

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

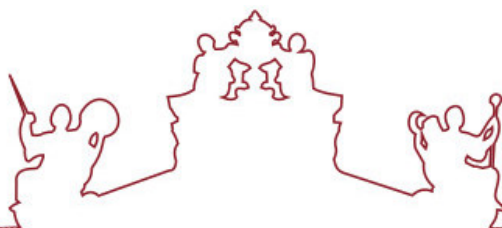
Gestão do erro terapêutico na pessoa em situação crítica: o contributo do enfermeiro especialista

Ana Rita Moreira Galindro

Orientador(es) | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

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

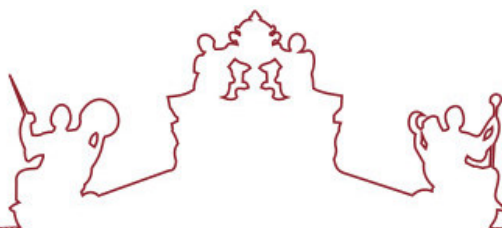
Gestão do erro terapêutico na pessoa em situação crítica: o contributo do enfermeiro especialista

Ana Rita Moreira Galindro

Orientador(es) | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

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 | Maria Ruivo (Universidade de Évora)

Vogais | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) (Orientador)
Armandina do Carmo Antunes (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Arguente)
Guida Maria Marques da Silva Amaral (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde)

“Quando percebidos, os erros não existem, são aprendizado e lições de vida.”

Johnny De Carli

AGRADECIMENTOS

Aos **meus pais**, aos **meus filhos** e ao **meu marido**:

Aprendi convosco que o crescimento nasce, muitas vezes, do erro, da capacidade de o reconhecer com humildade, da coragem de comunicar e da vontade de reparar e fazer melhor.

Com **vocês**, aprendi também que a segurança se constrói com comunicação aberta.

Obrigada por transformarmos o erro em aprendizagem e em desenvolvimento.

O amor também se mede assim: na forma como voltamos a tentar.

RESUMO

GESTÃO DO ERRO TERAPÊUTICO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O presente relatório de estágio, desenvolvido no Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa em Situação Crítica, evidencia a aquisição e consolidação das competências do Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem. O erro terapêutico constitui causa de eventos adversos em cuidados intensivos, representando um desafio para a segurança do doente. Sustentado na Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos, de Patricia Benner, o estágio decorreu no Grupo Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos e no Serviço de Medicina Intensiva. A metodologia assentou numa abordagem ativa e reflexiva, combinando *scoping review*, diagnóstico de necessidades formativas, formação em serviço, elaboração de norma regulamentar, auditoria e vigilância epidemiológica. Os resultados evidenciaram subnotificação de incidentes, cultura punitiva e fragilidades na segurança terapêutica, salientando, pela perícia clínica, o contributo do enfermeiro especialista na segurança e qualidade dos cuidados.

PALAVRAS-CHAVE

Erros de Medicação; Segurança; Cuidados Críticos; Enfermagem; Qualidade

ABSTRACT

MANAGEMENT OF THERAPEUTIC ERROR IN THE CRITICALLY ILL PATIENT: THE CONTRIBUTION OF THE SPECIALIST NURSE

This placement report developed within the framework of the Master's Degree in Nursing in Association, in the Specialisation Area of Medical-Surgical Nursing, focusing on the Person in Critical Situation, demonstrates the acquisition and consolidation of the competences of the Specialist Nurse and of the Master in Nursing. Therapeutic error constitutes a cause of adverse events in intensive care settings, representing a challenge to patient safety. Grounded in Patricia Benner's Theory of Clinical Wisdom in Acute and Critical Care as its theoretical framework, the internship took place in the Local Group of the Programme for the Prevention and Control of Infections and Antimicrobial Resistance and in the Intensive Care Unit. The methodology was based on an active and reflective approach, combining a scoping review, training needs assessment, in-service training, development of a regulatory standard, audit, and epidemiological surveillance. The results highlighted underreporting of incidents, a punitive culture, and weaknesses in therapeutic safety, underscoring, through clinical expertise, the contribution of the specialist nurse to the safety and quality of care.

KEYWORDS

Medication Errors; Safety; Critical Care; Nursing; Quality

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos.....	5
Resumo.....	6
Abstract	7
Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas.....	15
Introdução.....	17
1.Enquadramento teórico e conceptual	20
1.1 A teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patrícia Benner	21
1.2 Erro Terapêutico	25
2. Contextos da prática especializada em enfermagem.....	32
2.1 Grupo Local do programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos	35
2.1.1 Recursos e organização funcional.....	35
2.1.2 Caracterização da equipa de enfermagem.....	39
2.1.3 Indicadores de movimento assistencial e indicadores de qualidade	41
2.1.4 Análise SWOT	43
2.2 Serviço de medicina intensiva	45
2.2.1 Recursos e organização funcional.....	45
2.2.2 Caracterização da equipa de enfermagem.....	47
2.2.3 Indicadores de movimentos assistencial e indicadores de qualidade.....	49
2.2.4 Análise SWOT	52
3. Análise reflexiva da Aquisição de Competências do Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem	54
3.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	56
3.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	61
3.1.3 Domínio da gestão dos cuidados.....	73
3.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	78

3.2 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na pessoa em situação crítica.....	81
3.2.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	81
3.2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	89
3.2.3 Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	93
Conclusão	97
Referências Bibliográficas	99
Apêndice.....	117
Apêndice A– Questionário de caracterização da equipa do SMI.....	118
Apêndice B –Apresentação dos resultados do questionário de caracterização da equipa do SMI.....	124
Apêndice C – Protocolo de scoping review JBI “Quais as intervenções de enfermagem que reduzem o erro terapêutico na pessoa em situação crítica?”	132
Apêndice D–Avaliação da formação “O erro terapêutico: barreiras à administração segura e intervenções eficazes para redução	136
Apêndice E –Norma Regulamentar “Manutenção da esterilidade dos dispositivos médicos: armazenamento, acondicionamento e manipulação”	138
Apêndice F –Relatório de avaliação do cumprimento normativo Higiene Ambiental na Prevenção e Controlo da Infeção na ULS	153
Anexos.....	177
Anexo A – Certificado do Webinar Ética e Deontologia na prática profissional dos Enfermeiros dos Açores	178
Anexo B – Certificado da formação "Regime Geral de Prevenção da Corrupção e Gestão de Riscos”	178
Anexo C– Certificado da formação “Canal de denúncias da ULS”	182
Anexo D – Nomeação de elo para o risco	184

Anexo E – Certificado de formadora da formação O erro terapêutico: barreiras à administração segura e estratégias de redução	186
Anexo F– Certificado do curso “Comunicar com Clareza”	189
Anexo G – Certificado do curso “Etiqueta e Comunicação Digital”	191
Anexo H– Certificado da formação “Colaboração e Cooperação em equipa da era digital”. 193	
Anexo I – Certificado do curso de Qualidade e Segurança em Saúde	195
Anexo J– Declaração de membro responsável pelo Sistema de Gestão e Qualidade	197
Anexo K – Certificado de 1º prémio de comunicação livre webinar “Desafios Globais: Sinergias Profissionais”	199
Anexo L–Artigo publicado no livro de resumos do webinar “Desafios globais: Sinergias profissionais”	201
Anexo M– Formação “Sistemas de Gestão Documental da Qualidade”	203
Anexo N –Webinar - Desafios da Gestão em Enfermagem.....	205
Anexo O–Certificado do curso de “Supervisão Clínica em Enfermagem”	207
Anexo P–Certificado de presença na Sessão (In)formativa sobre Acreditação e Idoneidade Formativa.....	207
Anexo Q–Nomeação de Júri para “Abertura de Manifestação Interna de Interesse para a constituição de Lista Seriada de Enfermeiros para a Equipa de Enfermagem da Escalas de Prevenção de Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica”	211
Anexo R–Certificado do “Workshop Liderança Humanizada	213
Anexo S –Certificado do curso “Fundamentos de Felicidade Organizacional	215
Anexo T– Certificado de formadora do curso “Noções Básicas de Prevenção e Controlo de Infecção-Colocação dos doentes, Higiene Ambiental Etiqueta Respiratória, Resíduos Hospitalares”	217
Anexo U– Certificado do “curso de Formação, Qualidade e Segurança de Cuidados	219
Anexo V – Certificado do curso “Cooperação e trabalho em equipa	221
Anexo W– Certificado do curso “Transformar a comunicação em resultados”	223
Anexo X – Certificado do curso “Estratégias Promotoras de Saúde no Trabalho”	225

Anexo Y – Certificado do curso “Introdução à inteligência Artificial”	227
Anexo Z – Certificado do curso “Importância das Competências Digitais em Profissões não Digitais”	229
Anexo AA– Certificado da formação “Inteligência Artificial na Saúde: Abordagem Introdutória para Profissionais”	231
Anexo AB – Certificado de participação no evento do Dia Internacional do Enfermeiro “Inteligência Artificial e Inovação no Cuidar e Enfermagem”	233
Anexo AC – Certificado da “Formação em Inteligência Emocional”	235
Anexo AD – Certificado do 1º Congresso Enfermagem Estilo de Vida “Cuidar com Propósito e Visão Sustentável”	237
Anexo AE– Webinar "Desafios do Mercado de Trabalho 2025"	239
Anexo AF – Certificado do curso “Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)”	241
Anexo AG – Curso “Pediatric Advanced Life Support (PALS)”	243
Anexo AH – Curso “International Trauma Life Support (ITLS)”	245
Anexo AI- Curso “Avaliação e Intervenção à Pessoa Vítima de Intoxicação	247
Anexo AJ–Certificado “I Encontro de Enfermeiros Especialistas-Enfermagem Médico-Cirúrgica-Inovação Segurança e Humanização no Cuidado”	249
Anexo AK – Certificado da formação “Instrução de Trabalho: Cuidados de Enfermagem ao Cateter de Hemodiálise	251
Anexo AL–Certificado da formação “Avaliação da Dor no Doente Crítico”	253
Anexo AM – Certificado da formação “Registos Informáticos Patient Care”	255
Anexo AN –Apresentação da Equipa de Emergência Interna	257
Anexo AO –Certificado de participação no “Seminário - (Re) Agir: Quando o impossível acontece”	259
Anexo AP –Certificado de apresentação do póster “Seismic catastrophe:Impact on Nurses’ Psychological Fatigue in Responding to crises Scenarios”	261
Anexo AQ –Certificado do webinar “Catástrofe”	263
Anexo AR–Certificado de formadora- Resistência Antimicrobiana e Precauções Básicas	

Controlo Infecção no SEC	265
Anexo AS – Certificado do “XII Curso de Controlo de Infecção e das Resistências aos Antimicrobianos da ULS”	267
Anexo AT – Certificado do curso “Prevenção da infecção respiratória”	269
Anexo AU – Certificado do curso “Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: abordagem geral”	271
Anexo AV – Certificado do curso “Prevenção da infecção nos cuidados de saúde: precauções básicas de isolamento”	273
Anexo AW – Certificado da formação “Precauções Básicas Controlo de Infecção”	275
Anexo AX – Certificado do curso “Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico”	277
Anexo AY – Certificado do webinar “Mastering the MDR Gram-negative infections”	279
Anexo AZ – Certificado de apresentação do póster “Prevenção da infecção no doente com cateter venoso central em contexto de cuidados intensivos”	281
Anexo AAA – Certificado do simpósio “Prevenção e Controlo de Infecção em Ambientes Críticos” formação	283
Anexo AAB– Certificado de formação “Estratégia Multimodal das Precauções Básicas em Controlo de Infecção	285

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1-Análise SWOT GL-PPCIRA.....	44
Tabela 2-Movimento de doentes do SMI (entradas).....	49
Tabela 3-Principais Diagnósticos do SMI.....	50
Tabela 4-Indicadores de resultado do SMI	51
Tabela 5-Movimento de doentes do SMI (saídas)	51
Tabela 6-Análise SWOT do SMI.....	53
Tabela 7-Integração do modelo de mudança da prática baseada em evidência no projeto desenvolvido no estágio do SMI na redução do erro terapêutico	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1-Notificações por tipo de incidente e por notificador	28
Figura 2-Hierarquia estrutural do GL-PPCIRA	36

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)

ANCI - Associação Nacional de Controlo de Infecção

BPS- Behavioral Pain Scale

CPOT- Critical-Care Pain Observation Tool

CAM-ICU- Confusion Assessment Method for ICU

CVC - Cateter Venoso Central

CQS - Comissão de Qualidade e Segurança

DMUM - Dispositivos médicos de uso múltiplo

DGS - Direção Geral de Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEMI- Equipa de Emergência Médica Intra Hospitalar

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC-PSC- Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

EPC – Enterobacterias produtoras de carbapenemases

GL-PPCIRA - Grupo Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INCS - Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

ISBAR - Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation

LASA-Look-Alike-Sound-Alike

MAM -Medicamento Alerta Máximo

MEI-Microrganismos Epidemiologicamente Importantes

MRSA - Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus

NAS - Nursing Activities Score

NCCMERP-National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention

NE - Núcleo Executivo

NP - Norma de Procedimento

NR - Norma Regulamentar

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONAF- Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo

PAMSD-Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente

PAPA-Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

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

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RAM - Resistência aos AntiMicrobianos

RASS- Richmond Agitation-Sedation Scale

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SABA - Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SAV- Suporte Avançado de Vida

SBV- Suporte Básico de Vida

SIV- Suporte Imediato de Vida

SMI - Serviço Medicina Intensiva

SNS-Serviço Nacional de Saúde

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SU - Serviço de Urgência

SWOT- Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UC - Unidade Curricular

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

ULS-Unidade Local de Saúde

VMI-Ventilação Mecânica Invasiva

VNI- Ventilação Não Invasiva

WHO - World Health Organizatio

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio é elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório, integrada no 9.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC), na vertente Pessoa em Situação Crítica (PSC). Esta UC representa o desfecho do percurso formativo, constituindo uma oportunidade para integrar e aplicar, em contexto clínico, os conhecimentos e competências adquiridos nas unidades curriculares anteriores.

O estágio desenvolveu-se na sequência da UC Projeto em EMC-PSC, na qual foi elaborado um projeto individual de aprendizagem destinado a orientar o progresso pessoal, profissional e académico. O tema selecionado centra-se na contribuição do Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem Médico-cirúrgica – área da Pessoa em Situação Crítica (EE EMC-PSC) na redução do erro terapêutico na PSC, problemática particularmente relevante em ambientes reconhecidos como críticos, tensos e desafiadores, como as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e os Serviços de Urgência (SU).

Os EE EMC-PSC, pela proximidade à pessoa e família em processos complexos, têm impacto direto na segurança do doente e na qualidade dos cuidados prestados. Embora a redução do erro terapêutico constitua uma responsabilidade multidisciplinar, o EE EMC-PSC assume um papel preponderante pelas competências que lhe são atribuídas: “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018b), devendo nortear a sua prática pelos enunciados descritivos de qualidade que lhe são inerentes, prevenindo complicações e promovendo uma prática segura (OE, 2017a).

De forma a correlacionar as competências de mestre com as competências do EE EMC-PSC e com os respetivos enunciados descritivos de qualidade, torna-se fundamental implementar procedimentos baseados na evidência científica mais recente sobre práticas seguras na preparação, administração, identificação e notificação do erro terapêutico. Neste sentido, foi desenvolvida uma *scoping review* com foco na temática em estudo.

Num paralelismo intrínseco, a Enfermagem, enquanto disciplina científica, tem a responsabilidade de contribuir de forma contínua para a produção de conhecimentos que

sustentem ações de cuidado culturalmente congruentes, tecnicamente competentes e moralmente aceitáveis, capazes de promover a preservação da vida nas suas diversas dimensões (Pires, 2009; Costa, 2021).

As teorias de enfermagem, ao estruturarem conceitos e relações, fundamentam a prática clínica, abordando conceitos específicos e passíveis de operacionalização.

Neste contexto, a Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos, de Patrícia Benner, foi selecionada como referencial teórico central por valorizar o raciocínio clínico, a antecipação de problemas e a capacidade de adaptação do enfermeiro em contextos de elevada complexidade (Benner et al., 2011).

A aplicabilidade desta teoria ao tema em estudo permite uma abordagem integrada, orientada para a melhoria da segurança do doente. Esta correlação destaca o desenvolvimento de competências específicas na administração segura de medicamentos ao doente crítico, na aplicação do conhecimento farmacológico e no aperfeiçoamento do raciocínio clínico, antecipando eventuais problemas e salvaguardando a segurança da PSC. Simultaneamente, evidencia que a prevenção do erro terapêutico depende tanto da expertise individual do enfermeiro como de um ambiente de trabalho que suporte práticas seguras e de um modelo de liderança recetivo à mudança e à abordagem proativa do erro.

O objetivo principal deste relatório de estágio é analisar, de forma reflexiva e crítica, o processo de aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências previstas para o grau de Mestre em Enfermagem e para o título profissional de EE EMC-PSC. Foram ainda definidos os seguintes objetivos específicos

- ✓ Analisar de que forma a Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patricia Benner, enquanto referencial transversal ao longo do percurso académico, fundamenta o contributo do EE EMC-PSC na redução do erro terapêutico;
- ✓ Descrever os diferentes contextos de prática clínica especializada;
- ✓ Detalhar as atividades realizadas para alcançar as competências de Mestre em Enfermagem, bem como as competências comuns e específicas do EE EMC-PSC;
- ✓ Identificar as ações desenvolvidas nos contextos de prática clínica direcionadas à redução do erro terapêutico;
- ✓ Fundamentar o desenvolvimento dessas competências com base em modelos teóricos e na evidência científica mais recente.

Este relatório está estruturado em três capítulos principais. O primeiro aborda a fundamentação teórica da Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patricia Benner e do erro terapêutico. O segundo capítulo descreve os contextos clínicos onde

os estágios foram realizados, incluindo recursos disponíveis, organização funcional, características e competências da equipa de enfermagem e indicadores de qualidade. Os estágios foram realizados no Grupo Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GL-PPCIRA) da ULS e no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) da mesma instituição e o estágio do 1.º ano foi creditado por experiência profissional prévia em serviço de urgência médico-cirúrgica.

Por fim, o terceiro capítulo apresenta o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE, bem como das competências de Mestre em Enfermagem.

Este documento foi elaborado em conformidade com as normas para a elaboração de trabalhos académicos e científicos da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, adotando a metodologia de referenciação bibliográfica da 7.ª edição da *American Psychological Association* (APA, 2020).

Na elaboração do presente relatório, foram utilizadas algumas ferramentas de inteligência artificial como apoio pontual à revisão linguística e à melhoria da redação de alguns excertos.

Todo o conteúdo foi revisto e validado por mim e pelo professor orientador, assumindo ambos integral responsabilidade pelo trabalho apresentado.

Para salvaguardar o anonimato da Unidade Local de Saúde (ULS) onde os estágios decorreram, algumas referências foram omitidas ou apresentadas de forma incompleta.

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

A ocorrência de eventos adversos na prestação de cuidados de saúde constitui na atualidade um dos principais desafios à segurança do utente. A nível nacional e internacional, reconhece-se a importância da implementação de estratégias para a prevenção de falhas, muitas delas evitáveis, tornando esta abordagem prioritária nas políticas de saúde (Direção Geral da Saúde [DGS], 2021). O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD 2021-2026), alinhado com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da Organização Mundial de Saúde (OMS), visa “a redução, o mais possível e à escala global, do dano evitável resultante da prestação de cuidados de saúde não seguros” (DGS,2021, p. 1). Este objetivo está presente em pilares como “prevenção e gestão de incidentes de segurança” e “práticas seguras em ambientes seguros”, que visa implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente na segurança da medicação “*Medication Without Harm*” - medicação sem dano (World Health Organization [WHO],2017).

Para uma utilização segura do medicamento, a OMS defende a adoção de estratégias que visem a redução da prevalência de incidentes. Segundo a WHO, um grande número de incidentes relacionados com a segurança dos doentes ocorre devido a erros na prescrição, dispensa, armazenamento, distribuição, preparação e administração de medicamentos, ou a falhas na monitorização dos processos relacionados com a utilização de medicamentos (WHO, 2017).

