do Paciente E O Controle De Infecções Na Unidade De Terapia Intensiva: Análise Bibliográfica Para Medidas De Prevenção E Promoção Em Saúde. Health & Society [Internet]. 2023 Sep 1 [cited 2024 Oct 22];3(5):378–91. Disponível

em: <https://www.periodicojs.com.br/index.php/hs/article/view/1708/1499>

DOI: <https://doi.org/10.51249/hs.v3i05.1708>

9. Yoshida T, Silva AEBC, Simões LLP, Guimarães RA. Incidence of Central Venous Catheter-Related Bloodstream Infections: Evaluation of Bundle Prevention in Two Intensive Care Units in Central Brazil. TheScientificWorldJournal [Internet]. 2019 Oct 7 [cited 2024 Oct 22];2019:1025032. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2019/1025032> DOI: 10.1155/2019/1025032

10. Júlio MSOP. Práticas de enfermagem na manutenção do CVC. 2022 Dec 1 [cited 2024 Oct 25];Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/43418>

Apêndice X: Resumo do E Poster do 1º Seminário Internacional de Ciência da implementação
e Enfermagem



Resumo

*A preencher pelos Autores

Tipo de Comunicação a que se propõem;	• ePoster	
Autor (es)	Nome	Correio Eletrónico
O apresentador deve estar identificado como 1º Autor	[Redacted]	[Redacted]
	[Redacted]	[Redacted]
	3. Ana Pereira	anacpequito@gmail.com
	[Redacted]	[Redacted]
	[Redacted]	[Redacted]
	[Redacted]	[Redacted]
	[Redacted]	[Redacted]
	[Redacted]	[Redacted]
	[Redacted]	[Redacted]

Título (Maiúsculas, máximo 18 palavras, sem siglas, acrónimos ou abreviaturas)	Catástrofe Sísmica: Impacto na fadiga psicológica dos enfermeiros na resposta a cenários de crise
Palavras-Chave (máximo 5, recorrendo a descritores Decs/Mesh (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh))	"Nurses", "Natural disasters", "Earthquakes" e "Mental fatigue"
Introdução (máximo 80 palavras)	Desastres naturais são eventos que levam à perda de vidas e bens com repercussões físicas, psicológicas e económicas com impacto considerável na fadiga psicológica dos enfermeiros (1). A prestação de cuidados em catástrofes sísmicas exige conhecimentos e habilidades especializadas (2). Para além da carga de trabalho intensa e acesso limitado a recursos (1), estes profissionais enfrentam elevados níveis de stress e pressão psicológica (3), a qualidade dos cuidados prestados e o seu bem-estar geral (2, 4).
Objetivos (máximo 60 palavras)	Geral: Mapear o impacto da catástrofe sísmica na fadiga psicológica dos enfermeiros na resposta a cenários de crise. Específicos: Conhecer o impacto na qualidade dos cuidados de enfermagem; Enunciar medidas de mitigação da fadiga e suporte psicológico para enfermeiros que atuam em catástrofes sísmicas.
Metodologia (máximo 140 palavras)	Foi realizada uma Scoping Review, segundo a JBI, para responder à questão: Qual o impacto da catástrofe sísmica na fadiga psicológica dos enfermeiros em cenários de crise? Após definir o tema e a questão de pesquisa, efetuou-se uma pesquisa nas bases MEDLINE e CINAHL, com descritores validados DeCS/MeSH e operadores booleanos (AND e OR). Os critérios de elegibilidade seguiram a estrutura PCC: População (enfermeiros), Conceito (fadiga psicológica) e Contexto (catástrofes sísmicas). Foram incluídos artigos completos, revistos por pares, publicados nos últimos cinco anos, em português e inglês, resultando em nove estudos. Excluíram-se estudos sobre outros profissionais de saúde, catástrofes não sísmicas, publicações em idiomas não elegíveis, trabalhos antigos e artigos apenas em resumo. A revisão forneceu uma visão abrangente sobre o impacto dos sismos na fadiga psicológica dos enfermeiros, resultando em 8 artigos e uma dissertação de mestrado.
Resultados/ Discussão (máximo 140 palavras)	Fatores desencadeantes: Falta de condições ambientais, de trabalho e preparação emocional (2) e sensação de incapacidade devido a baixos níveis de competência (2, 4, 5). Impacto psicológico: Falta de experiência em situações de catástrofe e incertezas sobre segurança e preocupação com erros (1, 4, 5), sintomas de fadiga e exaustão (1, 2), ansiedade e depressão (4, 5) e a impotência, medo e frustração (1, 2, 5).