A mitigação do dano desnecessário associado à utilização de medicamentos constitui-se assim como relevante na promoção da segurança da pessoa.

A prevenção destes incidentes exige o envolvimento de todos os profissionais de saúde, uma vez que a causa se prende com questões de ordem multifatorial (Costa et al., 2020).

O erro associado à medicação é uma das maiores causas de eventos adversos em UCI. A OMS refere que 8% a 10% dos doentes internados em UCI são vítimas de incidentes terapêuticos, a maioria consequência de práticas pouco seguras no que se refere ao uso de medicamentos (WHO,2017). Quanto mais invasivos, complexos, imprevistos e aleatórios forem os cuidados, maior é o risco de ocorrência de erro (Weingart et al.,2001).

Patrícia Benner, na sua Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos, ressalta a importância do julgamento clínico ágil, da experiência acumulada e da comunicação eficiente do enfermeiro como essenciais nos cuidados em ambientes de alta complexidade.

Segundo Alligood (2014), as teorias consistem num conjunto organizado de conceitos e definições que explicam, de maneira lógica, determinados fenómenos, atribuindo-lhes sentido.

A identificação precoce de problemas (neste caso, o erro terapêutico) e a antecipação dos mesmos permite ao EE EMC-PSC implementar estratégias que promovam o bem-estar da PSC e família tendo por base a prática baseada na evidência na prestação de cuidados, alicerçada na teoria. A combinação de ambas, permite uma prática segura, fundamentada, melhorando a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Alligood, 2014).

1.1 A TEORIA DA SABEDORIA CLÍNICA EM CUIDADOS AGUDOS E CRÍTICOS DE PATRÍCIA BENNER

Os modelos e teorias de enfermagem são fundamentais para dar significado à prática clínica, estruturando a compreensão do pensamento crítico na profissão. Eles oferecem uma base teórica sólida que permite ao enfermeiro atuar de forma rigorosa e fundamentada em princípios científicos, conectam a teoria com a prática clínica, abordando conceitos mais específicos e menos abstratos (Huitzi-Egilegor et al., 2014).

Para fundamentação da temática foi selecionada a Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patrícia Benner.

Esta teoria surge como modelo evolutivo da Teoria de Iniciado a Perito de Patrícia Benner. Trata-se de uma teoria recente (2011), em que Patrícia Benner, Patricia Hooper Kyriakidis e Daphne Stannard expandem os conhecimentos da teoria anterior para o contexto dos cuidados agudos e críticos.

No decorrer do percurso profissional, o enfermeiro desenvolve a aquisição gradual de competências e o aprimoramento da proficiência na prática clínica. Esse processo inclui uma transformação na confiança ao lidar com situações abstratas, uma percepção mais aprimorada em determinados contextos e a transição de um papel de observador para um agente ativo, integrado nas práticas de cuidados (Benner, 2001). Esta transição defendida por Patrícia Benner adapta o modelo de Dreyfus para o contexto da Enfermagem, e aplica os cinco estádios de desenvolvimento à prática dos enfermeiros. Benner (2001) descreve que os enfermeiros progridem gradualmente pela ordem descrita: iniciado; iniciado avançado; competente; proficiente e perito.

Na sua Teoria da Sabedoria em Cuidados Agudos e Críticos Benner, descreve os cinco estádios:

- ✓ Iniciado: O enfermeiro está a aprender regras e práticas básicas. Ainda sem experiência prática significativa. Aplica regras rígidas sem adaptação ao contexto clínico.
- ✓ Iniciado avançado: O enfermeiro já possui alguma experiência prática e consegue reconhecer aspetos recorrentes do contexto clínico. Começa a aplicar julgamentos mais contextualizados.
- ✓ Competente: Com prática continuada, o enfermeiro organiza e planeia de forma eficaz a sua atuação. Tem maior consciência das consequências do contexto clínico e das suas ações, no entanto não consegue reconhecer uma situação no seu todo.
- ✓ Proficiente: O enfermeiro compreende a situação como um todo e é capaz de antecipar problemas, baseando decisões em experiência e intuição mais do que em regras explícitas.
- ✓ Perito: O enfermeiro é detentor de uma vasta experiência e julgamento intuitivo apurado, reconhecendo rapidamente padrões complexos e atuando com fluidez e precisão, mesmo em situações críticas (Benner et al., 2011).

Conforme o modelo proposto por Benner, o desenvolvimento de competências é dinâmico, pessoal e fundamentado na experiência individual do enfermeiro que, com o tempo, alcança o nível de perito. Neste estágio avançado, a sua atuação é apoiada não apenas em regras e protocolos, mas na compreensão intuitiva e na vivência prática das situações enfrentadas no ambiente clínico (Benner, 2001; Nunes, 2010).

Esta teoria defende que o desenvolvimento da proficiência do enfermeiro ocorre por meio da experiência acumulada, refletida na evolução do pensamento crítico, julgamento clínico e tomada de decisão baseada na compreensão integrada do contexto clínico (Benner et al., 2011; Benner, 2001).

Segundo as autoras, o enfermeiro perito na prestação de cuidados à PSC deve deter habilidades na área do pensamento face ao problema ou situação e capacidade na compreensão clínica- na área da ação e previsão clínica, isto é, capacidade para não só para identificar e corrigir um problema, mas também para o prevenir (Benner et al., 2011). A compreensão clínica (através da identificação, investigação e resolução de problema), é adquirida quando o enfermeiro consegue pensar na situação e no imediato projetar alterações no doente crítico que possam ocorrer. A previsão clínica (antecipação e prevenção de potenciais problemas) é o que permite ao enfermeiro perito antecipar situações clínicas críticas e intervir atempadamente, de

forma a evitá-las ou reduzir as suas consequências (Benner et al., 2011).

A previsão clínica é um componente fundamental na prática do enfermeiro, pois permite antecipar situações críticas que possam surgir, possibilitando intervenções oportunas e eficazes. Esse processo depende fortemente da aprendizagem baseada em experiências anteriores semelhantes e envolve a capacidade de criar uma imaginação clínica, que consiste em antecipar, projetar e agir de acordo com as manifestações clínicas do momento.

Benner destaca que esta habilidade não se relaciona com percepções sensoriais e intuitivas, mas está fortemente associada a fundamentações no reconhecimento de padrões, a um senso aguçado de relevância e preocupação, desenvolvido a partir do aprendizado experimental de situações passadas. O fortalecimento dessa previsão clínica contribui para o desenvolvimento da sabedoria clínica, que se baseia tanto na experiência adquirida quanto na consciência crítica das situações vivenciadas (Benner et al., 2011).

A previsão clínica baseia-se em cinco pressupostos principais: a capacidade de pensar proactivamente sobre o futuro, a antecipação de diagnósticos específicos e suas hipotéticas alterações adjacentes, a habilidade de reconhecer e preparar-se para crises iminentes, a identificação dos riscos e vulnerabilidades particulares do doente e a aptidão para prever eventos inesperados (Benner et al., 2011).

Esses elementos sustentam a prática do enfermeiro no contexto dos cuidados críticos, permitindo-lhe agir de forma estratégica e informada em situações complexas e dinâmicas.

O raciocínio e o julgamento clínico constituem elementos centrais na atuação do EE permitindo-lhe intervir eficazmente perante situações ambíguas, complexas e imprevisíveis. A capacidade de articular de forma coerente o pensamento com a prática, revela-se essencial para proporcionar respostas adequadas e em tempo oportuno, ajustadas às necessidades emergentes do contexto clínico em cuidados críticos.

De acordo com Benner e colaboradores (2011), o exercício de enfermagem em cuidados à PSC requer elevada perícia técnica e cognitiva. São necessárias escolhas e decisões fundamentadas na análise e interpretação das circunstâncias clínicas, visando a resolução de quadros complexos e a promoção de um cuidado seguro e de qualidade (Benner et al., 2011).

A Teoria da Sabedoria Clínica nos Cuidados Agudos e Críticos surgiu assim, como uma ampliação da Teoria do Iniciado ao Perito, estando também integrada na Teoria Expertise in Nursing Practise. Esta teoria detalha as áreas da sabedoria prática, da competência clínica avançada e do saber-fazer (know-how) que caracterizam o enfermeiro perito no cuidado à PSC (Benner et al., 2011).

Segundo as autoras que tenho vindo a citar, para que um enfermeiro alcance o nível de

perito na prestação de cuidados especializados ao doente crítico, é indispensável que desenvolva um conjunto de habilidades: capacidade de definir prioridades, aplicar conhecimentos na prática clínica, raciocinar perante mudanças, possuir conhecimento aprofundado, reagir rapidamente às alterações no estado do doente, assumir responsabilidade e tomar decisões, estabelecer uma relação interpessoal eficaz com a PSC e família, incorporar princípios éticos na prática e demonstrar empatia ao colocar-se na situação do doente (Benner et al., 2011).

No âmbito dos cuidados à PSC, a teoria destaca nove domínios fundamentais que evidenciam as competências necessárias para a prestação de cuidados qualificados, entre os quais:

- ✓ Diagnosticar e monitorizar as funções fisiológicas de suporte à vida em doentes agudos e críticos;
- ✓ Saber gerir uma situação de crise (know-how);
- ✓ Promover medidas de conforto no doente agudo e crítico;
- ✓ Cuidar e dar apoio às famílias dos doentes;
- ✓ Prevenção de acidentes e eventos adversos;
- ✓ Encarar a morte (cuidados de fim de vida e tomada de decisão);
- ✓ Apresentação do caso (comunicar avaliações clínicas e melhorar o trabalho em equipa);
- ✓ Segurança do doente (monitorização da qualidade, prevenção e gestão de risco);
- ✓ Conhecimento sobre liderança clínica e moral e sobre a supervisão (Benner et al., 2011).

Esses domínios explicam como o EE deve proceder em situações imprevisíveis e de alta pressão, articulando raciocínio clínico e ação rápida, visando não só a resolução eficaz dos problemas identificados, mas também a antecipação e prevenção de eventos adversos, o que reforça a importância do conhecimento especializado aliado à experiência prática (Benner et al., 2011; Nunes, 2010).

A Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patrícia Benner não aborda explicitamente os conceitos metaparadigmáticos tradicionais da enfermagem.

A visão de Benner é influenciada pelos filósofos Heidegger e Merleau-Ponty e define pilares como ser humano, saúde, situação e enfermagem (Alligood, 2018).

No entanto, podemos, pela forma como é abordada, relacioná-los com os conceitos definidos pela OE como os enunciados descritivos de qualidade na prática profissional (pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem) (OE, 2001).

De acordo com o mesmo documento, estes conceitos são base fundamental para o entendimento da prática da enfermagem. A pessoa deve ser encarada como uma totalidade, considerando suas necessidades físicas, emocionais e sociais e respeitando a sua dignidade e direitos. O conceito saúde, diz respeito ao bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. A saúde é um conceito pessoal e multifatorial. A responsabilidade do enfermeiro recai sobre a promoção da saúde e na recuperação da mesma.

A Situação, segundo Benner et al (2011) - ambiente segundo a OE (2001), refere-se ao contexto em que a pessoa se desenvolve, vive e se encontra. Encontra-se diretamente relacionado com fatores físicos, sociais e culturais. Um ambiente seguro é primordial e impactante na saúde da pessoa. Neste âmbito em particular atenção à temática explorada.

Por último, os cuidados de enfermagem definem-se por intervenções realizadas pelos enfermeiros de forma a dar resposta às necessidades de saúde das pessoas/famílias/comunidades, baseadas em conhecimento (OE,2001).

Posto isto, a aplicabilidade desta teoria ao tema em estudo permite uma abordagem integrada com o objetivo de melhorar a segurança do doente.

O enfermeiro perito, aliando o seu julgamento clínico desenvolvido, à capacidade de tomar decisões informadas pela experiência, reconhece no seu ambiente os riscos associados ao cuidado do doente crítico. Tem a capacidade de prevenir acidentes/complicações e eventos adversos e garante a segurança da pessoa em situação crítica. Desta forma, age preventivamente num clima de liderança clínica e supervisão, pontes em correlação estreita com a relevância da redução do erro terapêutico.

Esta teoria aplicada à análise da redução do erro terapêutico permite reconhecer que a prevenção de erros depende tanto da expertise individual, quanto de um ambiente de trabalho que suporte práticas seguras e de um conceito de liderança recetivo às mudanças de paradigma numa abordagem proactiva do erro. Esta expertise clínica reduz a probabilidade de falhas nos cuidados e melhora a segurança e a qualidade dos cuidados, justificando assim a relevância da teoria ao tema abordado.

1.2 ERRO TERAPÊUTICO

A segurança do doente é um ponto fulcral na qualidade dos cuidados que vem consagrado na Constituição da República Portuguesa, artigo 64.º como um direito fundamental do cidadão, no acesso universal e equitativo a cuidados de saúde de qualidade (República Portuguesa,2025). Concomitantemente, a Lei de Bases da Saúde (Assembleia da República, 2019) estabelece os

princípios fundamentais para a segurança do doente- base 2- que determina que as pessoas têm direito a aceder a cuidados de saúde adequados, com base na melhor evidência científica disponível e seguindo boas práticas de qualidade e segurança em saúde, assegurando um atendimento digno e humanizado.

Os incidentes associados à segurança e a ocorrência de eventos adversos na prestação de cuidados de saúde têm sido alvo de preocupação tanto a nível nacional como internacional e é amplamente reconhecida a importância de implementar estratégias e ações direcionadas à redução destas ocorrências, muitas delas evitáveis, como forma de promover a qualidade e segurança dos cuidados. Assim, a prevenção de eventos adversos constitui uma prioridade incontornável atual nas políticas e práticas em saúde (DGS,2021).

Segundo a *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCCMERP) (n.d), um erro de medicação é qualquer evento evitável que pode levar ao uso inadequado de medicamentos ou causar danos ao doente enquanto o medicamento está sob o controlo do profissional de saúde, do doente ou do consumidor.

A responsabilidade de prevenir o erro é partilhada pelos diversos agentes presentes ao longo do circuito do medicamento. Este tipo de incidentes são de ordem multifatorial e relacionam-se com práticas profissionais, produtos, procedimentos e sistemas. Assim, a prevenção do erro implica o envolvimento de todos e para isso é fundamental reconhecermos o que acontece e ajustarmos estratégias para a prevenção desta problemática (Costa et al., 2020).

O Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 (PAMSD 2021-2030) (WHO,2021) tem como visão um mundo no qual o dano relacionado com os cuidados de saúde seja nulo pelo que se têm desenvolvido inúmeros projetos com esse intuito, nomeadamente na segurança na medicação “*Medication Without Harm*” (WHO,2017)

Não se encontraram dados específicos que se refiram à situação portuguesa, sobre a dimensão do erro nas organizações ou serviços de saúde. Contudo Weingart et al. (2001) reforçam que quanto mais perto examinamos a prestação dos cuidados de saúde mais erros encontramos e afirmam que doentes com patologias mais graves, sujeitos a múltiplas intervenções, que permanecem no hospital mais tempo, têm mais possibilidades de serem alvo de danos em resultado de erros. O erro associado à medicação é uma das maiores causas de eventos adversos em UCI (Oliveira et al., 2021) e ocupam o top 3 dos incidentes de segurança (WHO,2024). O erro associado à medicação verificou-se em 56% nos estudos observacionais prospetivos (Krähenbühl et al.,2007)

A abordagem internacional defendida para uma utilização segura do medicamento exige uma diminuição da prevalência dos incidentes, através da adoção de medidas estruturais e

processuais de prevenção, implicando mudanças organizacionais e comportamentais, quer dos profissionais envolvidos e da população em geral, quer das instituições, direta ou indiretamente, envolvidas (DGS,2021)

A necessidade de prevenção face ao potencial elevado de dano associado a medicamentos, foi incorporada no PNSD, com a publicação da Norma DGS n.º 020/2014 (Lista interna de medicamentos com nomes semelhantes (*Look-Alike Sound-Alike* - LASA) e com a Norma n.º 014/2015 (Medicamentos de alerta máximo), foi igualmente incorporada a promoção da reconciliação terapêutica como ferramenta obrigatória nas transições assistenciais. É nas transições entre cuidados que o processo de gestão da medicação apresenta mais riscos associados e complexidade (Barroso et al., 2021).

Ainda assim, e reconhecendo este e outros desafios, a DGS, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emitiu, na área da qualidade organizacional, a norma 005/2018 atualizada posteriormente a 10/01/2020, “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais” com o objetivo de promover uma cultura organizacional que prioriza a segurança do doente, reduzindo riscos e prevenindo eventos adversos na prestação dos cuidados (DGS,2020). Mais recentemente a norma n.º 017/2022 (DGS, 2022a), define como deve ser feita a notificação e a gestão de incidentes de segurança do doente, com o objetivo de otimizar estes processos em todas as instituições de saúde.

Em Portugal, tanto os profissionais de saúde como os cidadãos podem reportar reações adversas a medicamentos e incidentes relacionados com medicação em portais online específicos, nomeadamente no NOTIFICA, portal de Segurança do Doente destinado à notificação e gestão de incidentes ocorridos no Sistema de Saúde, ou no portal RAM da Infarmed- Notificação de reações adversas/efeitos indesejáveis de medicamentos.

A notificação de eventos associados à medicação constitui uma medida, que após análise revela-se numa ferramenta essencial para a promoção da segurança do doente e da qualidade dos cuidados. Esta análise possibilita a identificação das causas e padrões dos eventos adversos, permitindo às instituições desenvolverem ações preventivas, corretivas e educativas que minimizem a reincidência dos mesmos. As plataformas de notificação encontram-se articuladas com órgãos reguladores na emissão de alertas, permitindo posteriormente a elaboração de normas e documentos que mitiguem o evento (Almeida et al., 2022).

Simultaneamente, a notificação promove a cultura de segurança não punitiva, incentivando os profissionais a sinalizarem ocorrências de forma ética e colaborativa, o que transforma o erro numa oportunidade de aprendizagem e melhoria contínua (Sevenpubl,2024).

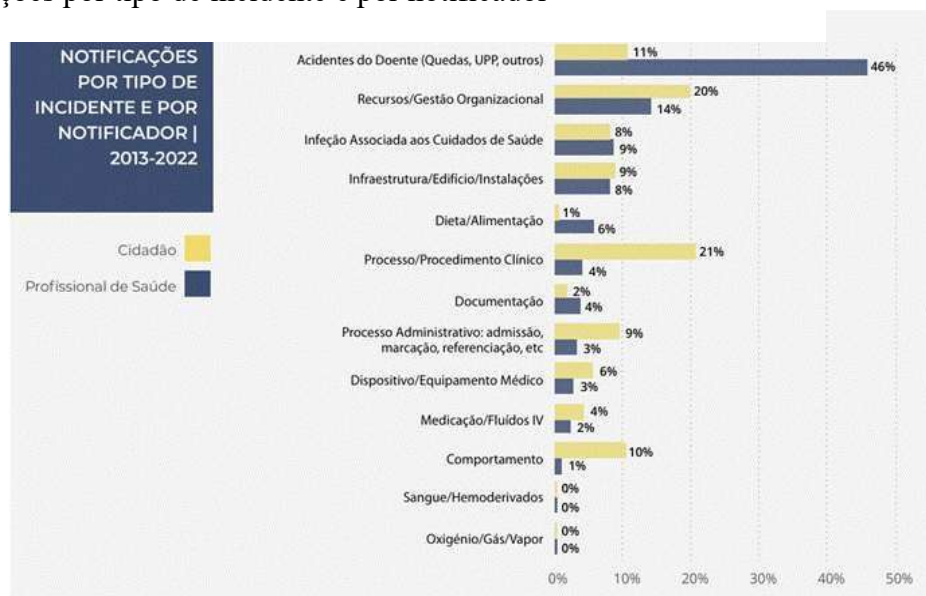
Apesar da existência de enquadramento normativo que incentiva de forma clara a

notificação de incidentes de segurança do doente, não se encontram atualmente disponíveis, em acesso público, dados recentes consolidados sobre estas notificações, nomeadamente para o período posterior a 2022. Os últimos registos, de acordo com os dados do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes, disponíveis no portal transparência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), divulgados no relatório de notificações de segurança do doente 2013-2022 (SNS, n.d), referem-se, de forma mais sistemática, a anos anteriores, o que limita a monitorização atualizada da evolução do número e do perfil dos incidentes notificados, assim como restringe a evidência da taxa de adesão das equipas, às práticas de vigilância e notificação de incidentes ao longo do tempo.

No entanto, percebemos que a notificação de eventos associada à medicação ainda é em número reduzido e que, curiosamente, é sobretudo notificada por cidadãos e não por profissionais de saúde (Figura 1), o que manifesta a necessidade de considerar os fatores que levam a uma subnotificação, que embora estudados não são o foco desta temática. Esta constatação vai ao encontro de Teixeira et al. (2024), que afirma que os relatórios de incidentes e segurança do doente revelam que a notificação continua a ser baixa até em UCI onde a sua taxa deveria ser superior.

Figura 1

Notificações por tipo de incidente e por notificador



Fonte: Relatório de notificações de segurança do doente 2013-2022 (SNS, n.d)

Os profissionais de saúde, dentro da sua instituição, podem também reportar os incidentes às suas Comissões de Qualidade e Segurança (CQS), nas aplicações internas destinadas a esse

fim.

Os erros terapêuticos ocorridos durante a preparação e administração de terapêutica são da responsabilidade do enfermeiro por se enquadrar dentro do âmbito das suas intervenções segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). Os enfermeiros “Procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (Portugal, Ministério da Saúde, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, p.296). No entanto, nenhum enfermeiro está isento da ocorrência de eventos adversos associados à sua prática profissional. Os doentes confiam plenamente nos cuidados que lhes são prestados e de modo algum estão preparados para quando as coisas correm mal. Nem eles nem as suas famílias (OE,2020), pelo que é necessário reduzir a incidência do erro associado à administração de terapêutica.

Paralelamente, segundo o Código Deontológico dos enfermeiros (OE, 2015a), o enfermeiro tem o dever deontológico que é inerente à profissão de “Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” - artigo 109º- e “Manter no desempenho das suas atividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão” -artigo 111º.

Dentro da problemática do erro terapêutico, o regulamento de competências do enfermeiro de cuidados gerais (2015b), no domínio da prestação e gestão de cuidados, refere que o enfermeiro tem a competência de promover um ambiente seguro, garantindo a segurança da administração de substâncias terapêuticas.

Tal como já explanado, o EE EMC-PSC pelo seu perfil de competências específicas, assegura a responsabilidade de otimizar o ambiente terapêutico e de implementar intervenções que previnem complicações, promovendo uma prática segura e de qualidade. Contribui como tal, de forma significativa para a mitigação do erro terapêutico ao dinamizar respostas rápidas e adequadas em situações de emergência e ao controlar riscos (OE,2018b).

Desta forma, pela importância fulcral do EE EMC-PSC no que concerne às suas unidades de competência, nomeadamente, na unidade de competência “Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação” e “Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação” (OE, 2018b, p. 19362) importa compreender quais as estratégias para minimizar o erro, à luz da mais recente evidência científica.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento de competências nesta temática específica assentou num modelo multifacetado, combinando estratégias pedagógicas orientadas pelas tarefas tendo como ponto de partida uma questão a estudar ao invés de um problema a resolver; aprendizagem orientada em contexto prático e pesquisas baseadas em evidência. Assim, para fundamento do percurso formativo, realizou-se uma *scoping review* segundo *Joanna Briggs Institute*, com a seguinte questão de partida: Quais as intervenções de enfermagem que reduzem o erro terapêutico na pessoa em situação crítica?

Da pesquisa realizada, pode constatar que são diversas as estratégias de forma a reduzir a ocorrência de erros terapêuticos que a evidência destaca, entre as quais: ao nível dos profissionais de saúde: aconselha-se a implementação de programas de educação contínua e formação, projetos e programas de melhoria contínua na instituição, com o objetivo de sensibilização quanto à importância da notificação de eventos adversos assim como capacitar os profissionais para reduzir a incidência de erros, melhorando o conhecimento sobre protocolos, farmacocinética, farmacovigilância, diluições e cálculos de dosagem (Guimarães et al.,2023),(Beirouti et al.,2022).

A comunicação interdisciplinar deve ser fluida e capaz de impulsionar o espírito de partilha, que promova o aprendizado com base em experiências (Dick-Smith et al.,2023). Recomenda-se a implementação de uma cultura de notificação de erros, independentemente do dano (Gqaleni et al.,2024).

Na ocorrência de falhas, preconiza-se uma abordagem sistémica, focada na análise dos fatores contribuintes à ocorrência do evento (causa-raiz), em detrimento de uma cultura punitiva individual (Gqaleni et al.,2024). Adesão a protocolos e programas de administração de medicamentos de forma certa - “9 certos” (Athanasakis, 2021), incluindo a verificação cuidadosa da identidade do doente (Teixeira et al., 2024).

Ao nível da organização preconiza-se a veiculação de referenciais normativos de medicamentos LASA e de alerta máximo (Barroso et al.,2021); ajuste de rácios adequados entre enfermeiros e doentes com base em cálculos de dotações seguras e sistemas de classificação de doentes (Dick-Smith et al.,2023) (Marznaki et al.,2023).No que se refere às dotações seguras, Athanasakis (2021) reforça a importância de elementos peritos e experientes dentro da equipa que funcionam como supervisores e consultores na mitigação do erro terapêutico.

Ao nível da tecnologia e sistemas de notificação, a dupla verificação revela-se uma mais-valia quando tem por base a utilização de sistemas tecnológicos e inteligentes que reduzem o erro (sistemas de perfusão inteligente/sistemas de códigos de barras) (Barroso et al.,2021). Preconiza-se a prescrição eletrónica simples e bem tutelada (Gqaleni et al.,2024).

Ao nível de infraestruturas, sabe-se que o elevado número de tarefas (*multitasking*) e a elevada frequência de interrupções durante a preparação de medicamentos, sobretudo pelos próprios enfermeiros, é identificada como um fator que potencia o risco de erro pelo que se preconiza a criação de locais próprios para preparação de medicação livres de interrupções (Beirouti et al.,2022).

Na transição de cuidados, o esquema terapêutico deve ser claro e bem definido e incluído nas notas de alta/transferência/transição de cuidados. O trabalho em rede com os cuidados de saúde hospitalares e primários permite a monitorização terapêutica e a implementação efetiva de práticas de reconciliação terapêutica. Este processo multidisciplinar centrado no doente, promove a literacia terapêutica como foco prioritário (Barroso et al.,2021). O mesmo autor defende a importância da educação e suporte aos familiares/cuidadores e doente e um *follow-up* com comunicação próxima por telefone ou consultas próximas. Nas UCI com programas de *follow-up* que visam minimizar as complicações decorrentes do internamento e a recidiva do acontecimento, a terapêutica deve ser tema a abordar com o doente/família/cuidadores. O erro terapêutico é multifatorial e fatores como situações clínicas complexas, doentes com idade avançada, polimedicados, e multicomorbilidades aumentam o risco de dano como consequência do uso de medicamentos (Duerden et al.,2013)

A literatura aponta que a redução do erro, nomeadamente no âmbito da especificidade que abordo, prende-se sobretudo com fatores organizacionais e ambientais, bem como à urgente necessidade de um paradigma inovador na liderança. Esta deve priorizar a identificação e gestão da causa raiz dos problemas, em detrimento de posturas punitivas ou em busca de culpados, as quais se revelam limitadoras e contraproducentes. Esta mudança é fundamental para promover um ambiente organizacional mais assertivo e eficaz, favorecendo a melhoria contínua e a responsabilização construtiva dentro das instituições. A transição torna-se relevante e vai ao encontro das práticas modernas de liderança que enfatizam a empatia, a transparência e a resolução sistémica de conflitos, contribuindo para um clima organizacional saudável e sustentável (Beirouti et al.,2022), (Guimarães et al.,2023), (Marznaki et al.,2023) e (Dick-Smith et al.,2023). É imperativo que os enfermeiros estejam capacitados para identificar, prevenir e reduzir o erro terapêutico, mas para isso é necessário compreender sua tipologia e etiologia.

Reduzir o risco de dano desnecessário relacionado com a medicação é promover a qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa. Princípios inerentes às competências do EE EMC-PSC, ao REPE e ao Código Deontológico que rege a profissão, assim como aos padrões de qualidade do EE EMC-PSC.

2. CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

Este capítulo dedica-se à descrição e análise dos dois contextos de estágio que integram as UC de Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (2º semestre) e de Estágio à Pessoa em situação Crítica com Relatório (3º semestre).

O primeiro estágio foi creditado pela Comissão de Creditação da Universidade de Évora, que reconheceu que já “possui as competências necessárias para as quais a UC de Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica visa preparar” (Os dados relativos ao pedido de creditação n.º 298.2024 foram obtidos na área pessoal de estudante na plataforma SIIUE da Universidade de Évora). A creditação teve por base a experiência profissional devidamente comprovada e autenticada pela entidade empregadora e pelas formações realizadas.

A experiência profissional corresponde a 14 anos no SU e de transporte inter-hospitalar do doente crítico, considerada suficiente, de acordo com a equipa avaliadora, para ser compatível com os objetivos e conteúdos do estágio a acreditar.

O estágio, centrado na enfermagem à PSC, com elaboração de relatório, decorreu em dois contextos distintos.

O primeiro, entre 16 de setembro e 15 de novembro de 2025, no Grupo Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GL-PPCIRA) e o segundo no Serviço Medicina Intensiva (SMI). Foi possível, também, acompanhar a equipa da CQS em três turnos observacionais. Ambos os estágios foram realizados na mesma ULS cujo anonimato se manterá.

A ULS é uma entidade pública de natureza empresarial, que integra o hospital com cerca de 150 camas de internamento e o agrupamento de centros de saúde (5) e respetivas extensões (32), dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial (informação extraída de legislação específica aplicável, omitida para preservar o anonimato da instituição).

Esta estrutura tem como objetivo principal a prestação integrada e contínua de cuidados de saúde à população dos cinco concelhos que abrange (ULS, 2024a), dando resposta assistencial a uma população diversificada com desafios singulares devido às características demográficas e territoriais da zona, de cerca de 100 mil habitantes, com um acréscimo sensível de 20 mil utilizadores em períodos sazonais, nomeadamente em períodos de verão (ULS, 2024a).

A missão da ULS consiste em promover a saúde, atendendo às necessidades crescentes e complexas dos indivíduos, famílias e comunidades, respeitando as suas preferências. Esta abordagem contempla os diversos determinantes que influenciam a saúde, adotando uma visão ampla e integrada para a prestação de cuidados (ULS, 2024a).

Para garantir o cumprimento da sua missão, conta com equipas multidisciplinares compostas por médicos, enfermeiros, técnicos e profissionais de suporte, organizados em estruturas administrativas e clínicas que promovem a eficiência, a qualidade e a segurança dos cuidados.

De acordo com o regulamento interno da ULS (2024a), os valores que norteiam a instituição incluem a humanização do cuidado, competência profissional, equidade, transparência, sustentabilidade e o respeito pelos direitos dos utentes e trabalhadores.

A ULS está organizada em áreas complementares que garantem a prestação, apoio e gestão dos cuidados de saúde, fomentando a interdisciplinaridade e a qualidade assistencial (ULS, 2024a).

No que respeita a estruturas de apoio técnico especializado, importa destacar a constituição de Comissões e Equipas para matérias de interesse transversal, nos termos do artigo 88.º dos estatutos institucionais (Decreto-Lei n.º 52/2022). Entre estas, destacam-se o GL-PPCIRA, dedicado à prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e à salvaguarda da eficácia dos antimicrobianos (ULS, 2024a), e a CQS, responsável pela promoção da segurança e qualidade de cuidados de utentes e profissionais no ambiente de prestação dos serviços e na gestão do risco clínico e não clínico (ULS, 2024a).

A área clínica da ULS é caracterizada por uma estrutura organizacional diversificada e abrangente, formada por vários departamentos especializados. Entre estes enumeram-se: o Departamento de Especialidades Médicas, os Serviços Integrados de Cuidados Paliativos, o Serviço Local de Psiquiatria e Saúde Mental, o Departamento de Especialidades Cirúrgicas, o Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, o Departamento de Urgência e Emergência, o Departamento de Ambulatório, Diagnóstico e Terapêutica, a Gestão Integrada de Anestesiologia e Bloco Operatório, bem como o Departamento de Saúde Familiar e Comunitária (ULS, 2024a).

Para caracterizar a equipa de enfermagem, solicitei o preenchimento de questionário a todos os enfermeiros do SMI (apêndice A) e, no GL-PPCIRA, apliquei informalmente questões que permitissem essa caracterização. Não foi utilizada aplicação de questionário neste grupo referido em último, por forma a preservar o anonimato pela pequena dimensão da equipa. Os dados recolhidos incluem aspetos sociodemográficos e formação profissional relevante para

cada contexto, tendo sido organizados e analisados posteriormente com recurso ao *Google Forms*. A apresentação dos resultados foi feita automaticamente pelo próprio sistema através de tabelas e gráficos, categorizadas e organizadas por intervaladas segundo a tipologia das questões (apêndice B). A análise e discussão dos dados encontram-se nos subcapítulos específicos por contexto. A não participação de alguns profissionais deveu-se a situações de ausência prolongada (baixa) ou recusa.

O procedimento de recolha de dados foi realizado de forma não estruturada, através da partilha do link no grupo WhatsApp do SMI de forma a preservar o anonimato institucional. Este tipo de questionários possibilitou-me realizar um diagnóstico das competências dos enfermeiros do GL-PPCIRA e das competências e necessidades formativas dos enfermeiros no SMI como estabelecido por objetivo no projeto de mestrado.

Complementarmente, para uma caracterização mais aprofundada dos contextos clínicos, foi solicitada à enfermeira gestora do SMI dados relativos ao movimento assistencial e indicadores de qualidade, disponibilizados para efeitos de elaboração do relatório final com o compromisso de, em momento algum identificar a instituição de recolha dos dados. Os dados foram cedidos através da partilha de um documento Excel que continha a informação necessária para análise do SMI.

Foram avaliados os relatórios de atividades do GL-PPCIRA e os indicadores epidemiológicos da ULS.

Os indicadores de qualidade ajudam a identificar pontos fortes e deficiências nos serviços, proporcionando a tomada de decisões informadas e a implementação de melhorias específicas, reduzindo os erros e otimizando os recursos. A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde assenta em múltiplos métodos e indicadores (Sousa, 2018).

Os indicadores epidemiológicos e de qualidade são essenciais para monitorizar, avaliar e melhorar as práticas de enfermagem, a gestão dos cuidados e desenvolver planos de melhoria contínua fundamentados. A divulgação dos resultados promove a qualidade e segurança (Cavalcante, 2015).

Para Almeida & Silva (2008), os indicadores de qualidade na saúde são divididos em indicadores de processo (que avaliam as atividades realizadas pelos profissionais) e indicadores de *outcome* (que medem os resultados dos cuidados, como mortalidade e satisfação do utente). Os indicadores de processo são considerados mais sensíveis e interpretáveis para medir a qualidade dos cuidados oferecidos, em paralelo, os indicadores de *outcome* que medem os resultados do cuidado podem ser influenciados por variáveis externas ao controlo dos profissionais. A avaliação da eficiência e qualidade no SNS de Portugal envolve a utilização de

indicadores agregados, combinando dados de eficiência, qualidade de processos e resultados para orientar a gestão e promover melhorias contínuas nos serviços de saúde (Martins et al., 2024).

Foi analisado o cumprimento de dotações seguras e metodologias de trabalho em enfermagem no estágio no SMI e avaliado cumprimento do Despacho n.º 10901/2022 (Gabinete do Secretário de Estado, 2022) no que se refere à constituição da equipa do GL- PPCIRA.

Por fim, foi desenhada uma análise *SWOT* de cada contexto de estágio. A utilização da análise *SWOT* no contexto de enfermagem funciona como ferramenta para o desenvolvimento de estratégias de melhoria contínua e de decisões fundamentadas em dados. Este tipo de ferramenta avalia fatores internos (forças e fraquezas) e externos (oportunidades e ameaças), permitindo reconhecer oportunidades de desenvolvimento profissional e institucional e facilitar a análise na antecipação de riscos que podem comprometer a qualidade dos cuidados (Vendruscolo, et al, 2022).

2.1 GRUPO LOCAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS

O Despacho n.º 10901/2022, publicado no Diário da República n.º 174, emanado pelo Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde veio atualizar o Despacho n.º 15423/2013 e reforça as estratégias para o combate às IACS orienta intervenções que promovem melhores práticas e controlo da Resistência aos Antimicrobianos (RAM). Segundo o mesmo despacho, “os objetivos gerais deste Programa são a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos” (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2022, p. 93).

As equipas de atuação nesta área específica cumprem critérios que o despacho enumera no que concerne ao seu perfil de competências e à organização de recursos humanos.

2.1.1 Recursos e organização funcional

O GL-PPCIRA, outrora designado de Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA), integra um órgão multidisciplinar de carácter consultivo e tem por função colaborar com o conselho de administração, por sua iniciativa ou a pedido do mesmo, na matéria da sua competência. Dotado de autoridade

institucional e autonomia técnica, tem como missão planear, implementar e monitorizar o Plano de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) associado aos cuidados de saúde da ULS, de acordo com as diretivas nacionais e as características específicas da unidade de saúde (ULS,2025c).

O GL-PPCIRA trabalha sobre a vigilância epidemiológica, na elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas; na formação e informação aos profissionais de saúde, utentes e visitantes e na consultadoria e apoio às diversas estruturas da ULS (ULS,2025c).

Os principais objetivos do GL-PPCIRA centram-se na redução das IACS, através da implementação de boas práticas de higiene e segurança, monitorização das infeções nosocomiais e análise de surtos.

O GL-PPCIRA da ULS é constituído por um Núcleo Executivo (NE) nomeado pelo conselho de administração, composto por três médicos com uma dedicação total de 48 horas semanais (um acumula funções de coordenação, especialista em microbiologia, um segundo médico especialista em medicina intensiva com foco de intervenção nos cuidados hospitalares e um médico de medicina geral e familiar que dedica estratégias de atuação aos cuidados de saúde primários) e três enfermeiros. É parte integrante da estrutura do GL-PPCIRA um subgrupo de antimicrobianos, um núcleo de apoio técnico e consultivo e equipas de controlo de infeção (ULS,2024b).

É possível observar a hierarquia estrutural na figura 2.

Figura 2

Hierarquia estrutural do GL-PPCIRA



Fonte: Elaboração própria com base no regulamento interno do GL-PPCIRA (ULS, 2025)

A constituição do NE da ULS aproxima-se ao publicado no Despacho n.º 10901/2022 que define que a UL-PPCIRA deve ser dirigida por um médico e por um enfermeiro gestor, ambos nomeados pelo conselho de administração. No caso em questão o enfermeiro gestor encontra-se designado como enfermeiro responsável.

A equipa deve ser multidisciplinar, incluindo obrigatoriamente médicos (com pelo menos um patologista clínico/microbiologista), enfermeiros, farmacêuticos e outros técnicos de saúde ligados à área de atuação. Em hospitais com menos de 150 camas, é admitido que o diretor e o enfermeiro dediquem até um terço do horário a outras funções. O despacho refere ainda que a UL-PPCIRA deve reunir as responsabilidades dos cuidados primários e hospitalares, como verificado (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2022).

O NE do GL-PPCIRA reúne-se mensalmente para garantir a coordenação geral, planeamento e monitorização das ações estratégicas no âmbito da prevenção e controlo de infeções e RAM. Já o grupo de profissionais dedicado aos cuidados hospitalares realiza reuniões semanais para acompanhar de forma mais próxima e contínua as questões relacionadas com a especificidade do ambiente hospitalar, permitindo uma resposta rápida e eficaz às necessidades emergentes e à implementação das medidas de controlo nos diferentes serviços hospitalares.