	Qualidade dos cuidados: Impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados com maior incidência e erros (2, 4) e diminuição da satisfação no trabalho (2). Efeitos pós-experiência: Dificuldades de readaptação à vida quotidiana (4, 5); Sentimentos de culpa, ansiedade e medo (1, 4, 5) e alterações no padrão do sono (4). Medidas de mitigação: Formação da equipa (1, 2, 3); Promoção do autocuidado (2, 3); Apoio psicológico (2, 5); Atividades de reflexão e meditação (5).
Conclusões (máximo 80 palavras)	A fadiga psicológica dos enfermeiros em cenários de catástrofe, como os sismos, é um desafio significativo que compromete não só a saúde mental dos profissionais, mas também a qualidade dos cuidados prestados. Dentro do contexto das competências do enfermeiro especialista, este cenário evidencia a importância da aquisição de conhecimentos especializados, da gestão eficaz de situações de crise e do desenvolvimento de habilidades para lidar com o impacto psicológico em situações de catástrofe.
Referências Bibliográficas (máximo 5, preferencialmente dos últimos 5 anos, Norma APA 7ª Edição)	(1) Yildirim M., Bozdağ F., & 10Başdaş Ö. (2024). Experiences of nursing students providing support in disaster areas: A qualitative study. <i>Public Health Nursing (Boston, Mass.)</i>, 41(6), 1622–1632. https://doi.org/10.1111/phn.13412 (2) Salik, H., Şahin, M., & Uslu, Ö. (2024). Experiences of Nurses Providing Care to Individuals in Earthquake-Affected Areas of Eastern Turkey: A Phenomenological Study. <i>Journal of Community Health Nursing</i>, 41(2), 110–122. https://doi.org/10.1080/07370016.2023.2285964 (3) Ediz, Ç., & Yanik, D. (2024). Disaster preparedness perception, psychological resiliences and empathy levels of nurses after 2023 Great Türkiye earthquake: Are nurses prepared for disasters: A risk management study. <i>Public Health Nursing</i>, 41(1), 164–174. https://doi.org/10.1111/phn.13267 (4) Icigen, A. Y., & Metin Gemici, E. Z. (2024). A Qualitative Study on the Experiences of Volunteer Nurses about After the Elbistan Earthquake. <i>Balikesir Health Sciences Journal / Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi</i>, 13(3), 516–524. https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1403378 (5) Xue, C., Shu, Y., Hayter, M., & Lee, A. (2020). Experiences of nurses involved in natural disaster relief: A meta-synthesis of qualitative literature. <i>Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)</i>, 29(23/24), 4514–4531. https://doi.org/10.1111/jocn.15476

Apêndice XI: Resumo da Comunicação Livre no 2º *Webinar* da Associação Nacional de Controlo de Infecção “Desafios Globais: Sinergias profissionais”

Resumo para submissão a Comunicação Livre no 2º Webinar da Associação Nacional de Controlo de Infecção “Desafios Globais: Sinergias profissionais”

Título: Plano de Prevenção e Controlo de Infecção no Serviço de Esterilização Central- Um projeto de melhoria continua

Autores:

[Redacted]

Ana Cristina Pequito Pereira, Unidade Local de Saúde [Redacted]
[Redacted] Portugal, Enfermeira,
anacpequito@gmail.com

[Redacted]

Resumo:

Enquadramento:

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e a Resistência aos Antimicrobianos (RAM) constituem desafios globais, responsáveis por maior morbimortalidade, prolongamento de internamentos e custos acrescidos. O Serviço de Esterilização Centralizado (SEC) da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA), categoriz[Redacted]isico, exige rigorosas medidas de prevenção e controlo de infeção. No âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade, foi elaborado um plano de intervenção após avaliação microbiológica, que identificou crescimento de *Staphylococcus aureus* meticilina sensível acima dos valores de referência.

Objetivos

O objetivo geral consistiu em reduzir a contaminação microbiológica no SEC, mantendo níveis microbianos aceitáveis : ≤ 100 UFC/m³ no ar e culturas estéreis ou com microrganismos sem relevância clínica nas superfícies. Como objetivos específicos destacam-se: reforçar a adesão dos profissionais às Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI), promover a correta higienização das mãos e uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), além de contribuir para a diminuição das IACS e RAM, garantindo maior segurança do doente e qualidade do serviço.