O GL-PPCIRA da ULS colabora com a CQS na criação e desenvolvimento de normativos relacionados com a prevenção e controlo de IACS e RAM e em estratégias de segurança como definição de circuitos e regulamentos.

Esta conduta corrobora o Despacho n.º 10901/2022 onde consta que estas unidades mantêm colaboração estreita com os serviços de epidemiologia e as CQS e devem estar integradas de forma departamental. O mesmo despacho refere que o diretor da UL-PPCIRA participa nas comissões de qualidade, segurança, farmácia e terapêutica do hospital quando aplicável.

No que respeita à estrutura física, as instalações situam-se no piso 0 e incluem uma sala com três postos de trabalho e uma secretária equipada com três computadores, utilizados para a monitorização e vigilância de casos de infeções, colonizações e de IACS e de RAM. Existe uma sala adjacente e polivalente, utilizada não apenas para uso exclusivo do GL-PPCIRA, como por outros grupos de trabalho, que se destina, para este grupo em particular, a ser utilizada para discussão de casos e reuniões.

O apoio informático do GL-PPCIRA baseia-se no uso de programas específicos que facilitam a gestão e a monitorização das ações preventivas e de controlo de infeções e da RAM. Entre estes destaca-se o software SClínico, desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, que permite a integração e o acesso aos dados clínicos a todos os serviços

da unidade hospitalar, garantindo uma comunicação eficaz e a partilha de informação entre profissionais de saúde.

No final de 2024 foi adquirido o programa HEPIC, que complementa o suporte informático ao oferecer funcionalidades específicas para o controlo das infeções e a análise dos dados associados. Este sistema permite uma gestão eficiente e organizada das intervenções do GL-PPCIRA ao articular continuamente com dados laboratoriais e históricos processuais que emitem alertas precoces em casos específicos e delineados, facilitando a vigilância epidemiológica e a implementação de boas práticas de forma célere na ULS. A análise dos dados contemplados no programa é realizada minuciosamente e diariamente.

Apesar de se tratar de uma equipa multidisciplinar, a intervenção do enfermeiro no GL-PPCIRA, é abrangente na sua área de atuação e revela-se determinante na garantia da segurança e na promoção de estratégias de controlo de infeção, reforçando a qualidade dos cuidados (Gomes et al., 2023)

Dentro das múltiplas competências, os enfermeiros do GL-PPCIRA são responsáveis pela vigilância epidemiológica através da análise e interpretação de dados relacionados com IACS e padrões de resistência microbiológica. Deste modo a equipa ajusta as estratégias, fundamentadas e com evidência estatística e científica, de acordo com o impacto da análise.

Os dados relativos aos Microrganismos Epidemiologicamente Importantes (MEI) são notificados à enviados à Direção Geral de Saúde (DGS) e ao Instituto Ricardo Jorge através da plataforma eletrónica, com periodicidade programada e pelo mesmo grupo profissional. De acordo com a Norma N° 004/2013 (DGS, 2013) são de notificação obrigatória à DGS e referem-se a todos aqueles que se enquadram na categoria de microrganismos “alerta” e microrganismos “problema” referidos na mesma norma. O GL-PPCIRA da ULS notifica os microrganismos “alerta” diariamente e os microrganismos “problema” mensalmente para as entidades citadas, cumprindo desta forma os prazos estabelecidos pela mesma norma “A notificação de microrganismos “alerta” tem de ocorrer num prazo máximo de 48 horas” (DGS, 2013, p.2) e “A notificação de microrganismos “problema” tem de ocorrer com uma periodicidade de 3 meses, no máximo” (DGS, 2013, p.3).

A formação dos profissionais das diferentes categorias constitui parte integrante das competências do GL-PPCIRA. A equipa do NE desenvolve planos e programas estratégicos com o objetivo de mitigar as IACS e a RAM, desenvolve formação e sensibilização por forma a capacitar as equipas na adoção de estratégias preventivas e corretivas eficazes (ULS, 2025e). Estas atividades são realizadas através do incentivo ao cumprimento dos circuitos, de orientações, de Normas de Procedimento (NP), Normas Regulamentares (NR) e através da

divulgação da evidência mais recente.

O GL-PPCIRA desenvolveu um microsite na intranet da instituição onde colaboradores e trabalhadores podem consultar informação relevante e significativa na prevenção de IACS assim como boas práticas instituídas contribuindo desta forma para uma proximidade interdisciplinar. Trata-se assim de um pilar de consultoria para os profissionais, elos de ligação de controlo de infeção nos serviços, para os responsáveis de serviço e gestores e para os órgãos de gestão de topo da ULS.

A monitorização e avaliação das medidas de prevenção são realizadas mediante auditorias e avaliações do cumprimento normativo a distintas áreas (higiene das mãos, higiene ambiental, cumprimento de NP e NR) e análise de indicadores epidemiológicos.

O GL-PPCIRA da ULS promove igualmente o uso racional de antimicrobianos, através de formação e literacia em saúde a profissionais e comunidade. Promovem estratégias para evitar a RAM através da monitorização da prescrição de antibioterapia e promovem a sensibilização para a prescrição adequada de antibióticos junto dos clínicos prescritores, assim como para o uso e cumprimento da prescrição junto da comunidade.

Este tipo de programas são realizados em parceria com a saúde comunitária assim como protocolos com os municípios da área regional que a ULS abrange. Esta área em particular é trabalhada pelo grupo de antimicrobianos que faz parte integrante do PPCIRA (ver fig. 2).

Todas estas atividades observadas no decorrer do estágio são reflexo da relevância que o GL-PPCIRA exerce na garantia da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

2.1.2 Caracterização da equipa de enfermagem

Como já explanado, a equipa de enfermagem pertencente ao NE é constituída por três enfermeiras. A caracterização da equipa foi efetuada tendo por base a aplicação de um conjunto de questões consideradas pertinentes para esse fim, via informal.

A escolha desta informalidade deveu-se ao facto de estarmos perante uma equipa demasiado pequena, comprometendo o anonimato em caso de aplicação de questionário.

Do levantamento possível de realizar, constatei que a equipa é constituída na totalidade por elementos do género feminino, dois dos elementos têm mais de 55 anos e um deles 40 anos. No que concerne ao tempo de carreira de enfermagem duas das enfermeiras exercem há mais de 35 anos e a mais jovem há 18 anos.

Relativamente aos anos de experiência profissional no GL-PPCIRA uma das enfermeiras detém 15 anos de experiência e as restantes duas enfermeiras 3 e 5 anos respetivamente. Apesar

do ingresso relativamente recente de dois dos elementos, um deles já tinha 15 anos de funções como elo de ligação à equipa do GL-PPCIRA. O que denota que se trata de uma equipa com um nível considerável de experiência

Todas as enfermeiras são especialistas, duas delas na área médico-cirúrgica e outra na área de reabilitação, embora nenhuma detenha o grau académico de mestre. Ambas integradas na categoria profissional de EE.

Dois dos elementos da equipa detêm competência acrescida diferenciada em Enfermagem em Prevenção e Controlo de Infecção e um elemento pós-graduação em Prevenção e Controlo de Infecção.

Embora nenhum possua competência acrescida em Supervisão Clínica, todos os elementos possuem formação interna e microcardenciais em supervisão clínica e uma das enfermeiras frequentou um curso de formação inicial para enfermeiros orientadores de ensino clínico.

Todas as enfermeiras possuem formação em qualidade e segurança, especificamente formação interna da ULS.

O horário dedicado ao GL-PPCIRA é heterogéneo entre os elementos constituintes da equipa. Um encontra-se em funções de gestão e em regime de horário reduzido, dedicando as suas 27 horas semanais ao GL-PPCIRA. Uma segunda enfermeira dedica 35 horas semanais ao programa e juntamente com a enfermeira responsável focam a sua intervenção aos cuidados hospitalares e num horário ligeiramente desfasado que garante a presença física de pelo menos um enfermeiro dedicado ao PPCIRA na ULS num horário compreendido entre as 08:00h e as 17:00h ou em horário alargado em situações de atividade excecional.

O terceiro elemento dedica 8 horas semanais devido à sua principal afetação aos cuidados de saúde primários e foca-se sobretudo nas estratégias do PPCIRA nesta área de cuidados.

O horário do GL-PPCIRA encontra-se enquadrado no regulamento interno UL PPCIRA (ULS, 2025c) no artigo 2º, ponto 9 alínea a) “São alocadas à UL-PPCIRA as horas efetivas de trabalho desenvolvido para o efeito, com a seguinte distribuição: a. Médicos Núcleo Executivo: no mínimo um total de 48h/mensais, com pelo menos 4h/mensais dedicadas aos CSP e Enfermeiros Núcleo Executivo: no mínimo um total de 70h/semanais, com pelo menos 7h/semanais dedicadas aos CSP”

No entanto, a equipa constituinte do GL-PPCIRA não garante meticulosamente o cumprimento do Despacho n.º 10901/2022 que define que para além do enfermeiro que exerce funções de gestão, deve haver outro enfermeiro com dedicação da totalidade do horário ao PPCIRA por cada 150 camas hospitalares.

Paralelamente, a equipa do GL-PPCIRA não dá cumprimento ao Regulamento n.º

743/2019 (OE,2019b), referente ao Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. O regulamento em questão define que para unidades hospitalares e ULS, o GCL-PPCIRA deve integrar 1 (um) enfermeiro em dedicação completa a esta função para um número igual ou inferior a 100 camas, acrescentando um enfermeiro em dedicação completa por cada 150 camas adicionais (OE, 2019b)

De acordo com o mesmo regulamento, para o exercício das suas funções, o enfermeiro da UL-PPCIRA deve deter

“formação específica, quer através de cursos de formação avançada, pós-graduação ou mestrado em Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, quer através de especialidade que desenvolva curriculum académico e profissional neste âmbito e/ou ter experiência profissional reconhecida e adequada ao exercício de funções e, tendencialmente, com competência acrescida diferenciada em controlo de infeção.” (OE, 2019b, p.136)

No que concerne a esta especificidade de competências, pelo supracitado, verifica-se que a equipa de enfermagem do GL-PPCIRA da ULS cumpre o nível de formação aconselhada.

A atuação do GL-PPCIRA alinha-se com as recomendações internacionais, nomeadamente da OMS com a adaptação de modelos da DGS, especificamente no que concerne à implementação do PNSD 2021-2026. Este plano destaca a prevenção e controlo das infeções como um dos seus objetivos estratégicos fundamentais, no pilar nº 5 - práticas seguras em ambientes seguros.

2.1.3 Indicadores de movimentos assistencial e indicadores de qualidade

Os indicadores de movimento assistencial e de qualidade no âmbito do GL-PPCIRA estruturam a monitorização das IACS, articulando atividade clínica, adesão a boas práticas e resultados epidemiológicos. Os indicadores de movimento assistencial traduzem a taxa de INCS associada a dispositivos médicos expressas por 1000 dias de internamento, número de internamentos, dias de internamento, consumo de Solução Antissética de Base Alcoólica (SABA) por 1000 dias de internamento e número de hemoculturas colhidas e positivas.

Adicionalmente, integram-se as taxas de infeção nosocomial por microrganismos problema e alerta, como o *Methicillin-resistant Staphylococcus* (MRSA) e Enterobactérias produtoras de carbapenemases (EPC), a incidência de colonização/infeção e a positividade dos testes de rastreio por 100 doentes admitidos.

Os indicadores de qualidade focam-se na avaliação de processos, estruturas e resultados associados às precauções básicas de controlo de infeção e ao cumprimento de protocolos

específicos. Destacam-se o índice de qualidade de processo e o índice de qualidade de estruturas das precauções básicas de controlo de infeção, que avaliam o conhecimento dos profissionais, existência de recursos físicos adequados e o resultado de auditorias.

A adesão global à higiene das mãos, estratificada por grupo profissional, momento de contacto e serviço, constitui um indicador central, complementado pelo consumo de SABA e pela taxa de omissão de higiene das mãos associada ao uso de luvas. Através desta monitorização é possível relacionar comportamento observável, consumo de produto e impacto nas taxas de infeção.

Segundo o relatório 2024 da UL-PPCIRA, referente às precauções básicas de controlo de infeção e evolução da infeção nosocomial na ULS “a taxa de adesão global à higiene das mãos continua a diminuir” (p.36), no que respeita ao uso e gestão de luvas, em 2024 “o índice de qualidade do processo foi satisfatório, com valores superiores a 80% em todos os serviços envolvidos” (ULS, 2025b, p.37)

Em paralelo, os estudos de cumprimento dos fluxogramas/protocolos de prevenção e controlo de EPC introduzem indicadores de qualidade centrados na identificação de casos suspeitos, na realização de testes de rastreio conforme critérios e na proporção de doentes em que o protocolo é corretamente aplicado por serviço.

No âmbito da vigilância epidemiológica, as taxas de incidência de INCS, a distribuição por serviços, fatores de risco extrínsecos e perfis microbiológicos e de suscetibilidade aos antimicrobianos funcionam simultaneamente como indicadores de qualidade assistencial e de eficácia das medidas de prevenção.

O relatório de vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais da corrente sanguínea (ULS, 2025f) revela que o hospital registou uma taxa incidência global de 1,1 por 1000 dias de internamento, mantendo a tendência decrescente verificada no ano anterior. Por serviço, a taxa de INCS mais elevada registou-se na UCI com 4,3%.

A demora média de internamento, dos doentes com INCS, foi de 42,7 dias contrastando grandemente com a demora média de todos os doentes (7,4 dias), com todos os custos, tangíveis e intangíveis, associados. No que se refere aos fatores de risco extrínseco, aqueles a que os doentes estiveram expostos, com maior frequência, foram cateter venoso periférico (72,1%) seguindo-se a exposição a cateter vesical (58,1%). A taxa de INCS relacionada com dispositivos invasivos apresentou o seu valor mais expressivo para a presença de CVC – 1,7% (ULS, 2025f).

Os estudos de cumprimento do fluxograma/protocolo de prevenção e controlo de EPC acrescentam indicadores de qualidade centrados no processo, incluindo a proporção de doentes

com critérios de caso suspeito identificados, a realização de testes de rastreio segundo os critérios definidos e a taxa de cumprimento do fluxograma por serviço. Estes indicadores permitem avaliar a operacionalização local das recomendações nacionais da DGS, quantificar o grau de implementação das estratégias de rastreio e isolamento e identificar áreas críticas de melhoria na prevenção da disseminação de enterobactérias multirresistentes

No relatório do estudo do cumprimento do fluxograma de prevenção e controlo de EPC, verifica-se que a maioria (65%) dos doentes não cumpriu o fluxograma/protocolo de testes rastreio EPC (ULS,2023, p.31).

Os planos de formação são delineados com base nestes relatórios, como se pode constatar no plano de atividades da UL-PPCIRA área formação (ULS,2025a) e no relatório de atividades da UL-PPCIRA: Área da formação 2024 (ULS,2025c).

Os indicadores de movimento assistencial e de qualidade descrito nos relatórios do GL-PPCIRA constituem-se num instrumento fundamental de governação clínica, suportando decisões de gestão, priorização de intervenções formativas e monitorização contínua do impacto das políticas de prevenção e controlo de infeção na segurança do doente.

2.1.4 Análise *SWOT*

A matriz *SWOT* (*Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats*) representa um método prático de avaliação estratégica para definir posicionamentos em projetos ou serviços, analisando simultaneamente os aspetos internos (vantagens e limitações) e os elementos externos (potencialidades e riscos). O cruzamento destes quadrantes facilita a identificação de forças e fraquezas no âmbito interno, bem como de oportunidades e ameaças no ambiente externo. A análise *SWOT* é uma ferramenta estruturada de apoio à decisão permitindo uma visualização e avaliação rápida e abrangente do cenário a ponderar através de esquematização (Blayney, 2008). Seguidamente será apresentada uma análise *SWOT* do campo de estágio GL-PPCIRA.

Esta análise possibilita, por um lado, justificar a escolha do GL-PPCIRA como campo de estágio, reconhecendo-o como um ambiente privilegiado para a integração da teoria relacionada com as IACS com a prática quotidiana dos serviços. Por outro lado, permite sustentar propostas de melhoria. A análise *SWOT* do estágio no GL-PPCIRA apresenta-se como um instrumento estratégico que permite uma leitura crítica e reflexiva do percurso formativo.

Tabela 1Análise *SWOT* GL-PPCIRA

Fatores Internos	Forças (S)	Fraquezas (W)
Organizacional	-Multidisciplinaridade 3 médicos + 3 EE especialistas -Cumprimento despacho 10901/2022 (notificações MEI <48h)	-Dotações insuficientes segundo regulamento 743/2019
Recursos	-HEPIC + SClínico: alertas RAM/IACS diários; -Microsite intranet	-Atividades dispersas (auditorias/reuniões); -Comunicação interna inefcaz
Fatores Externos	Oportunidades (O)	Ameaças (T)
Estratégico	-PNSD 2021-2026 (pilar 5: práticas seguras); articulação CQS/PPCIRA	-RAM crescente; dependência normas DGS/OMS em atualização frequente; -↓ adesão higiene mãos; 65% não cumpre fluxograma EPC.
Operacional	-Formação pares + projetos de investigação (normas/auditorias)	-Resistência à mudança (EPI/isolamentos); -Sobrecarga NE.

Fonte: Autoria própria

No contexto do GL-PPCIRA, a análise *SWOT* permitiu identificar como forças, a equipa multidisciplinar experiente e o uso de sistemas informáticos específicos (SClínico, HEPIC) que suportam uma vigilância epidemiológica estruturada e a existência de um microsite que sustenta um pilar importante de consultoria e divulgação de informação na área.

Como fraquezas, salientam-se as dotações de enfermagem abaixo do recomendado e a dispersão de atividades, que dificultam a comunicação interna e a execução consistente de estratégias de melhoria.

Entre as oportunidades, destaca-se o enquadramento no PNSD 2021-2026 (que define

como prioridade as práticas seguras em ambientes seguros) a articulação com a CQS e o potencial de formação e auditorias para reforçar a cultura de segurança.

As ameaças relacionam-se com a crescente resistência aos antimicrobianos, a necessidade de atualização permanente das normas e os baixos níveis de adesão à higiene das mãos e ao fluxograma de EPC, que aumentam o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde.

2.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O SMI que faz parte do Departamento de Urgência e Emergência da ULS (ULS, 2024a), e é classificado como uma unidade de nível III. “As camas de nível III (vulgarmente designadas de intensivas) devem ser destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico” de acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2017, p7). Estas unidades devem garantir a presença física de um intensivista qualificado durante 24 horas por dia, possibilitando o acesso a todos os recursos necessários para monitorização, diagnóstico e tratamentos avançados. O SMI foca-se em implementar medidas contínuas de controlo de qualidade, bem como desenvolver programas estruturados de ensino e treino em cuidados intensivos (Waydhas, et al., 2023).

2.2.1 Recursos e organização funcional

Os SMI, conforme descritos pela ACSS (2024), destinam-se à vigilância e tratamento de pessoas em condições clínicas críticas, porém com possibilidade de reversão, que necessitam de monitorização contínua e suporte das funções vitais, em regime ininterrupto por equipas médicas e de enfermagem especializadas.

O SMI da ULS passou por remodelações há cerca de 5 anos que incluíram melhorias nas instalações e nos equipamentos, suportado nos parâmetros técnicos estabelecidos pela ACSS (2024) para a UCI.

Encontra-se situado no primeiro piso, próximo ao Bloco Operatório e à Imagiologia, o SMI dispõe de um elevador que facilita e agiliza o transporte entre o SU, localizado no piso térreo.

O serviço conta com onze camas, das quais cinco são quartos de isolamento; três destas camas encontram-se temporariamente inoperacionais devido à limitação de recursos humanos e à casuística do próprio serviço. Assim funcionam efetivamente oito camas, com três isolamentos equipados com antecâmara e sistema de pressão controlada.

O SMI da ULS apresenta um espaço aberto (*open space*) com um posto de vigilância centralizado, garantindo a observação direta da PSC, através da visibilidade das torres de monitorização e câmaras instaladas nas boxes.

Trata-se de um serviço de complexidade tecnológica. Cada posto está equipado com ventiladores, monitores cardíacos, computadores e material clínico necessário para a prestação de cuidados intensivos e situações de emergência.

Em consonância com as recomendações da ACSS (2024), existem pontos para lavagem de mãos acionados por pedal, iluminação natural direta por forma a favorecer a manutenção dos ritmos circadianos e a recuperação dos doentes e focos de luz reguláveis nas áreas de cada doente. Os fluxos de circulação estão bem definidos para a PSC, profissionais e visitantes.

O SMI ainda integra um gabinete administrativo, sala de visitas com cacifos, casa de banho para visitas e lavatórios para higienização prévia, gabinetes médicos, espaço para consultas de *follow-up*, espaço para comunicação de más notícias / evolução clínica da PSC, gabinete do Diretor de Serviço e da enfermeira gestora, áreas para materiais limpos e sujos e várias zonas de armazenamento.

O suporte interdisciplinar inclui serviços sociais, terapia da fala, psicologia clínica, dietética, farmacêutica e fisioterapia quando necessário. A equipa multidisciplinar é constituída por médicos intensivistas, enfermeiros e EE, Técnicos Auxiliares de Saúde e Assistentes Técnicos.

Conta com a presença de médico 24 horas e de enfermeiros que trabalham em turnos de oito horas (manhã, tarde e noite), com períodos para passagem de turno, mantendo rácios adequados em cada período, de acordo com o regulamento das dotações seguras da OE (2019b). O mesmo regulamento clarifica que o rácio enfermeiro/utente para unidades nível III é 1:2. Considerando o número de utentes no SMI e o número de enfermeiros, o rácio médio é, precisamente de 1:2.

A distribuição dos cuidados é personalizada, orientada pelo enfermeiro responsável pelo turno, com base no perfil de competências de cada elemento que constitui a equipa e baseada no Nursing Activities Score (NAS). O NAS é um instrumento validado para avaliar carga laboral da equipa de enfermagem em UCI. O NAS quantifica, em termos percentuais, o tempo dedicado às atividades específicas realizadas pelos enfermeiros num período de 24 horas. A adoção do NAS potencializa a gestão dos cuidados de enfermagem, promovendo a qualidade dos cuidados, a satisfação profissional e a avaliação média dos custos (Martins et al, 2015).

Esta avaliação é feita no período inicial do turno da noite, com base no perfil de cuidados das últimas 24 horas de internamento de cada PSC.

O sistema informático utilizado é o Bsimple – PatientCare®. O sistema permite a gestão e o registo de cuidados de enfermagem (inclui levantamento de diagnósticos com base na taxonomia NANDA e planeamento de cuidados), fornece dados como avaliação contínua de sinais vitais (através da articulação com os sistemas de monitorização), permite o preenchimento de escalas padronizadas para avaliação de riscos, permite avaliar a evolução clínica da PSC e a prescrição e administração de terapêutica. Com base nos dados recolhidos e preenchidos, facilita o ajuste de decisões clínicas, a comunicação da equipa e apoia auditorias contribuindo para a qualidade e segurança do cuidado à PSC.

Trata-se, portanto, de um sistema adaptável e versátil com a vantagem de ter a possibilidade de ser ajustado ao contexto específico e particular de cada serviço.

As consultas de *follow-up* do doente crítico são realizadas de acordo com os critérios estabelecidos pela ULS. Os critérios de inclusão abrangem internamento superior a sete dias, residência na área da ULS e comunicação em português ou inglês, excluindo pessoas com dependência severa em atividades diárias, doenças psiquiátricas ou limitação cognitiva.

A consulta de *follow-up* divide-se em duas fases distintas: uma intra-hospitalar, realizada entre 48 a 72 horas após a alta do SMI, noutro serviço de internamento menos diferenciado, e outra pós-alta hospitalar, ocorrendo cerca de um mês depois, com possibilidade de reavaliações para necessidades específicas caso a equipa assim considere.

2.2.2 Caracterização da equipa de enfermagem

O questionário fornecido à equipa de enfermagem pode ser consultado no apêndice A e os respetivos gráficos interpretativos podem ser consultados no apêndice B.

Dos 25 elementos constituintes da equipa, 21 deles (84%) responderam ao questionário aplicado. A equipa é constituída por 24 enfermeiros que exercem na prestação de cuidados e uma enfermeira gestora. De acordo os dados recolhidos, a maioria é do sexo feminino (76,2%), e grande parte da equipa situa-se nos escalões etários 31–40 (38,1 %) e 41–50 anos, (52,8 %), o que revela uma equipa jovem, no entanto já com experiência profissional. A maioria dos enfermeiros (42,9%) trabalha há cerca de 11-20 anos e 59,1% exercem funções no SMI entre 11-20 anos. A equipa não contempla ninguém com menos de 5 anos de carreira profissional.

A equipa é constituída sobretudo por enfermeiros licenciados (71,4%) e cerca de 28,6% dos enfermeiros são mestres. No âmbito da especialidade, 57,1% dos enfermeiros é detentor de título de enfermeiro especialista, o que revela uma equipa com grande investimento e desenvolvimento profissional, embora apenas 33,3% dos enfermeiros se enquadre na categoria

profissional de enfermeiro especialista.

Dos dados recolhidos, verifica-se que 22,2% são EE EMC e 44,4% EE EMC-PSC. A equipa tem dois enfermeiros (22,2%) especialistas em reabilitação e um enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública (11,1%).

No que se refere a formações específicas, alguns enfermeiros são detentores de competências acrescidas. A equipa do SMI tem um enfermeiro com competências acrescidas em gestão, 3 enfermeiros (25%) com competências acrescidas em emergência extra-hospitalar, 4 enfermeiros com competências acrescidas em enfermagem do trabalho (33,3%), 3 enfermeiros (25%) com competências acrescidas em supervisão clínica (25%) e um enfermeiro com competências acrescidas em enfermagem em prevenção e controlo de infeção (8,3%).

Uma parte relevante da amostra (76,2%) possui formação em supervisão clínica, maioritariamente sob a forma de formação contínua ou cursos específicos. Existe um grupo com formação em controlo de infeção (47,6%), quer em cursos superiores a 40 horas, quer em formações contínuas de menor duração. A maioria refere ter formação na área do doente crítico (90%), sobretudo através de cursos pós-graduados e/ou formação contínua inferior a 40 horas. A maioria dos enfermeiros possuem formação em situações de exceção/catástrofe (52,4%) através de formação contínua e cursos estruturados.

Existem 16 enfermeiros (76,2%), com curso de Suporte Avançado de Vida (SAV), 16 com curso de Suporte Imediato de Vida (SIV) e 20 enfermeiros com curso de Suporte Básico de Vida (SBV), na maioria dos casos realizados há mais de 3 anos, com alguma variabilidade temporal.

Muitos profissionais (71,4%) referem formação em Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), Ventilação Não Invasiva (VNI) e Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo (ONAF), 66,7% tem formação em técnica de substituição renal e monitorização hemodinâmica invasiva.

Especificamente na área da formação em qualidade e segurança, uma fração importante dos respondentes indica ter formação em notificação de incidentes (52,4%) e 100% dos enfermeiros que responderam ao questionário conhecem a plataforma de notificação de incidentes da ULS.

O SMI privilegia a formação em contexto de trabalho e a dinamização de grupos de melhoria contínua. Trata-se de uma equipa experiente, com elevado nível de competências diferenciadas, onde alguns enfermeiros pela vasta experiência profissional poderiam solicitar reconhecimento de competência acrescida, em áreas como Diálise ou Emergência Extra-hospitalar, supervisão clínica e gestão embora ainda não o tenham feito junto da OE.

As funções do coordenador de turno são habitualmente desempenhadas pelos enfermeiros

especialistas e pelos profissionais com mais tempo de serviço na unidade.

O desempenho técnico destes enfermeiros deve articular-se com formação contínua sólida, integrando conhecimento atualizado e apoiado na melhor evidência científica disponível (*International Council of Nurses*, 2008).

Apesar da diferenciação, a proporção de EE no SMI encontra-se aquém do que é preconizado no regulamento nº 743/2019 (OE, 2019b). Para as equipas de UCI, recomenda-se que metade dos enfermeiros sejam EE MC, preferencialmente na área da PSC, assegurando esta distribuição em permanência ao longo das 24 horas e em todos os turnos. O SMI apenas contempla dois EE EMC e 4 EE EMC-PSC. Adicionalmente, nas unidades de nível III deverá garantir-se, em cada dia da semana, um total de 12 horas de cuidados de Enfermagem de Reabilitação por cada grupo de 5 doentes. Existem apenas dois EE em enfermagem de reabilitação.

2.2.3 Indicadores de movimentos assistencial e indicadores de qualidade

Serão apresentados dados do SMI, tais como, os principais diagnósticos dos processos codificados e dados de movimento assistencial e indicadores de qualidade referentes ao ano 2025. Durante o ano de 2025, o SMI da ULS registou um total de 250 internamentos. Este número reflete o crescimento da necessidade de cuidados críticos, mas também a complexidade crescente dos casos admitidos.

A população internada caracteriza-se pela idade avançada (média de 72 anos), fator correlacionado com maior morbilidade e mortalidade e predominância de condições clínicas graves.

Das admissões em 2025, 70% tiveram como origem o SU e os casos pós-operatórios representaram 25% das entradas, predominantemente resultantes de procedimentos abdominais complexos e ortopédicos.

Tabela 2

Movimento de doentes do SMI (entradas)

Entradas (origem)	Nº	%
Urgência	175	70%
B. O	62	25%

Transferências	13	5%
Outros	0	0%
Total	250	100%

Fonte: Autoria própria- dados extraídos da base de dados *Excel* cedida pelo SMI.

Os diagnósticos associados ao pós-operatório foram cerca de 35%, seguindo-se a insuficiência respiratória aguda (25%) e a sepsis/choque séptico com uma taxa de 18% dos diagnósticos principais.

Tabela 3

Principais Diagnósticos do SMI

Diagnóstico	Nº	%
Falência Respiratória	62	25%
Sepsis/Choque Séptico	45	18%
Pós-Operatório	88	35%
Trauma/Politrauma	25	10%
Neurológico (AVC,TC)	20	8%
Outros	10	4%

Fonte: Autoria própria- dados extraídos da base de dados excel cedida pelo SMI.

As pressões sazonais são evidentes: meses inverniais registaram um incremento de 40% em patologia respiratória (Gripe, Pneumonia, DPOC), e em períodos estivais predominaram as admissões por trauma cirúrgico em 25% (ortopédicos e politrauma).

A capacidade instalada de 9 camas operou com taxa de ocupação média de 78% ao longo de 2025 com uma média de 6,2 dias de internamento.

Dos doentes admitidos, 62% necessitaram de entubação orotraqueal (EOT) (média 5 dias) e 38% beneficiam de ventilação não invasiva (VNI), evitando complicações inerentes à entubação.

Os indicadores de resultado manifestam taxas de altas bem-sucedidas de 65% e taxas de mortalidade de 22%, no entanto também se verifica uma taxa de IACS de 12% e 8% dos doentes

necessitam de reintubação, pelo que constituem domínios de melhoria prioritária.

Tabela 4

Indicadores de resultado do SMI

Indicador	Nº Casos	Valor
Demora Média Internamento	-	6,2 dias
Taxa Ocupação Média	-	78%
Doentes Reinternados	1	1
IACS	30	12%
Reintubações	8	3%
Consultas <i>Follow-up</i>	35	35
Doentes com Entubação Orotraqueal	155	62%
Ventilação Não Invasiva (VNI)	95	38%

Fonte: Autoria própria- dados extraídos da base de dados excel cedida pelo SMI.

A necessidade de transferência da PSC para unidades externas constitui 5% das saídas. Após estabilização clínica, os doentes foram transferidos sobretudo para serviços intra-hospitalares, com incidência em cinco especialidades clínicas: Cirurgia Geral, Medicina Interna (A/B), Ortopedia e unidade de cuidados intermédios.

Tabela 5

Movimento de doentes do SMI (saídas)

Saídas	Nº	Percentagem
Altas Diretas	162	65%
Domicílio	120	48%
Cuidados Contínuos	42	17%
Falecidos	55	22%

Transferência. Interna	12	5%
Medicina A/B	6	2%
Ortopedia	4	2%
Cirurgia	2	1%
Transferência. Externa	13	5%
HSMaria/HSJosé	8	3%
Outros Hospitais	5	2%
Total	250	100%

Fonte: Autoria própria- dados extraídos da base de dados *Excel* cedida pelo SMI.

2.2.4 Análise *SWOT*

O SMI caracteriza-se pela elevada complexidade clínica, pela utilização de tecnologia avançada e pela coexistência de uma equipa multidisciplinar interveniente na prestação de cuidados o que se revela num cenário rico para identificar fatores que potenciam ou condicionam a aprendizagem e a qualidade dos cuidados.

Ao organizar a informação através da análise *SWOT* torna-se possível evidenciar os recursos disponíveis, as dinâmicas da equipa e os processos organizacionais que favorecem a segurança da PSC, bem como aqueles que exigem melhoria. Esta abordagem permite fundamentar a escolha do campo de estágio enquanto ambiente privilegiado para a integração teoria-prática assim como sustentar propostas de intervenção alinhadas com as necessidades reais do serviço.

Deste modo, a análise *SWOT* assume-se como um instrumento estratégico que não se limita à descrição do contexto. Contribui para uma leitura crítica e reflexiva do estágio e do percurso formativo. Os dados estatísticos apresentados podem ser consultados no Apêndice B.

Tabela 6Análise *SWOT* do SMI

Fatores Internos	Forças (S)	Fraquezas (W)
Organizacional	Rácio 1:2 (NAS); 24 EE (44,4% PSC); - <i>Bsimple-PatientCare</i> ® -Médico 24h	EE abaixo meta OE 743/2019 (50% MC/PSC); apenas 2 reabilitação
Recursos	-Alta tecnologia; -Área de preparação terapêutica calma	-Cultura punitiva 47,6%; -Proximidade médica imitada
Fatores Externos	Oportunidades (O)	Ameaças (T)
Estratégico	- Grupos de melhoria -Farmácia + apoio.	- Envelhecimento população (≥ 65 anos em UCI)
Operacional	Formação serviço; -Liderança transformacional	-Sobrecarga turnos; -Erro multifatorial (85,7% já experenciado)

Fonte: Autoria própria

No SMI, as forças incluem a organização como unidade de nível III, as dotações seguras ajustadas, o uso da NAS para ajustar a carga de trabalho e um sistema informático robusto (*Bsimple-PatientCare*®) que apoia a decisão clínica e a segurança.

Como fraquezas, evidenciam-se a percentagem de EE ainda abaixo do recomendando e a perceção de cultura punitiva, que pode inibir a notificação de incidentes e limitar a aprendizagem.

Entre as oportunidades, destacam-se os grupos de melhoria, a articulação com outros serviços (como farmácia) e o investimento em formação e desenvolvimento de competências avançadas em cuidados intensivos. As ameaças prendem-se com o aumento da complexidade e da procura de cuidados intensivos, bem como com a sobrecarga dos turnos, fatores que potenciam o risco de erro e exigem atenção contínua à gestão de recursos e à segurança do doente.

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

Esta secção apresenta uma análise crítica e reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE em EMC na área da PSC e de Mestre em Enfermagem, ao longo do percurso académico. As atividades desenvolvidas foram delineadas a partir da identificação inicial das competências que se pretenderam aprofundar no decurso do mestrado, recorrendo a uma metodologia ativa, baseada em projeto (Franco, 2023).

O levantamento e análise das competências a desenvolver assumiram particular relevância no processo de transição de enfermeiro de cuidados gerais para EE. O EE EMC possui um conjunto de competências especializadas, decorrentes do aprofundamento das competências de enfermeiro de cuidados gerais, que lhe conferem um leque de conhecimentos, capacidades e habilidades mobilizadas de forma intencional na prática clínica (OE, 2018b).

A formação e o desenvolvimento das competências de mestre e das competências especializadas em EMC, sobretudo na área da PSC, são orientados por normativos específicos, nomeadamente o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a), que explicita as competências comuns a todos os especialistas, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (OE, 2018b), que descreve as competências específicas associadas à prestação de cuidados de qualidade e seguros à PSC, e o Decreto-Lei n.º 65/2018, artigo 15º, que define os requisitos e condições para a atribuição do grau de mestre.

A obtenção do grau de mestre e a aquisição das competências supracitadas decorreram ao longo do percurso formativo, combinando formação teórica e prática intensiva em estágios, o que possibilitou uma transição gradual de enfermeiro de cuidados gerais para EE.

Esta trajetória foi guiada pelo modelo teórico de Benner, já descrito no capítulo 1, que assenta em cinco estádios de desenvolvimento de competências para descrever o progresso do enfermeiro na prática clínica especializada, sendo aqui correlacionado com a experiência pessoal.

Para melhor enquadrar a análise, sintetizo, em seguida, a minha experiência profissional.

Iniciei a carreira de enfermagem (licenciatura pré-Bolonha) há cerca de 17 anos, numa

UCI Neonatal e Pediátrica, onde permaneci aproximadamente um ano e na qual considero ter atingido o nível de iniciado avançado. Posteriormente, transitei para o SU, contexto em que prestei cuidados durante cerca de 15 anos e integrei a escala de transferência inter-hospitalar do doente crítico, tendo atingido, neste âmbito, o nível perito. Há cerca de dois anos desempenho funções no serviço de esterilização centralizado, contexto no qual iniciei o curso de mestrado.

No contexto profissional atual reconheço estar ainda em processo de crescimento, pelo que me enquadro no nível de iniciado avançado. No que respeita especificamente às competências na área da PSC, a experiência prática acumulada no SU e na escala de transferência inter-hospitalar da PSC e a complexidade das situações vivenciadas ao longo de um período temporal extenso, permitiram-me alcançar o nível perito, particularmente nos cuidados de urgência e emergência (Benner et al., 2011).

Esta realidade evidencia que, exposta a diferentes contextos de cuidado ao doente crítico, o estágio de competências pode divergir. Benner (2001) exemplifica esta dinâmica ao descrever que uma enfermeira especialista, com ampla experiência em cuidados ao doente crítico adulto, se encontrará no nível de iniciada se for transferida para uma UCI neonatal.

O modelo de Dreyfus de aquisição de competências enfatiza que o seu desenvolvimento se relaciona sobretudo com a situação concreta e não com a inteligência ou dons da pessoa. O conhecimento teórico, quando articulado com a experiência e o domínio progressivo da prática, transforma-se em competência, sendo que as decisões e aptidões dependentes do contexto apenas se consolidam perante situações reais (Benner, 2001).

A aquisição de conhecimentos e competências do EE em EMC-PSC integra de forma contínua o período teórico e os contextos práticos de estágio, traduzindo um processo de crescimento gradual ao longo do percurso formativo. Apesar da creditação do estágio em contexto de Urgência, a reflexão sobre a aquisição de competências contempla as vivências e experiências consolidadas nesse contexto, em consonância com o modelo teórico adotado, que valoriza a aprendizagem a partir da experiência. Os restantes estágios foram planeados com base no levantamento prévio das competências que considere necessário desenvolver na área da PSC.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

As competências comuns do EE, definidas pelo Regulamento n.º 140/2019, correspondem a capacidades transversais a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de

atuação. Estas competências traduzem a excelência na conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como um contributo significativo para a formação e a investigação em enfermagem especializada. Estas organizam-se em quatro grandes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Cada um destes domínios orienta a prática especializada, garantindo cuidados seguros, rigorosos e cientificamente fundamentados.