Metodologia: O projeto baseia-se na metodologia de planeamento em saúde.

O plano, de 12 meses, estruturou-se em quatro fases:

1. Diagnóstico inicial, por meio de análises microbiológicas do ar e superfícies, e auditorias à higiene das mãos;

- 2.Implementação de protocolos de limpeza e desinfecção, ajustados ao grau de risco;
- 3.Formação contínua dos profissionais, com foco nas PBCI e técnicas adequadas de higiene;
- 4.Monitorização regular, através de colheitas microbiológicas e intervenção imediata em caso de desvios.

Foram ainda promovidas campanhas visuais e feedback institucional para reforço de boas práticas. Os indicadores avaliados incluíram adesão à higiene das mãos, frequência de formação e resultados microbiológicos.

Resultados

A execução do plano revelou melhorias significativas. A adesão à higienização das mãos evoluiu de 22,9% para 83,7% dos profissionais na entrada da zona limpa do SEC, reduzindo a probabilidade de transmissão cruzada. A frequência da formação triplicou, abrangendo 100% de participação da equipa face a período homólogo.

No campo microbiológico, todas as amostras de ar apresentaram resultados ≤ 100 UFC/m³, inserindo o ambiente na Categoria A, a mais exigente. Quanto às superfícies, 21,7% das culturas estavam estéreis, e 78,3% apresentaram apenas crescimento de espécies sem relevância clínica. Estes dados demonstram significativa redução da carga microbiana e reforçam a segurança do serviço.

Conclusão

O plano de prevenção e controlo de infeção demonstrou eficácia no SEC da ULSL, zindo-se no aumento da adesão às boas práticas de higiene e no cumprimento rigoroso dos parâmetros microbiológicos. O impacto positivo inclui a redução do risco de IACS e RAM, promovendo maior segurança dos doentes e qualidade assistencial. Contudo, a manutenção dos resultados requer continuidade das medidas, com ênfase na formação, auditorias regulares e monitorização sistemática, de forma a consolidar práticas seguras e sustentáveis para profissionais e utentes.

O resumo Original pode ser encontrado aqui: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18261150>

Apêndice XII: Resumo da Comunicação Livre do 2º *Webinar* da Associação Nacional de Controlo de Infecção: “Desafios Globais: Sinergias profissionais”

Resumo para submissão de Comunicação Livre no 2º Webinar da Associação Nacional de Controlo de Infecção: “Desafios Globais: Sinergias profissionais”

Título: Carga de Trabalho, Dotações Seguras e Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: Que Relação Existe?

Autores: Ana Pereira, [REDACTED]

[REDACTED] 000-811 Évora, Portugal; Enfermeira, [REDACTED]

[REDACTED]

Enquadramento: A qualidade e segurança dos cuidados constituem uma prioridade mundial, sendo as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) uma das principais ameaças à segurança do doente, com impacto na morbilidade, mortalidade e custos hospitalares (WHO, 2020). Nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), o risco é acrescido devido à complexidade clínica e ao recurso frequente a dispositivos invasivos (DGS, 2021). A carga de trabalho de enfermagem e a adequação das dotações têm sido apontadas como fatores determinantes na prevenção de IACS, influenciando a qualidade assistencial e a ocorrência de eventos adversos (Blot et al., 2022).

Objetivos: Mapear a evidência científica recente sobre o impacto da carga de trabalho de enfermagem na incidência de IACS em doentes críticos internados em UCI.

Metodologia: Foi conduzida uma Scoping Review, de acordo com as diretrizes do Joanna Briggs Institute (JBI). A questão de investigação foi formulada com base na estratégia PCC: População (doente crítico/enfermeiros), Conceito (carga de trabalho de enfermagem/IACS) e Contexto (UCI). A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados SCOPUS, PUBMED e EBSCO (MEDLINE e CINAHL), incluindo estudos primários quantitativos e qualitativos e revisões sistemáticas, publicados entre 2019 e 2024, em português, inglês ou espanhol, com acesso integral gratuito. Utilizaram-se descritores validados (DeCS/MeSH) combinados com operadores booleanos. Foram excluídos estudos pediátricos ou que não cumprissem os critérios de inclusão. O processo de seleção seguiu o fluxograma PRISMA adaptado, garantindo rigor e transparência (Amendoeira et al., 2022).