O grau de mestre em Enfermagem é atribuído a quem evidencia as cinco competências descritas no artigo 15.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 65/2018. Em síntese, o grau é atribuído a quem compreende e aplica conhecimentos complexos; resolve problemas em contextos novos e multiculturais; comunica de forma clara com públicos especializados e não especializados; aprende de forma autónoma ao longo da vida; e desenvolve atividades de investigação, desenvolvimento e inovação com relevância para a prática.

Dada a relação direta entre as competências comuns do EE e as competências associadas ao grau de mestre, estas serão articuladas ao longo da apresentação do processo de aquisição de competências, evidenciando a sua integração na prática e no percurso formativo.

3.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A competência comum do EE relativa à responsabilidade profissional, ética e legal exige a integração de um quadro teórico robusto com a experiência prática, de forma a sustentar uma atuação fundamentada, responsável e humanizada. Esta perspetiva, implica o desenvolvimento de uma prática ética e legal, pautada pelo respeito pelas normas vigentes, pelos princípios éticos e pela deontologia profissional, assegurando cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A legislação e os regulamentos profissionais, como o Código Deontológico do Enfermeiro inscrito no Estatuto da OE, republicado em anexo à Lei n.º 156/2015, a deontologia profissional, o REPE e o regulamento que define o ato do enfermeiro, constituíram referências fundamentais para consolidar o suporte jurídico e ético da minha prática clínica. A consulta orientada destes documentos permitiu-me adotar e justificar uma conduta responsável, enquadrada legal e deontologicamente nas decisões inerentes ao exercício profissional. Em paralelo, o Decreto-Lei n.º 65/2018, ao destacar a capacidade do mestre para lidar com questões éticas complexas em contextos de informação limitada e refletir sobre as implicações sociais e éticas das decisões, reforça a importância desta competência no meu percurso de desenvolvimento.

A escolha da temática central relacionada com o erro terapêutico decorreu da experiência

em contexto clínico, marcada pela exposição a erros e falhas inequívocas em ambientes frequentemente stressantes. Pretendi, sobretudo, mitigar o dano na PSC e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, em consonância com os princípios ético-deontológicos da profissão e com os padrões de qualidade da enfermagem especializada. Quando um enfermeiro comete um erro, viola simultaneamente princípios legais, éticos e deontológicos que estruturam a profissão, incluindo os direitos e deveres das pessoas consagrados na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019). O erro traduz uma falha no dever de prestar cuidados seguros, competentes e responsáveis, envolvendo princípios como o da não-maleficência e o da autonomia e veracidade, particularmente quando o erro é omitido. Mesmo quando equívoco, representa também o não cumprimento de deveres deontológicos como a responsabilidade profissional, o dever de manter, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta que dignifique a profissão (artigo 111.º) e de analisar regularmente o trabalho efetuado, reconhecendo falhas que exigem mudança de atitude (artigo 109.º) (Portugal, 2015). Refletir e desenvolver estratégias para mitigar o dano ao doente, em qualquer contexto de intervenção, concretiza a unidade de competência “A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019a, p. 4746). Neste âmbito, frequentei o *webinar* “Ética e Deontologia na prática profissional dos Enfermeiros dos Açores”, promovido pela OE (Anexo A). Entre os vários temas abordados, como a consulta indevida de processos clínicos, a recusa de tratamento ou queixas por agressões, destacou-se a discussão sobre as questões éticas e deontológicas associadas ao erro terapêutico, as suas implicações e o dano resultante.

Foi particularmente relevante a intervenção da Presidente do Conselho Jurisdicional da OE, que reforçou a importância da notificação de erros como mecanismo de promoção da aprendizagem e da melhoria contínua. Esta orientação articulou-se diretamente com os resultados da *scoping review* realizada, que salientam a necessidade de uma cultura de notificação não punitiva.

O desenvolvimento de competências neste domínio não se limitou à consulta de documentos normativos. Incluiu também a elaboração de um portefólio jurídico na unidade curricular de Enfermagem e Formação e a realização de um ensaio na unidade curricular de Ética e Deontologia em Enfermagem. O portefólio permitiu-me repensar e fundamentar a prática a partir de uma perspetiva legal e regulamentar, por sua vez, o ensaio promoveu uma reflexão crítica pessoal sobre a prática de enfermagem. A articulação dos conhecimentos mobilizados em ambos os trabalhos, possibilitou-me alinhar valores profissionais e pessoais com o contexto real, contribuindo para mitigar conflitos ético-deontológicos.

A autoanálise desenvolvida baseou-se na legislação profissional, designadamente o REPE (OE, 2015b), o Código Deontológico do Enfermeiro (Portugal, 2015), a deontologia profissional (OE, 2015a) e o Regulamento que define o Ato do Enfermeiro (OE, 2022). A análise de situações concretas, ancorada na experiência pessoal, permitiu identificar dilemas éticos e deontológicos recorrentes na prática, resultantes da tensão entre o ideal preconizado pelo código ético-deontológico e as exigências da realidade operacional e institucional. Esta reflexão tornou evidente a dicotomia entre o cuidar humanizado e as pressões institucionais que tendem a transformar a prática num modelo apressado e fragmentado.

A prática de enfermagem exige que os objetivos profissionais sejam coerentes com os valores pessoais, tornando necessário superar a distância entre o “eu intrínseco” e o “eu profissional” para que o enfermeiro possa concretizar o seu propósito. O dilema central que experienciei residiu na dificuldade em operacionalizar o cuidar humanizado, tal como consagrado no artigo 110.º (Portugal, 2015), em determinados contextos operacionais, nomeadamente em SU. Num sistema hospitalocêntrico, torna-se particularmente difícil aplicar alguns princípios éticos e deontológicos, ainda que a responsabilidade do enfermeiro pela humanização e qualidade dos cuidados seja acrescida e se encontre associada à necessidade de adoção de um código deontológico e de um estatuto disciplinar que garantam a qualidade dos cuidados de enfermagem (Portugal, 2015).

As políticas institucionais centradas em indicadores de produção e contenção de custos surgem, muitas vezes, em oposição ao cuidar humanizado, à qualidade e à segurança desejadas. Neste contexto, os dilemas éticos emergem do incumprimento de deveres fundamentais, como o respeito pela autonomia e informação previstos na Lei n.º 156/2015 (art.º 105.º). A pressão do tempo e a priorização da tarefa conduzem frequentemente à desvalorização da autonomia da pessoa: o consentimento é, por vezes, presumido a partir de padrões profissionais, sem verdadeira negociação com a pessoa; a informação sobre alternativas é omitida; e a recusa de procedimentos pode ser percebida como afronta ao profissionalismo, desrespeitando o direito da pessoa e família a uma escolha informada.

Estes padrões de atuação, pouco sustentados na legislação e regulamentação da profissão, são mais evidentes em contextos de urgência, ainda que se atenuem em cuidados intensivos. A experiência no SMI permitiu-me perceber que o respeito pela autonomia e pela informação, bem como o cuidar humanizado, são dimensões sensíveis para os profissionais que cuidam da PSC e da sua família, enquanto elementos centrais nas tomadas de decisão.

Relativamente ao dever de excelência do exercício (Lei n.º 156/2015), o incumprimento ético e deontológico compromete inevitavelmente a excelência profissional. O artigo 109.º,

alínea a), sublinha que este dever exige analisar regularmente o trabalho e reconhecer falhas que exigem mudança de atitude. Esta análise deve ser humana, enraizada na reflexão ética e integrando componentes científicas, técnicas e relacionais, ultrapassando uma visão meramente operacional ou técnica.

Neste contexto, propus, ao longo do estágio, a realização de um momento de *debriefing* no final do turno, como estratégia para aproximar a prática da excelência do exercício profissional. Estes momentos tinham como objetivo promover a evolução no cuidar com qualidade e segurança e consolidar aprendizagens, através de uma análise guiada e estruturada do desempenho diário.

O *debriefing* consiste numa análise coletiva das ações e do raciocínio subjacente, realizada após um acontecimento, com o propósito de fomentar a aprendizagem reflexiva e otimizar o desempenho em contexto clínico (Mullan et al., 2014). Tal como descrito por Bagorriha (2020), trata-se de um momento de reflexão guiada que incentiva os profissionais a pensarem criticamente sobre as decisões tomadas, favorecendo o aperfeiçoamento das práticas individuais e de equipa e repercutindo-se positivamente na qualidade e segurança dos cuidados. Momentos de *debriefing* são igualmente relevantes no suporte aos profissionais de saúde, ajudando-os a mitigar os efeitos adversos de situações altamente stressantes (Hammerle et al., 2017).

No âmbito do dever de humanização dos cuidados (art.º 110.º), o enfermeiro tem a responsabilidade de cuidar da pessoa como um todo, reconhecendo-a na sua singularidade (Portugal, 2015). Contudo, no SU, a sobrecarga de tarefas conduz frequentemente a uma visão fragmentada da pessoa, centrada na doença e no corpo, em detrimento de uma perspetiva holística e do potencial de saúde. De acordo com o REPE, artigo 4.º, o enfermeiro deve “prestar cuidados de enfermagem ao ser humano” (Portugal, 1996), o que implica uma abordagem integral. À luz das palavras de Lucília Nunes, o cuidado humano é o eixo que permite que os seres humanos se reconheçam mutuamente, na medida em que envolve compromisso e, consequentemente, responsabilidade profissional (Nunes, 2011).

Num cenário de escassez de recursos humanos, a pessoa que procura cuidados de saúde é muitas vezes colocada em corredores, sem privacidade ou conforto, em ambientes ruidosos e marcados pela azáfama, o que inviabiliza a criação de um ambiente favorecedor do desenvolvimento das suas potencialidades e compromete a sua individualidade. Em contraste, no SMI da ULS, a gestão do ambiente é monitorizada e ajustada de forma sistemática, promovendo tranquilidade e segurança. As expectativas da pessoa e da família são trabalhadas em equipa interdisciplinar, e a individualidade é respeitada, tanto em aspetos simples, como o autocuidado, como em dimensões mais complexas, relacionadas com a estrutura familiar ou com

a gestão de visitas.

O culminar destas experiências em ambientes pouco refletidos do ponto de vista ético-deontológico, e que comprometem o assegurar da unidade de competência “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” (OE, 2019a, p. 4746), associa-se inevitavelmente a consequências éticas, nomeadamente ao sofrimento moral. A distância entre o ideal de ser enfermeiro e a prática no contexto real gera, com frequência, questões complexas que exigem pensamento reflexivo para que o sofrimento moral seja prevenido.

O sofrimento moral é entendido como uma experiência psicológica, emocional e fisiológica que ocorre quando o enfermeiro, limitado por circunstâncias como sobrecarga de trabalho, escassez de recursos ou reduzida autonomia, participa em ações que percebe como incorretas (Schaefer et al., 2018). As suas manifestações incluem mal-estar físico, insatisfação, frustração, estabelecimento de relações impessoais e distanciamento do foco central do cuidado: a pessoa. Quando não reconhecido e gerido, este sofrimento interfere diretamente na qualidade dos cuidados e nos padrões de qualidade, com impacto negativo no profissional, na pessoa/família, na instituição e no sistema, podendo contribuir para quadros de *burnout*, frequentemente descritos na enfermagem. (Schaefer et al., 2018).

A humanização dos cuidados emerge, assim, como eixo transversal da reflexão sobre as experiências vividas, configurando uma obrigação moral, ética e legal inerente ao exercício profissional. A dificuldade sentida em concretizar este princípio no SU contrasta com a experiência no SMI, evidenciando a influência do contexto na operacionalização dos valores ético-deontológicos.

Da análise efetuada conclui-se que o enfermeiro especialista assume uma responsabilidade acrescida em contextos de maior exigência ao nível de recursos humanos e de casuística flutuante, como os SU, e em ambientes onde a PSC e a família se encontram mais vulneráveis a questões éticas e deontológicas. A capacidade de autoanálise e reflexão torna-se crucial para que o enfermeiro reconheça os limites da sua ação e utilize a sua consciência e o seu self para (re)significar a prática. A articulação contínua entre conhecimentos jurídicos, éticos e deontológicos e a experiência clínica é fundamental para um exercício competente, garantindo cuidados seguros, moralmente responsáveis e centrados na dignidade da pessoa.

Esta linha de pensamento converge com a perspetiva de progressão de “novato a perito” descrita por Benner. A capacidade ética amadurece com a experiência e com a compreensão global das situações clínicas, sendo que enfermeiros peritos em contextos críticos demonstram maior sensibilidade para reconhecer dilemas, antecipar consequências morais das decisões e

apoiar colegas menos experientes a pensar e agir de forma ética (Benner et al., 2009). No autodiagnóstico inicial de competências comuns e específicas do EE EMC-PSC identifiquei como “não adquirido” o critério “integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem”. O percurso descrito permitiu desenvolver, aperfeiçoar e consolidar esta competência.

3.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade englobam o exercício ativo do EE na dinamização e suporte às estratégias institucionais de governação clínica, na implementação e participação em programas de melhoria das práticas de cuidados, bem como na promoção de ambientes terapêuticos seguros para o doente (OE, 2019a). Estas competências articulam-se diretamente com o perfil do mestre em enfermagem, que exige a evidência de conhecimentos e capacidade de compreensão avançados, o aprofundamento dos saberes adquiridos no 1.º ciclo e a criação de bases para desenvolvimentos e aplicações originais, frequentemente em contextos de investigação (Decreto-Lei n.º 65/2018). Este alinhamento reforça a transição do enfermeiro generalista para uma prática especializada, reflexiva e orientada para a excelência.

Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC constituem um referencial orientador da prática especializada, potenciando a reflexão crítica e o desenvolvimento de projetos direcionados à melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OE, 2017a). Tendo por base estes referenciais normativos e teóricos, desenvolvi um conjunto de iniciativas práticas ao longo do percurso formativo, que passo a apresentar de forma articulada, evidenciando a integração entre teoria, prática clínica e análise reflexiva.

O tema central do meu projeto individual de mestrado — Gestão do erro terapêutico na pessoa em situação crítica: o contributo do enfermeiro especialista — assentou na identificação e mitigação do risco de dano desnecessário relacionado com a medicação, promovendo concomitantemente a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Este foco respondeu diretamente à competência específica B3 do perfil do EE EMC-PSC, que estabelece que o especialista "considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco" (OE, 2019a, p. 4747).

Com este propósito, procedi à análise sistemática do método de preparação e administração de terapêutica da equipa do SMI, identificando pontos propensos à falha com base na *scoping*

review realizada, de modo a propor medidas concretas de mitigação. O SMI opera com método de trabalho individual, no qual o enfermeiro assume total responsabilidade pelos cuidados dos doentes que lhes são atribuídos durante o turno, incluindo a preparação e administração da medicação correspondente (Ventura et al., 2024).

No turno da manhã, a medicação é segregada para as 24 horas seguintes pelo enfermeiro responsável e colocada numa mesa destinada à preparação terapêutica na unidade de cada doente. Nos turnos subsequentes, recai sobre o enfermeiro em funções a responsabilidade pela preparação e administração da medicação necessária. Existem computadores nas unidades dos doentes que permitem o acesso e validação da prescrição terapêutica. A preparação ocorre junto à cabeceira, conforme preconizado pela literatura (Barcellos, 2024), fora dos períodos de visitas para evitar interrupções ou distrações, em linha com a evidência disponível (Westbrook, 2010). Os medicamentos são identificados por etiquetas geradas automaticamente pelo sistema *Bsimple – PatientCare®*, contendo o nome do doente, medicamento e dosagem, horário, via de administração, diluição, e nome do profissional responsável, tal como preconizado (Vogelsmeier, 2022).

A DGS destaca que os profissionais devem familiarizar-se com as listas de medicamentos de alta vigilância, nomeadamente os medicamentos LASA (Look-Alike-Sound-Alike) e MAM (Medicamento Alerta Máximo) disponibilizadas pela instituição, compreendendo o seu objetivo na prevenção de incidentes associados à medicação (DGS, 2023b). Em ambientes de cuidados críticos, onde estes fármacos são frequentes, o armazenamento e identificação correta emerge como relevante na redução do erro. O SMI da ULS cumpre os normativos da DGS e normativos institucionais, verificando-se esta conformidade.

Apesar do cumprimento de vários requisitos e boas práticas, identifiquei oportunidades de melhoria na administração de terapêutica segura. A evidência científica sublinha a necessidade de identificação inequívoca do doente através da pulseira de identificação imediatamente antes da administração de terapêutica (De Rezende, 2021) ou de qualquer intervenção ou procedimento (Sales et al., 2021).

A DGS (2023d) estabelece como critério mínimo obrigatório a confirmação inequívoca da identidade. Embora a prescrição seja responsabilidade médica, a preparação e administração de fármacos integram intervenções próprias da competência de enfermagem, não delegáveis (Ferreira, 2023) pelo que a responsabilidade da correta preparação e administração de terapêutica prescrita recai sobre o enfermeiro.

No SMI, os doentes sedados, com dispositivos invasivos ou edemaciados não possuem

pulseira de identificação, sob a justificativa assente em "conhecimento prévio do doente", sobrecarga ou impossibilidades clínicas. Sales et al. (2021) alertam que esta subvalorização da identificação inequívoca ignora a evolução imprevisível para cenários críticos na PSC, sem comunicação prévia, potenciando situações de falha e erro desnecessárias.

Em paralelo, a identificação não está exposta na cabeceira ou pés da cama (por proteção de dados), potenciando erros equívocos — risco analisado com a enfermeira supervisora e gestora como oportunidade prioritária de melhoria.

A evidência é unívoca quanto à notificação de eventos adversos como estratégia fundamental na mitigação do erro terapêutico (Tariq et al., 2024). Qualquer erro relacionado com medicação deve ser reportado, não apenas por cumprimento normativo (DGS, 2022a), mas como elemento estruturante de uma estratégia global de segurança do doente.

A DGS incentiva a notificação correta de incidentes conforme a Norma de Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente (DGS, 2022a), alinhada ao Programa Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, priorizando a segurança na utilização da medicação. Neste enquadramento, ganha relevância o projeto global OMS "*Medication Without Harm*", terceira prioridade do desafio de segurança do doente, visando reduzir 50% os danos graves e evitáveis associados à medicação através de sistemas mais seguros.

A gestão do risco centrada na segurança do doente resulta da articulação entre normas nacionais da DGS e padrões da OMS. Ambas enfatizam a notificação sistemática de erros e eventos adversos como ferramenta essencial para análise de causas raiz, implementação de medidas corretivas e melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Pedroso et al., 2021). Assim, a notificação transcende o ato isolado, integrando-se numa cultura de segurança sem culpas, alinhada aos princípios ético-deontológicos da enfermagem e aos padrões internacionais da OMS. Exemplo paradigmático é a plataforma NOTIFICA — sistema confidencial, anónimo e não punitivo para relato de incidentes por cidadãos ou profissionais, fomentando aprendizagem e ações corretivas (DGS, 2022a).

Os incidentes classificam-se pela OMS em categorias como acidentes do doente, comportamento, dieta/alimentação, dispositivos/equipamento médico, documentação, infeção associada aos cuidados de saúde, infraestrutura, medicação/fluidos intravenosos, oxigénio/gás/vapor, processo/procedimento clínico, processo administrativo, recursos/gestão organizacional e sangue/hemoderivados (DGS, 2022a).

O sistema de gestão de risco da ULS — HER+ (*Health Event and Risk Management*) — permite a notificação e gestão de eventos clínicos e não clínicos, assente na estrutura do NOTIFICA. Consultei o relatório de notificações do 1.º semestre de 2025 da ULS onde

decorreram os estágios, focando-me nos incidentes terapêuticos (medicação/fluidos intravenosos), a análise revelou que apenas 10 incidentes medicamentosos foram reportados, nenhum proveniente do SMI (ULS, 2025b).

Diante desta constatação, apliquei um questionário via Google Forms, enviado anonimamente pelo grupo WhatsApp (sem identificação institucional), para levantamento de necessidades formativas na temática (Apêndice A). O diagnóstico de necessidades de formação constitui "um processo que visa analisar eventuais falhas ou discrepâncias existentes entre o perfil de competências desejado relativamente ao desempenho por um indivíduo ou conjunto de indivíduos e o perfil desejado, resultando na elaboração de um plano de formação de natureza corretiva e/ou prospetiva" (OE, 2021b).