Resultados: A literatura analisada evidenciou que níveis inadequados de pessoal de enfermagem e elevada carga de trabalho estão associados ao aumento da incidência de IACS, nomeadamente pneumonia associada à ventilação mecânica, infeções da corrente sanguínea e do trato urinário (Alanazi et al., 2023). A sobrecarga laboral compromete a adesão a medidas de prevenção e controlo de infeção, como a higienização das mãos e a aplicação de técnicas assépticas, potenciando a ocorrência de eventos adversos. Este fenómeno, descrito como missed nursing care, relaciona-se ainda com maior stresse, burnout e exaustão dos enfermeiros, fatores que agravam o risco de falhas na segurança do doente (Banda et al., 2022). Evidências sugerem ainda que a utilização de protocolos de segurança, checklists, sistemas de vigilância e escalas de avaliação da carga de trabalho (ex.: TISS-28, NAS) contribui para uma gestão mais eficiente dos recursos e melhor prevenção de IACS (Blot et al., 2022).

Conclusão: A carga de trabalho de enfermagem constitui um fator crítico para a segurança do doente em contexto de cuidados intensivos, estando diretamente relacionada com a incidência de IACS. A implementação de dotações seguras, aliada a estratégias de suporte aos profissionais e à

utilização de ferramentas de monitorização, é essencial para garantir a qualidade e segurança dos cuidados. Os resultados desta scoping review reforçam a necessidade de políticas institucionais que promovam ambientes de prática seguros, sustentados por evidência científica e enquadrados nos planos nacionais e internacionais de segurança do doente.

Palavras -chave: Workload;Nursing;Cross Infection; Intensive Care Units;Patient Safety

Referências: Amendoeira, J. et al. Tutorial revisão sistemática de literatura: a scoping review. repositorio.ipsantarem.pt, 1 set. 2021. <http://hdl.handle.net/10400.15/3784>

Alanazi, F. K., Lapkin, S., Molloy, L., & Sim, J. (2023). Healthcare-associated infections in adult intensive care units: A multisource study examining nurses' safety attitudes, quality of care, missed care, and nurse staffing. *Intensive & Critical Care Nursing: The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 78(103480), 103480. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103480>

Banda, Z., Simbota, M., & Mula, C. (2022). Nurses' perceptions on the effects of high nursing workload on patient care in an intensive care unit of a referral hospital in Malawi: a qualitative study. *BMC Nursing*, 21(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00918-x>

Blot, S., Ruppé, E., Harbarth, S., Asehnoune, K., Poulakou, G., Luyt, C.-E., Rello, J., Klompas, M., Depuydt, P., Eckmann, C., Martin-Loeches, I., Pova, P., Bouadma, L., Timsit, J.-F., & Zahar, J.-R. (2022). Healthcare-associated infections in adult intensive care unit patients: Changes in epidemiology, diagnosis, prevention and contributions of new technologies. *Intensive & Critical Care Nursing: The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 70(103227), 103227. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103227>

Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano nacional para a segurança dos doentes 2021-2026. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

O Resumo Original pode ser encontrado aqui: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18261150>

ANEXOS

Anexo I: Declaração da ação de formação continua “Carga de trabalho, dotações seguras,
IACS: Que relação existe?”

Declaração

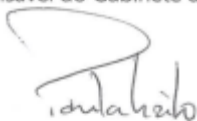
Para os devidos efeitos, declara-se que a Enfermeira **Ana Cristina Pequito Pereira** foi preletora na Ação de Formação em Serviço, realizada no âmbito da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do [REDACTED] subordinada ao seguinte tema: -----

- " **Carga de trabalho de enfermagem, dotações seguras, infeções associadas aos cuidados de saúde no doente crítico: que relação existe?** ", com a duração de 30 minutos, realizada em 25 de novembro de 2025.

Por ser verdade, emite-se a presente declaração, que damos por firme e valiosa.-----

[REDACTED] em 20 de março de 2026. -----

A Responsável do Gabinete de Formação,



Paula Grilo

Anexo II: Comprovativo da ação de formação continua: Reunião com os enfermeiros e os dinamizadores PPCIRA.



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

GABINETE DE FORMAÇÃO

REGISTOS DE PRESENCAS E SUMÁRIO

FORMAÇÃO CONTÍNUA

Serviço Clínico: ULPPCIRA

Tema:

Reunião com enfermeiros dinamizadores 5_2025

Data: 17/12/2025

Carga Horária da Atividade
Formativa (minutos):

60

Período: Das 11 às 12 Horas

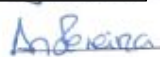
SUMÁRIO

Proposta de dinamização do Dia Mundial da Higiene das mãos 2026;
Recolha de opiniões sobre necessidades formativas ou desenvolvimento de atividades pelos enfermeiros dinamizadores no ano 2026;
Esclarecimento de dúvidas sobre relatório de atividades a elaborar no final do ano pelos dinamizadores;
Apresentação de resultados de scoping "carga de trabalho de enfermagem, dotações seguras, infeções associadas aos cuidados de saúde: que relação existe?"

(UL-PPCIRA)

Ana Pereira (aluna de especialidade em Enfermagem médico-cirúrgica, Pessoa em situação crítica)

O (s) Formadores (Rúbrica)

 _____
 _____

PRESENCAS

Nº	NOME	GRUPO PROFISSIONAL	ASSINATURA
1		Enfermeira	
2		Enfermeira	
3		Enfermeira	

Anexo III: Declaração de formação - Avaliação do risco de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico: Implementação da Escala de ELPO



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS

SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Declaração

Para os devidos efeitos, declara-se que a **Enfermeira Ana Cristina Pequito Pereira** foi preletora na Ação de Formação em Serviço, realizada no âmbito de 
S  subordinada ao seguinte tema: -----

- " **Avaliação do risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico - implementação da Escala de ELPO** ", com a duração de 1 hora, realizada em 02 de julho de 2025.

Por ser verdade, emite-se a presente declaração, que damos por firme e valiosa.-----

 em 20 de março de 2026. -----

A Responsável do Gabinete de Formação,


Paula Grilo

Anexo IV: Certificado do *Webinar* “Gestão, indicadores e boas práticas na documentação de enfermagem”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA CRISTINA PEQUITO PEREIRA

membro nº 45907 desta Ordem, participou no(a) **"Webinar – Gestão, Indicadores e Boas Práticas na Documentação de Enfermagem"**, realizado no(s) dia(s) **no dia 16 de Julho de 2025**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 16 de Julho de 2025

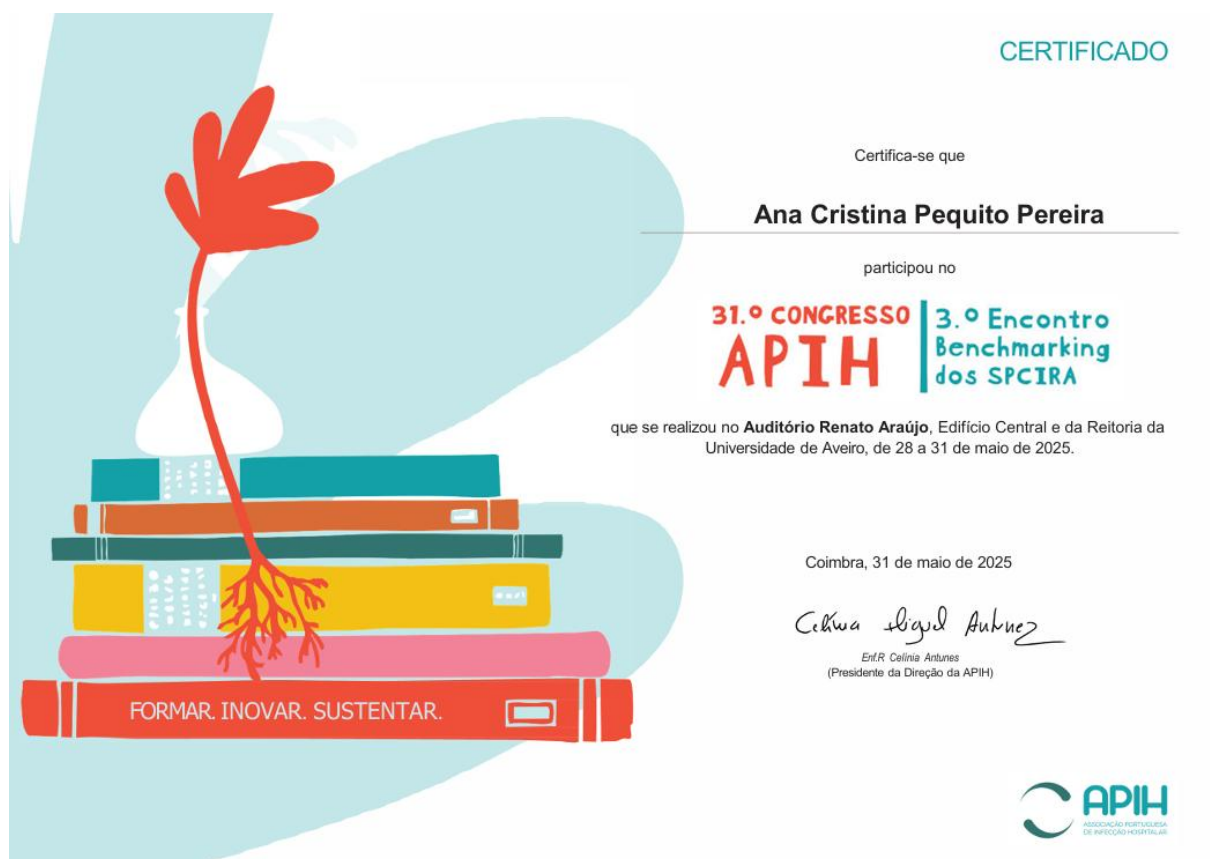
Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Dora Franco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