A análise do questionário revelou que 71,4% da equipa de enfermagem do SMI tinha interesse em formação na área da qualidade e segurança. Dos enfermeiros que responderam ao questionário, 85,7% já experienciou equívocos associados ao erro terapêutico. Todos os respondentes (100%) consideraram relevante formação contínua com foco na redução do erro terapêutico. 47,6% das respostas identificaram uma cultura-barreira de repressão perante falhas ou enganos.

A evidência confirma que culturas de culpabilização constituem barreira significativa à qualidade e segurança, inibindo notificações e perpetuando riscos sistémicos (Vieira et al., 2024). Taxas baixas de notificação mantêm ciclos de erro, por sua vez, culturas não punitivas podem aumentar a aprendizagem organizacional até 300% (Motta, 2022). O medo de punição reduz a notificação em 90% dos incidentes, impedindo a análise de causas raiz e desenvolvimento de estratégias de melhoria (Sujan, 2017).

Após este diagnóstico, realizei dois momentos formativos em dias distintos, abrangendo 100% da equipa em horários definidos pela enfermeira gestora. O objetivo foi envolver a equipa na adoção de estratégias baseadas em evidência para redução do erro terapêutico, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados, qualidade e segurança.

A formação intitulada "O erro terapêutico: barreiras à administração segura e intervenções eficazes para redução" obteve avaliação positiva no seu término (Apêndice D). A avaliação das aprendizagens é importante no sentido em que visa aferir o alcance dos objetivos pelos formandos (OE, 2021b). Globalmente, 94,1% dos enfermeiros apreenderam que o erro terapêutico é evitável e que, embora as estratégias e perfil de liderança seja relevante na sua mitigação, o enfermeiro detém responsabilidades deontológicas e legais na administração de terapêutica — conceito consolidado por 100% de respostas corretas. Ficou assim explícita a responsabilidade partilhada do erro.

A formação incidiu na aplicabilidade dos normativos DGS 005/2018 ("Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais") e 017/2022 ("Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente") para redução do erro terapêutico, com 100% de acertos na afirmação "A notificação de eventos adversos procura a causa raiz, contribuindo para a redução do incidente".

A explanação dos dados institucionais confirmou a elevada subnotificação por cultura repressiva e medo, urgindo desmistificar o erro através de reflexão para aprendizagem efetiva - consolidado por 100% de respostas corretas sobre causas de subnotificação.

Para aprofundar as particularidades da subnotificação identificada na análise do relatório de notificações do 1.º semestre de 2025 da ULS, solicitei um período de observação e partilha com a CQS. Esta partilha permitiu identificar um círculo vicioso: os formulários são morosos e detalhados pelo que consomem tempo excessivo, e as ações corretivas sobrecarregam a gestão, gerando desagrado pela mesma, perpetuando a baixa adesão, limitando a análise das causas raiz e comprometendo a segurança do doente, desalinhado com culturas não punitivas preconizadas.

Os relatórios apresentam notificações baixas, mesmo em UCI (onde a complexidade elevada potencia o erro) esta subnotificação é atribuída a receio de represálias, culpabilização e falta de consciencialização sobre o potencial construtivo do erro (Gqaleni et al., 2024).

Apesar de assistirmos a perfis de liderança por parte dos gestores e responsáveis de serviço pouco favoráveis à notificação (segundo o percecionado na CQS da ULS), a gestora do SMI impulsiona-a independentemente da origem.

As barreiras operacionais supracitadas foram expostas à CQS, que reconhece lacunas, mas, limitada pelo tempo, delega a redução de causas raiz aos intervenientes e responsáveis de serviços. Esta conduta, centrada no cumprimento normativo, revela uma intervenção pouco proativa por parte da CQS face ao potencial contributo da mesma no que concerne ao desenvolvimento da qualidade e segurança e que culmina com pouca visibilidade e credibilidade pelo grupo de pares. O projeto formativo delineado, baseado em necessidades formativas da equipa do SMI, na consulta prévia dos relatórios institucionais de qualidade e na consulta da CQS, promoveu a melhoria contínua através de prática baseada na evidência. Reforça-se que a prevenção de complicações está referenciada nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC- PSC (OE, 2017a).

Este projeto formativo foi estruturado por forma a ir ao encontro do Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de Larrabee (Larrabee, 2011). Este modelo orienta o enfermeiro num processo sistemático desde a identificação da necessidade de mudança até à

integração sustentada das novas práticas. O Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidência é operacionalizado em seis etapas sequenciais, cada uma com objetivos específicos que orientam a transição da prática intuitiva para a prática sistemática e sustentada pela evidência consolidando a qualidade e melhoria contínua dos resultados.

A Tabela 7 explicita resumidamente o que tenho vindo a explicar nos parágrafos anteriores. A forma como cada etapa do processo foi operacionalizada no contexto da segurança terapêutica, articulando o problema do erro terapêutico, as ações concretizadas e a evidência científica que suporta as decisões tomadas

Tabela 7

Integração do modelo de mudança da prática baseada em evidência no projeto desenvolvido no estágio do SMI na redução do erro terapêutico

Etapa do modelo de Larrabee	Atividades desenvolvidas	Exemplos de evidência que sustenta as ações
1. Avaliar a necessidade de mudança da prática	Levantamento de dados: -OMS refere que os erros terapêuticos ocupam uma das principais causas de incidentes de segurança evitáveis. -Avaliação das necessidades formativas da equipa do SMI face ao erro terapêutico; -Avaliação do relatório de incidentes notificados na ULS; -Análise do método de preparação e administração de terapêutica da equipa do SMI.	-OMS (2016). <i>Medication errors: Technical series on safer primary care.</i> -Plano nacional para a segurança dos doentes 2021-2026 -Plano de ação mundial para a segurança do doente 2021-2030 -Análise de questionário aplicado à equipa SMI (Apêndice A; Apêndice B) - Relatório de notificações de segurança do doente 2013-2022 -Relatório de incidentes notificados na ULS - 1º semestre 2025 -Observação prática
2. Localizar as melhores evidências	-Pesquisa em bases de dados (CINAHL, PubMed, SciELO), -Consulta de normativos, de programas da OMS, da DGS; para identificar estratégias eficazes	-<i>Scoping review</i> (Apêndice C) -Norma n.º 005/2018 e norma n.º 017/2022 DGS -OMS (2024): <i>Medication without harm: Global patient safety challenge on medication safety</i>

3. Analisar criticamente e sintetizar as evidências	-Seleção e síntese das recomendações chave (barreiras à administração segura e intervenções eficazes para redução do erro) -Avaliação das intervenções exequíveis no contexto local. -Priorização de intervenções com melhor relação impacto/recursos.	-Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro – Artigo 9.º -Regulamento n.º 190/2015 -Deontologia profissional de enfermagem: Código deontológico -Artigos analisados na <i>scopig review</i> (Apêndice C)
4. Projetar a mudança da prática	Desenho de um plano de intervenção específico para o SMI: -Implementação de cultura de segurança no âmbito; -Cumprimento normativo da verificação da pulseira de identificação inequívoca antes de qualquer procedimento; -Plano de formação no âmbito; -Incentivo à notificação de eventos adversos (aumentar taxas de notificação); -Sensibilização da CSQ para a problemática; -Sensibilização para a importância de modelos de liderança transformadora	Estudos sobre intervenções na redução do erro terapêutico confirmam que normativos combinados com formação, verificação e alterações organizacionais têm potencial para reduzir erros e melhorar a cultura de segurança. (Athanasakis, 2021; Beirouti et al., 2022; Dick-Smith, et al, 2023; OE, 2021b)
	Implementação piloto: -Sessões de sensibilização e formação sobre a responsabilidade profissional associada à administração de	Programas de formação e estratégias ativas de aprendizagem melhoram conhecimento, atitudes e desempenho dos profissionais na prevenção de erros

5. Implementar e avaliar a mudança	terapêutica; importância dos modelos de liderança transformadora na melhoria da qualidade e segurança; apresentação dos resultados da pesquisa; desmitificar a cultura-barreira perante o erro/falha. -Sensibilizar a CQS para auditorias à prática da consulta da pulseira de identificação inequívoca antes dos procedimentos; -Incentivar os enfermeiros à consulta do relatório de incidentes notificados como estratégia de sensibilização com vista à melhoria contínua; -Análise do efeito nas taxas de adesão às práticas seguras (à posteriori)	Motta, (2022) Miranda (2014); Silva e Franco (2014); Alshammari et al. (2025)
6. Integrar e manter a mudança	Pós estágio- -Proposta de incorporação das mudanças em normas institucionais, -Planos de formação contínua e sistema de indicadores do serviço/ULS. -Definição de responsáveis pela monitorização contínua, -Periodicidade de auditorias, <i>feedback</i> regular à equipa em articulação com CQS.	A literatura realça a importância de abordagens organizacionais, cultura de notificação, monitorização contínua e melhoria sistemática para consolidar ganhos na segurança terapêutica Parry et al. (2020); Oliveira et al. (2022)

Fonte: Autoria própria

No âmbito da melhoria contínua da qualidade e da gestão do risco do risco, frequentei a formação "Regime Geral de Prevenção da Corrupção e Gestão de Riscos" (Anexo B) e "Canal de denúncias da ULS" (Anexo C), sendo nomeada elo de ligação para o risco pelo Conselho de Administração da instituição (Anexo D).

Durante o estágio, não ocorreram eventos adversos medicamentosos notificáveis, mas identifiquei e comuniquei equívocos em prescrições de exames complementares de diagnóstico, que embora sem dano direto ao doente, seriam redundantes. Tais ocorrências sublinham a comunicação clara e assertiva como pivotal para mitigar erros evitáveis, perpetuando a sinalização precoce, a análise colaborativa e a melhoria como alinhado com a evidência sobre redução de falhas iatrogénicas (Mohajer-Bastami et al., 2025).

Para potenciar a qualidade comunicacional que se revela importante na redução do erro e da falha, realizei o curso "Comunicar com clareza" (Anexo F). Num contexto de *boom* digital, onde equipas interdisciplinares comunicam via tecnológica, frequentei "Etiqueta na Comunicação Digital" (Anexo G) e "Colaboração e Cooperação em equipa na era digital" (Anexo H).

Na UC Relação e Comunicação em Saúde no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica, desenvolvi intensamente o tema comunicação, destacado no PNSD 2021-2026 (pilar 3: Comunicação; Despacho n.º 9390/2021), que enfatiza a comunicação eficaz e eficiente para cuidados seguros, especialmente em transições críticas. Nestes momentos deve cumprir-se a norma DGS n.º 001/2017 (técnica ISBAR), associada a maior qualidade, menores eventos adversos e mortalidade (DGS, 2017). As estratégias de sensibilização para adoção desta orientação incluem cartões ou fixação de cartazes em zonas críticas e formações para expansão de boas práticas (Caldas & Gomes, 2021).

A ULS possui norma ISBAR homologada, existe um cartaz afixado no SMI, embora em momentos de transição de cuidados se utilize ainda um método cefalocaudal sem instrumento de registo próprio, elevando riscos de omissões e falhas. Inicialmente, experienciei desorganização e confusão face a este método. Estes sentimentos foram discutidos com a supervisora e com a enfermeira gestora, os desvios ISBAR dificultam integração de novos profissionais (DGS, 2017). Sugeri por isso um documento de passagem de turno sob o modelo ISBAR, no entanto foi-me informado que existe um grupo de trabalho dedicado a essa temática e ao desenvolvimento da mesma.

No âmbito da melhoria contínua, propus à supervisora *debriefings* diários, como já abordado no subcapítulo anterior. O *debriefing* estruturado promove a melhoria em cuidados (Silva et al., 2020), sistematizando aprendizagens e mensurando impactos pedagógicos.

Realizei o "Curso de Qualidade e Segurança em Saúde" (Anexo I), que aprimorou o desempenho como membro responsável pelo Sistema de Gestão e Qualidade do serviço (Anexo J). Desenvolvi visão refinada sobre priorização, construção e execução de projetos de melhoria contínua, alinhando objetivos e processos a dados reais.

A aprendizagem em contexto teórico, da UC Segurança da Pessoa em Situação Crítica — Prevenção e Controlo das IACS —foi canalizada para o projeto de melhoria contínua divulgado no *webinar* ANCI "Desafios Globais: Sinergias Profissionais" distinguindo como 1.º prémio comunicação livre (Anexo K) e publicado no livro de resumos (Associação Nacional de Controlo de Infecção, 2025; Anexo L).

A formação efetuada aos enfermeiros sobre redução do erro terapêutico (já referida; Anexo E) exemplifica o suporte à melhoria da qualidade. Este tipo de formações *risk-based training*, prioriza programas via identificação e análise de riscos contextuais, focando áreas de maior impacto (Canning & Macrae, 2025). Na saúde, mapeia riscos clínicos e não, clínicos (erros terapêuticos, ruturas stock, acidentes laborais). A tecnologia e inteligência artificial neste âmbito tem vindo a revelar-se como aliada, detetando 50% mais riscos do que métodos tradicionais (De Micco, 2025). Estes mapas de risco informatizados e com base em fórmulas previamente estabelecidas, avaliam a severidade e frequência do risco, identificando a necessidade de formação preventiva e promovendo a cultura proativa vs empírica (De Micco, 2025; Canning & Macrae, 2025).

Outra atividade desenvolvida no âmbito da melhoria da qualidade e da competência específica do EE EMC-PSC ("maximiza intervenção na prevenção/controlo infeção/resistência antimicrobianos na PSC/falência orgânica"), decorreu do estágio no GL-PPCIRA.

Neste contexto foi sugerido a realização da uma NR intitulada “Manutenção da esterilidade dos dispositivos médicos: Armazenamento, acondicionamento e manipulação” (Apêndice E).

O GL-PPCIRA, no âmbito da minha experiência profissional aproveitou a oportunidade de partilha para uniformizar os procedimentos de armazenamento, acondicionamento e gestão da validade dos dispositivos médicos de uso múltiplo (DMUM) como forma de redução das IACS e de garantia da segurança do doente e da qualidade dos cuidados.

O modelo de planeamento sugerido pela OE, que se baseia no ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*) e na sua adaptação para oito fases de melhoria contínua da qualidade (1. identificação do problema/situação a melhorar; 2. análise da situação atual e das causas; 3. definição do plano de ação; 4. execução do plano de ação; 5. monitorização da execução; 6. verificação da eficácia; 7. padronização e fixação dos resultados e 8. abrangência/expansão e início de novo ciclo de melhoria) articula-se diretamente com a NR desenvolvida, ao fornecer

a estrutura metodológica para a sua implementação, monitorização e correção, garantindo assim que os seus objetivos de segurança e qualidade sejam efetivamente alcançados (OE, 2015c).

Este processo colaborativo de partilha, não só se reflete como competência desenvolvida no âmbito da melhoria contínua da qualidade, como vai de encontro ao defendido por Benner. Benner salienta que a perícia emerge na relação colaborativa e reflexão em comunidades de prática, onde enfermeiros partilham casos clínicos, dilemas, dificuldades e sucessos para apurar o “saber prático”, acelerando transições entre estágios. (Benner, 2001).

Para terminar, identifiquei duas oportunidades de melhoria, além da ausência de pulseira de identificação inequívoca, que se prendem primariamente, com a não existência de um plano de emergência e catástrofe específico para o SMI e em segundo plano, com o facto de não ser utilizada avaliação de capnografia na PSC.

A literatura de medicina intensiva em Portugal salienta a necessidade de preparar as UCI para situações de catástrofe, nomeadamente para o aumento súbito de doentes críticos, triagem, priorização e evacuação (Almeida, 2012). Esta problemática foi discutida com a equipa de enfermagem, que reconhece a existência desta lacuna e manifesta interesse no desenvolvimento de projetos nesta área, contudo, a carência de recursos humanos e a ausência de tempo direcionado para atividades de melhoria da qualidade limitam a concretização deste tipo de iniciativas estruturadas.

Também neste contexto, de necessidade de reforço da qualidade e segurança, destaco a ausência da utilização de capnografia no SMI da ULS, no doente sob VMI.

A capnografia, é uma monitorização gráfica contínua da pressão parcial de dióxido de carbono do ar expirado ao longo do tempo e que avalia a eficácia da ventilação pulmonar de forma não invasiva, permitindo a identificação precoce de hipoventilação, apneia, obstrução de vias aéreas ou falhas na entubação e torna-se especialmente útil em situações de sedação, ventilação mecânica e reanimação (Srinivasa,n.d). Embora não substitua a monitorização da saturação de oxigénio através oximetria de pulso, a evidência demonstra que a capnografia deteta apneia e hipoventilação mais cedo que a primeira (Català et al.,2025). Tornando-se desta forma numa medida de melhoria e qualidade a adotar nos cuidados prestados.

Esta sugestão foi igualmente transmitida à equipa de enfermagem do SMI, no entanto, a equipa vê-se refém das decisões médicas neste tipo de especificidades.

As intervenções e procedimentos que tenho vindo a descrever enquadram-se na unidade de competência B2- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua descrita no perfil das competências comuns do EE pela OE (OE,2019a,p.4747), e vão de encontro às competências necessárias para a prestação de cuidados

qualificados defendidas por Benner nos domínios que a mesma destaca, nomeadamente no domínio da segurança do doente, e na garantia da qualidade dos cuidados (Benner et al., 2011).

Outro tipo de atividade desenvolvido neste domínio, foi a participação na auditoria à NP "Higiene Ambiental na Prevenção e Controlo da Infecção na ULS", assim como o relatório conclusivo (Apêndice F) da mesma. Neste âmbito a formação "Sistemas de Gestão Documental da Qualidade da ULS" (Anexo M) foi importante para aperfeiçoar a criação deste tipo de documentos rigorosos.

As avaliações do cumprimento normativo, no âmbito da qualidade, desenvolvem competências de melhoria contínua. Confrontar prática com padrões, analisar dados, definir ações corretivas e de monitorização, reforçam a visão crítica, aperfeiçoam indicadores e melhoram as decisões estratégicas baseadas em evidência (Oliveira et al., 2024).

3.1.3 Domínio da gestão dos cuidados

No âmbito da gestão dos cuidados, o EE deve otimizar a prestação de cuidados valorizando o potencial da sua equipa e integrando-se eficazmente na equipa multidisciplinar, adaptando estratégias de liderança e gestão de recursos às especificidades situacionais para assegurar padrões elevados de qualidade (OE, 2019a).

Este domínio articula-se com as competências de mestre, que destacam a capacidade de mobilizar saberes teóricos e práticos, juntamente com competências analíticas, para enfrentar situações inesperadas em ambientes multidisciplinares extensos, mantendo pertinência com o campo de formação (Decreto-Lei n.º 65/2018). Tal integração reforça a prática reflexiva, essencial à transição para uma liderança especializada em contextos críticos.

O objetivo primordial do líder é influenciar, motivar e orientar pessoas ou equipas para objetivos comuns, de forma ética e eficaz, promovendo desenvolvimento individual e coletivo.

Na enfermagem, esta função ganha relevância na coordenação de equipas multidisciplinares, otimização da qualidade dos cuidados e resposta a contextos dinâmicos, alinhando ações à visão estratégica da organização de saúde (Parreira & Carvalho, 2017).

No meu percurso, a experiência profissional de 15 anos no SU médico-cirúrgica foi determinante para desenvolver competências de gestão, face às particularidades organizacionais e à complexidade deste contexto.

No SU e no SMI, o enfermeiro coordenador de turno exerce uma liderança que se foca essencialmente na coordenação de recursos humanos em ambientes de elevada criticidade.