Anexo V: Certificado - 31º Congresso da Associação Portuguesa de Infecção Hospitalar/3º Encontro Benchmarking dos PPCIRA.



Anexo VI: Certificado - Simpósio - Prevenção e Controlo de Infecção em Ambientes Críticos



Anexo VII: Certificado - Congresso Internacional do doente crítico 2025.



Anexo VIII: Certificado do Poster - Prevenção da Infecção no doente com cateter venoso central em contexto de Unidades Cuidados intensivos.

Certificado



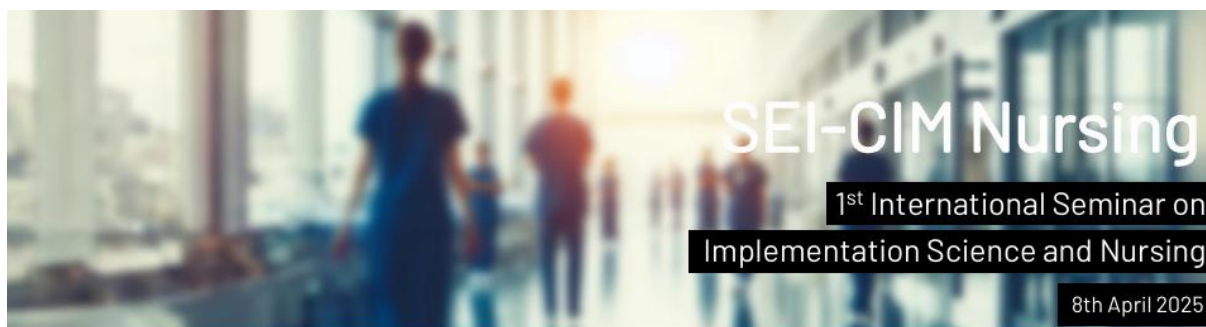
Certifica-se que

[Redacted] | Ana Pereira | [Redacted]
[Redacted] | [Redacted] | [Redacted]

elaboraram o Póster com o tema ***“Prevenção da infeção no doente com Cateter Venoso Central em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos”***, nas 1as Jornadas Internacionais de Enfermagem, que decorreram nos dias 21 e 22 de novembro de 2024, no Auditório Nobre da Universidade de Évora, organizadas pela Unidade Local de Saúde do Alentejo Central.

José Manuel Chora
Enfermeiro Diretor

Anexo IX: Certificado Poster - Catástrofe Sísmica: Impacto na fadiga psicológica dos Enfermeiros na resposta a cenários de crise.



Certificate of Poster Presentation

This is to certify that [redacted], **Ana Pereira**, [redacted], [redacted], [redacted], [redacted], [redacted], [redacted] and [redacted] has presented a poster entitled "*Seismic Catastrophe: Impact on Nurses' Psychological Fatigue in Responding to Crisis Scenarios*" at the **1st International Seminar on Implementation Science and Nursing**, held online on April 8th, 2025.

We hereby acknowledge and appreciate their valuable contribution to the scientific program of the event.

Organization: Nursing Department of School of Health of Setúbal Polytechnic University



SAUDE

POLITÉCNICO SETÚBAL
SCHOOL - POLYTECHNIC UNIVERSITY

www.ess.ips.pt



On behalf of the Scientific Committee

Assinado por: **Lucília Rosa Mateus Nunes**
Num. de Identificação: 06064421
Data: 2025.04.09 14:39:00+01'00'

Anexo X: Certificado Comunicação Livre - Plano de prevenção e controlo de Infecção no Serviço de Esterilização Central: Um projeto de melhoria.



CERTIFICADO

1º PRÉMIO DE COMUNICAÇÃO LIVRE

A Comissão Científica do webinar **“Desafios Globais: Sinergias Profissionais”**,
organizado pela Associação Nacional de Controlo de Infecção, no dia 26 de setembro de 2025,

confere o 1º prémio de Comunicação Livre a

Ana Cristina Pequito Pereira,
[Redacted text]

pela comunicação livre intitulada

**“Plano de Prevenção e Controlo de Infecção no Serviço de Esterilização Central: Um Projeto
de Melhoria”.**

O Presidente da Direção da ANCI

(David Peres, MD, MPH, CIC)

Anexo XI: Certificado Comunicação Livre - Carga de Trabalho, Dotações Seguras e Infecções associadas aos cuidados: Que relação existe.



CERTIFICADO

2º PRÉMIO DE COMUNICAÇÃO LIVRE

A Comissão Científica do webinar **“Desafios Globais: Sinergias Profissionais”**,
organizado pela Associação Nacional de Controlo de Infecção, no dia 26 de setembro
de 2025, confere o 2º prémio de Comunicação Livre a

Ana Cristina Pequito Pereira, [REDACTED]

pela comunicação livre intitulada

**“Carga de Trabalho, Dotações Seguras e Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde:
Que Relação Existe?”.**

O Presidente da Direção da ANCI

(David Peres, MD, MPH, CIC)

Anexo XII: Certificado do Curso - Suporte Avançado de Vida”



Certifica-se que **Ana Cristina Pequito Pereira**, nascido(a) em 05/10/1980, com o número de identificação civil ****3329, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 13/03/2025 a 14/03/2025, com a duração de 16 horas e 5 anos de validade.

Porto Salvo, 14 de março de 2025

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Anexo XIII: Certificado do Curso - Suporte Avançado de Vida Pediátrico



Certifica-se que **Ana Cristina Pequito Pereira**, nascido(a) em 05/10/1980, com o número de identificação civil ****3329, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA PEDIÁTRICO

PEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT (PALS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 10/04/2025 a 11/04/2025, com a duração de 16 horas e 2 anos de validade.

Porto Salvo, 11 de abril de 2025

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



**AUTHORIZED
TRAINING
CENTER**



Certificado nº 25109701

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

Anexo XIV: Certificado do Curso *International Trauma life Support*



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Ana Cristina Pequito Pereira

**has completed the
Advanced Provider**

date
6/7/2025

course site
blue ocean medical, PORTO SALVO,

course director

course coordinator
Pedro Caldeira RN

license number

license state/province

NREMT-P number



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 24-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to:
<https://www.capce.org/CertificateTroubleIndex>

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
2001 Butterfield Road, Suite 320
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

415770-58795

Ana Cristina Pequito Pereira

has successfully completed the cognitive skills evaluation in accordance with the standards of International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider

Card Issue Date **6/7/2025**

Expiration Date **06/2028**

Course Number **58795**

Course Location **blue ocean medical, PORTO SALVO,**

Anexo XV: Certificado do *Webinar* “O Papel do Enfermeiro na Prevenção e identificação precoce da paragem cardiorrespiratória”



Anexo XVI: Certificado do Seminário -(RE) AGIR: Quando o impossível acontece.



Certifica-se que **Ana Cristina Pequito Pereira**, nascido(a) em 05/10/1980, com o número de identificação civil ****3329, participou no seminário

// (RE)AGIR:

QUANDO O IMPOSSÍVEL ACONTECE

GESTÃO DE RECURSOS EM EMERGÊNCIA E CATÁSTROFE

que decorreu em 23/01/2026, com a duração de 8 horas.

Porto Salvo, 23 de janeiro de 2026

Diretor Pedagógico e dos Serviços de Emergência

Pedro Caldeira

Anexo XVII: Certificado do *Webinar* de Enfermagem Forense: Homicidas- Papel do Enfermeiro Forense

Webinar Forensic Nurses Week 3-9 de Novembro de 2025

CERTIFICADO

Certifica-se que *Ana Pereira* esteve presente no dia 9 de Novembro de 2025 na atividade científica “Webinar Enfermagem Forense”, integrada na Forensic Nurses Week, com o tema “Homicidas: papel do Enfermeiro forense na compreensão do Fenómeno”, com o orador Albino Gomes, com a duração total de 2 horas.

15 de Novembro de 2025

Comissão Organizadora

PARCERIA ENTRE



INTERNATIONAL
ASSOCIATION OF
**Forensic
Nurses**



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Anexo XVIII: Certificado do Curso - Estratégias/Ferramentas na implementação de práticas de prevenção e controlo de infeção – *Bundles*”

CERTIFICADO

Certifica-se que

Ana Cristina Pequito Pereira

Frequentou o curso
**Estratégias/Ferramentas na implementação de práticas de prevenção e
controlo de infeções – Bundles.**
no dia 28 de maio de 2025, na Escola Superior de Saúde da Universidade de
Aveiro (ESSUA) aquando do

**31.º CONGRESSO
APIH** | **3.º Encontro
Benchmarking
dos SPCIRA**

que se realizou no **Auditório Renato Araújo**, Edifício Central e da Reitoria da
Universidade de Aveiro, de 28 a 31 de maio de 2025.

Coimbra, 31 de maio de 2025

Celina Antunes

Enf.ª Celina Antunes
(Presidente da Direção da APIH)



Anexo XIX: Certificado do Curso -Estratégias para a gestão de resistência aos antimicrobianos

Estratégias para Gestão da
Resistência aos
Antimicrobianos



CERTIFICADO

Certifica-se que ANA CRISTINA PEQUITO PEREIRA concluiu com sucesso o curso
"Estratégias para Gestão da Resistência aos Antimicrobianos" com uma
duração estimada de 3 horas.

(André Peralta-Santos)
Subdiretor-Geral de Saúde

EMITIDO EM:
dezembro 21, 2025

NÚMERO ID DO CERTIFICADO:
[71fefac1fc3244f59e5f518da853272a](https://ms.nau.edu.pt/certificates/71fefac1fc3244f59e5f518da853272a)

Plataforma NAU cofinanciada por:



Este certificado é uma prova de aprendizagem e término do curso. Para mais informações visite [a página sobre Política de Certificação da NAU](https://ms.nau.edu.pt/certificates/71fefac1fc3244f59e5f518da853272a).

Anexo XX: Certificado do Curso - Precauções baseadas nas vias de transmissão.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALENTEJO CENTRAL

Certificado de Formação Profissional

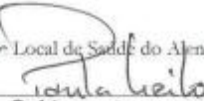
Certifica-se que Ana Cristina Pequito Pereira natural de Évora nascida em 05/10/1980, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 11813329 válido até 03/08/2031, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de "Precauções baseadas nas vias de transmissão", em 20/11/2025, com a duração de 4:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Conceitos básicos: infeção, colonização, Infecções Associadas aos Cuidados de Infeção (IACS)	0:30	-
Cadeia epidemiológica da infeção	0:30	-
Precauções baseadas nas vias de transmissão (PBVT) - Contato Gotículas Via aérea	1:30	-
Práticas seguras e casos práticos	1:30	-

Évora, 27 de novembro de 2025

O(A) Responsável pelo(a) Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, EPE

(Assinatura e selo branco ou carimbo)


Gabinete de Formação
A Responsável
Paula Grilo

Certificado n.º 547/2025 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

Anexo XXI: Certificado do *Webinar* “Prevenção da Infecção do local Cirúrgico: Boas práticas para os Enfermeiros”



CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Pereira** assistiu à atividade científica - **Webinário** - sobre o tema "**Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico: Boas Práticas para Enfermeiros**", com o(a) Orador(a) Especialista: Filipa Matias com a duração total de 60 minutos, tendo decorrido no dia 7 de outubro de 2025.

10 de outubro de 2025

Ref: 202530289

A Direção Pedagógica

Dr.ª Adélia Magalhães



www.criap.com | Torre das Antas, Avenida Fernão de Magalhães, n.º 1862, 5.º piso, 4350-158 Porto | Campo Grande, n.º 220B, 1700-094 Lisboa | geral@criap.com | 225 492 190