Tanto no SU como no SMI da ULS, esta responsabilidade é atribuída sempre que possível, ao EE EMC, conforme preconizado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2015, p. 2): "Dispondo as equipas dos serviços de urgência de profissionais com estas competências, deverão ser estes a exercerem as funções de chefes de equipa". Esta função é transversal, embora no SU, pela dimensão da equipa e espaço físico, apresente maior complexidade, envolvendo distribuição criteriosa de enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde com base em competências específicas — priorizando o EE EMC-PSC para cuidados de maior complexidade, como triagem e estabilização no SU ou monitorização contínua no SMI.

Ambas as realidades partilham competências nucleares, gestão de equipas multiprofissionais, articulação com médicos na otimização de camas e casuística e adaptação situacional a picos de pressão.

No SU, o foco reside no fluxo rápido de afluência caótica e triagem diferenciada e no SMI, na atribuição ajustada do rácio enfermeiro-PSC, calculada diariamente pelo coordenador de turno através do instrumento *Nursing Activities Score* (NAS), conforme Parecer n.º 15/2018 da Mesa do Colégio (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2018). O NAS é um instrumento que quantifica a carga de trabalho de enfermagem em UCI, expressando em percentagem o tempo de cuidados prestados a cada doente nas últimas 24 horas. O seu principal objetivo é medir de forma objetiva o esforço assistencial de enfermagem, permitindo apoiar o dimensionamento dos recursos humanos, o planeamento dos cuidados e a monitorização da complexidade e intensidade da assistência prestada (Miranda et al., 2003).

A minha experiência prévia permitiu-me refletir de forma crítica sobre dimensões essenciais da prática de enfermagem, nomeadamente na liderança, na comunicação, na tomada de decisão e na gestão de conflitos nestes contextos. Benner (2001) defende que a experiência não é mero tempo de serviço, mas acumulação qualitativa de situações clínicas que desenvolve o "saber prático" via prática reflexiva, evoluindo para perícia. Esta perspetiva articula-se com os domínios principais da prática de enfermagem - gestão de crises (know-how), liderança clínica e supervisão (Benner et al., 2011) -, alinhando-se às competências comuns do EE.

Intrinsecamente articulada ao domínio da gestão de cuidados de enfermagem, encontra-se a supervisão clínica, que operacionaliza a coordenação de equipas e a otimização de recursos, assegurando padrões de qualidade em cuidados críticos (OE, 2019a). A supervisão clínica monitoriza o desempenho em tempo real, corrige desvios nos cuidados e capacita os profissionais através de *feedback* estruturado, promovendo culturas organizacionais não punitivas. Conforme preconizado por Teixeira et al. (2022), a supervisão clínica potencia conhecimento, atitudes e práticas reflexivas, sendo essencial para equipas de cuidados em

situações críticas onde a tomada de decisão autónoma impacta diretamente a segurança do doente. Assim, transcende a mera vigilância, constituindo-se como alavanca estratégica para a melhoria e para o desenvolvimento de competências.

Neste sentido, frequentei o "Curso de Supervisão Clínica em Enfermagem" (Anexo O), que contribuiu para supervisionar alunos e colegas, munindo-me de ferramentas reflexivas. Incluo aqui a relevância da enfermeira supervisora que me acompanhou no estágio do SMI estar também, a concluir a sua pós-graduação em supervisão clínica. Esta situação potenciou um ambiente de crescimento pessoal bidirecional favorável, com base na sua recente aprendizagem.

Assisti também à “Sessão (in)formativa sobre Acreditação e Idoneidade Formativa em Contexto da Ordem dos Enfermeiros” (Anexo P), fundamentada no Regulamento n.º 558/2017 (OE, 2017b), que define princípios para reconhecer contextos formativos favoráveis, garantindo a qualidade e segurança (OE, n.d.). A formação capacitou-me para avaliar requisitos como supervisão certificada e recursos adequados, essenciais para estágios ou internatos da prática especializada, promovendo excelência alinhada ao Estatuto da OE. A acreditação classifica os contextos em três níveis (“Padrão”, “Referência” ou “Modelo”), sob responsabilidade da estrutura de idoneidades, assegurando progressão formativa e proteção de formandos e utilizadores.

No perfil do EE EMC-PSC, relacionada com gestão de recursos, fui nomeada 1.ª vogal suplente do Júri para "Abertura de Manifestação Interna de Interesse para Lista Seriada de Enfermeiros para Escalas de Transporte Inter-Hospitalar da PSC" (Anexo Q), refletindo reconhecimento institucional nas competências técnico-científicas, julgamento e liderança na construção de equipas diferenciadas.

No serviço onde atualmente desenvolvo funções, o aprendizado do SU foi crucial para definir prioridades, ajustando o perfil da equipa que lidero — muitas vezes isoladamente — às características do serviço.

Apesar de assumir funções de enfermeira responsável na ausência da enfermeira gestora, as funções da gestão focam-se sobretudo no planeamento estratégico e administrativo (planos de atividade, indicadores, normativos), conforme Decreto-Lei n.º 71/2019 e OE (2018b). Tais tarefas estruturam a prática eficiente, garantindo a qualidade e segurança.

Em contraste, a coordenação e liderança de equipas e das prioridades no SU é operacional e dinâmica, adaptando-se à flutuabilidade de volume e carga, exigindo liderança situacional, decisão imediata e gestão de conflitos em ambiente imprevisível (Parreira, 2017).

Assim, embora essencial o trabalho burocrático do gestor, a importância do enfermeiro que lidera a equipa no SU apresenta maior complexidade operacional e interpessoal, requerendo

competências específicas para responder às necessidades de doente, famílias e da equipa (Pires & Oliveira, 2023).

A literatura aborda vários estilos: a liderança situacional de Hersey e Blanchard postula que não há estilo universal; o líder diagnostica a maturidade dos subordinados (competência técnica, motivação, confiança), ajustando-se de diretivo a delegativo (Wang, 2024). Para prevenção de erros, destaca-se a liderança transformacional (Strapasson & Medeiros, 2009), que inspira motivação intrínseca, inovação e desempenho via visão partilhada e ética, fomentando culturas sem culpa e análise crítica de riscos (Kim et al., 2020) - alinhada ao programa "Liderança para a Mudança" da OE.

O *webinar* "Desafios da Gestão em Enfermagem" (Anexo N) reforçou esta perspetiva, enfatizando a importância do foco na qualidade e segurança pela gestão e pelos líderes de equipa, aproximando-se da revisão da literatura; o líder atua como agente de cooperação e suporte, sendo exemplo de motivação, com conhecimento técnico e sensibilidade relacional (Moreira & Nunes, 2024).

A prática especializada eleva a autopercepção de liderança dos EE, que se veem como promotores de desenvolvimento via orientação empática e impulsionadores de formação, criando coesão e esforço coletivo, minimizando disfunções intra e inter-equipas (Pires & Oliveira, 2023).

Alinhado a Quinn (1996), a liderança bem-sucedida exige mudança pessoal contínua via crescimento interior. Frequentei por isso o *Workshop* "Liderança Humanizada" (Anexo R) e "Fundamentos de Felicidade Organizacional" (Anexo S), integrando ferramentas inovadoras e humanas para objetivos comuns — concretizando a unidade C2: "Adapta a liderança/gestão de recursos às situações/contexto para qualidade dos cuidados" (OE, 2019a, p. 4748).

O Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão estabelece competências que abrangem a prática profissional ética legal, a gestão da qualidade e segurança dos cuidados, a condução da mudança organizacional e o desenvolvimento profissional, assim como o planeamento, organização, direção e controlo das atividades. Esta prática deve ainda ser orientada por evidência científica de forma a promover melhorias nos resultados em saúde (OE, 2018c), temas abordados na Unidade Curricular de Políticas e Gestão em Saúde.

Na ausência do enfermeiro gestor (tardes e noites), o EE ou coordenador de equipa assume as funções de gestão, justificando formação específica. Ambas as enfermeiras orientadoras do SMI e do GL-PPCIRA são igualmente detentoras de pós-graduação em gestão.

Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC-PSC (OE, 2017) estabelecem como descritor fundamental a estruturação dos cuidados de enfermagem, com

enfoque na busca pela excelência profissional e na garantia de elevada eficácia clínica. Este padrão preconiza a adoção de metodologias organizacionais específicas para a enfermagem à PSC, que promovam padrões qualitativos elevados e assegurem respostas clínicas eficientes.

Neste contexto, a liderança do EE assume relevância determinante na atribuição criteriosa dos postos de trabalho, considerando tanto a tipologia de doente quanto as competências e características individuais dos elementos da equipa. Esta prática assegura o cumprimento rigoroso dos padrões de qualidade referidos e concretiza as competências comuns do EE previstas no Regulamento n.º 140/2019.

Adicionalmente, os mesmos padrões destacam a implementação de uma estratégia de formação contínua direcionada especificamente aos EE, com o objetivo explícito de fomentar o progresso profissional contínuo e elevar a qualidade das intervenções especializadas em contexto crítico.

Participei como formadora, em dois dias destinados a esse fim, partilhando os resultados da minha *scoping review* com a equipa do SMI (Anexo E) e no curso institucional "Noções Básicas de Prevenção e Controlo de Infecção" (Anexo T), divulgando desta forma a norma regulamentar com o objetivo de melhoria realizada no estágio do GL-PPCIRA.

Na coordenação dos cuidados, a capacidade decisória do EE EMC-PSC revela-se essencial para assegurar intervenções apropriadas, seguras e centradas tanto na PSC como na sua família.

O EE EMC-PSC detém competências técnicas avançadas, autonomia profissional e dever ético-deontológico para executar ações de enfermagem suportadas por resultados previstos e protocolos fundamentados. Esta prática assenta na integração sequencial e articulada dos processos de compreensão da situação, análise clínica rigorosa, tomada de decisão fundamentada, planeamento estruturado dos cuidados e avaliação contínua dos resultados, particularmente em cenários de elevada complexidade e imprevisibilidade clínica (OE, 2018b).

O processo decisório na prática especializada envolve fatores internos, de natureza individual e fatores externos, relacionados com o contexto organizacional e clínico, refletindo uma escolha simultaneamente racional e reflexiva, sustentada na avaliação criteriosa das opções disponíveis (Nunes, 2024). Esta dinâmica estabelece uma ligação intrínseca entre a tomada de decisão, o raciocínio clínico estruturado e a responsabilidade profissional, todos eles dependentes do amadurecimento socioprofissional e da expertise acumulada do enfermeiro.

A gestão de cuidados à PSC implica uma responsabilidade decisória particularmente agravada, especialmente em ambientes turbulentos e de elevada pressão como no SU, onde as dinâmicas de stress perturbam frequentemente a coesão da equipa e intensificam conflitos interpessoais. Este contraste evidencia-se perante contextos mais estabilizados, como o SMI. No

SU, a multiplicidade de variáveis imprevisíveis desafia de forma singular as competências de gestão e coordenação.

Contudo, a experiência profissional previamente adquirida facilitou a transição para o SMI e sobretudo para o serviço onde atualmente me encontro, permitindo ajustar-me com eficácia aos contextos mais estruturados e organizados. Esta capacidade concretiza a unidade de competência C1 do perfil do EE: “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (OE, 2019a, p. 4748).

3.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências deste domínio abrangem a capacidade de promover o autoconhecimento e a assertividade, bem como de fundamentar a prática clínica especializada em evidência científica (OE, 2019a).

Estas articulam-se com os descritores do grau de mestre, nomeadamente a aptidão para comunicar de forma clara e rigorosa as conclusões, os conhecimentos e os raciocínios que as sustentam, tanto a públicos especializados como não especializados, e a capacidade de gerir a própria aprendizagem de forma contínua, autónoma e orientada para o desenvolvimento ao longo da vida (Decreto-Lei n.º 65/2018). Este enquadramento reforça a prática reflexiva como pilar da excelência profissional em enfermagem especializada.

O tema escolhido para o projeto de mestrado emergiu das dificuldades sentidas e experiências vividas no contexto de cuidados à PSC, em ambientes caóticos e complexos como o SU. Esta escolha reflete a unidade de competência D1.1: “Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” (OE, 2019a, p. 4749).

Múltiplas situações e experiências revelaram o potencial de erro e falha nestes contextos, frequentemente equívocos, que comprometem a tomada de decisões mitigadoras. Tais ocorrências, embora não intencionais, causam prejuízo ao doente, comprometendo a sua segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Dada a importância fulcral do EE EMC-PSC nas suas unidades de competência — nomeadamente “Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação” e “Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação” (OE, 2018b, p. 19362) —, foi essencial compreender estratégias de minimização do erro à luz da evidência científica mais recente. Neste sentido, a questão de investigação “Quais as intervenções de enfermagem que reduzem o

erro terapêutico na pessoa em situação crítica?” serviu de ponto de partida para a *scoping review*, efetuada segundo protocolo específico (Apêndice C).

Esta pesquisa não só me munuiu de estratégias para responder às dificuldades vivenciadas em contexto prático quando confrontada perante o erro terapêutico, como me permitiu difundir e partilhar o aprendizado através de momentos formativos com os pares. A pesquisa foi igualmente revista após sugestões de melhoria dos revisores científicos da revista Riase e aguardo decisão de publicação da mesma.

Assim, aproximei-me do preconizado pela OE na unidade de competência D2: “Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019a, p. 4749).

O investimento formativo foi diversificado e pode subdividir-se em áreas temáticas. Algumas formações já foram referenciadas ao longo do relatório, outras, não contextualizadas noutros capítulos, descrevem-se seguidamente.

Ao nível da qualidade e segurança, participei no curso "Formação, Qualidade e Segurança de Cuidados", promovido pela plataforma NAU em parceria com a Escola Superior de Enfermagem do Porto (Anexo U), e no "Curso de Qualidade e Segurança em Saúde", já mencionado no subcapítulo 3.1.2, promovido pela Comissão de Qualidade e Segurança da ULS (Anexo I). Estas iniciativas reforçaram a capacidade de análise crítica de sistemas e processos, essenciais à prática especializada.

No domínio da gestão de cuidados, o aprendizado de resultante da pesquisa e da *scoping review* direcionou-me para estratégias de liderança baseadas em relações humanas, como a transformacional, que privilegiam a comunicação e empatia sobre o controlo e hierarquia. A evidência demonstra que estes estilos — que conhecem as pessoas, escutam ativamente e criam ambientes psicologicamente seguros — promovem crescimento profissional, empoderamento estrutural e desenvolvimento das equipas de enfermagem (Ramos et al., 2025).

Neste contexto, frequentei o curso "Cooperação e trabalho em equipa" (Anexo V) e "Transformar a Comunicação em Resultados" (Anexo W), promovidos pela Academia dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.

Pela plataforma NAU, realizei o curso "Estratégias promotoras de saúde no trabalho" (Anexo V), que contribuiu para o equilíbrio entre desempenho profissional e bem-estar pessoal.

Dada a expansão tecnológica e alinhada à competência específica do EE EMC — "Mobiliza conhecimentos no domínio das novas tecnologias na gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos complexos" (OE, 2018b, p. 19369) —, frequentei na plataforma NAU os cursos "Introdução à Inteligência Artificial" (Anexo Y) e "Importância das Competências Digitais em Profissões não Digitais" (Anexo Z). Adicionalmente, realizei o

"Curso de Formação em Inteligência Artificial na Saúde: Abordagem Introdutória para Profissionais", promovido pela Universidade de Évora (Anexo AA). Esta temática foi central no evento do Dia Internacional do Enfermeiro: "Inteligência Artificial e Inovação no Cuidar e Enfermagem" (Anexo AB).

Um contributo relevante para as aprendizagens profissionais foi a "Formação em Inteligência Emocional" (Anexo AC), que se articula com os conceitos de "Liderança Humanizada" do *Workshop* já referenciado (Anexo R) e com o estilo de liderança equilibrado apreendido no 1.º Congresso Enfermagem Estilo de Vida: "Cuidar com Propósito e Visão Sustentável", promovido pela Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (Anexo AD). Frequentei também o *webinar* da Secção Regional da Madeira da Ordem dos Enfermeiros: "Desafios do Mercado de Trabalho 2025" (Anexo AE).

No âmbito dos processos complexos de doença crítica e falência orgânica, realizei uma revisão abrangente dos conteúdos teóricos do curso sobre enfermagem à PSC. Promovidos pela Ocean Medical, frequentei os cursos "*Advanced Cardiovascular Life Support* (ACLS)" (Anexo AF), "*Pediatric Advanced Life Support* (PALS)" (Anexo AG) e "*International Trauma Life Support* (ITLS)" (Anexo AH).

Participei no seminário "Avaliação e Intervenção à Pessoa Vítima de Intoxicação" (Anexo AI), no âmbito da UC Cuidados de Saúde de Urgência e Emergência em Trauma, do curso de Pós-Graduação em Cuidados de Saúde em Emergência e Urgência, promovido pela Universidade de Évora. O Grupo de EE em EMC da ULS promoveu o "I Encontro de Enfermeiros Especialistas — Enfermagem Médico-Cirúrgica: Inovação, Segurança e Humanização no Cuidado" (Anexo AJ), oportunidade para partilhar projetos de investigação e melhoria contínua dos colegas especialistas, revelando-se um contributo positivo para a prática especializada.

Deste modo, o domínio de competência foi desenvolvido mediante processos reflexivos, aplicação integrada de saberes teóricos e participação ativa em projetos de investigação. Este trajeto evidencia um desenvolvimento pessoal, profissional e académico sustentado na evidência científica mais atual, indispensável à práxis clínica especializada.

Este percurso alinha-se perfeitamente com a teoria da sabedoria clínica em cuidados agudos e críticos de Patricia Benner, pois o exercício de enfermagem à PSC requer elevada perícia técnica e cognitiva, baseada em decisões fundamentadas para resolução de quadros complexos (Benner et al., 2011). Culmina no domínio da melhoria contínua defendido por Benner, sustentando que a perícia surge da experiência clínica aliada ao conhecimento teórico (Benner et al., 2011)

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências específicas do EE EMC-PSC encontram-se enquadradas no Regulamento n.º 429/2018, que orienta o exercício profissional no domínio da prática avançada. A PSC é entendida como aquela cuja vida se encontra em perigo devido à falência, ou risco iminente de falência, de uma ou mais funções vitais, exigindo, para a sua sobrevivência, recurso a métodos sofisticados de vigilância, monitorização e intervenção terapêutica (OE, 2018a).

O EE EMC-PSC é reconhecido como um profissional habilitado para a prestação de cuidados em contextos de alta complexidade. Destacando-se três competências nucleares que orientam a prática especializada neste domínio. A primeira consiste em cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, mobilizando intervenções holísticas em tempo útil, incluindo suporte vital avançado, gestão da dor, comunicação adaptada e suporte emocional. A segunda refere-se a dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, abrangendo a conceção de planos sistematizados, triagem, liderança de equipas e articulação com contingências nacionais. A terceira competência foca a maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos, através de planos contextualizados, liderança em higiene hospitalar e monitorização de evidências locais e nacionais (OE, 2018a).

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

Este domínio implica o conhecimento aprofundado das condições clínicas associadas à PSC, bem como o suporte emocional, social e relacional dirigido tanto à própria pessoa como à sua família ou cuidadores significativos. O EE EMC-PSC intervém de modo holístico, considerando a multidimensionalidade das situações de saúde e as respostas requeridas perante a doença crítica e/ou falência orgânica, mobilizando conhecimentos e competências diversificadas para uma resposta oportuna e integrada (OE, 2018a).

Esta abordagem autónoma, fundamentada em evidência científica, promove intervenções seguras e humanizadas que favorecem a adaptação da pessoa e da família às transações inerentes ao processo saúde-doença.

Em contextos de elevada complexidade, o EE EMC-PSC assume um papel proativo no

apoio familiar, abrangendo dimensões como a comunicação clara, a facilitação de processos decisórios e a integração de competências técnicas avançadas com habilidades relacionais e comunicacionais. Estas ações fomentam uma relação terapêutica equilibrada e saudável entre o enfermeiro, a pessoa e a família, alinhando-se aos princípios da prática especializada (OE, 2018a).

A experiência profissional acumulada, aliada às vivências durante os estágios e à correlação com o suporte teórico aprofundado nas unidades curriculares, permitiu uma reflexão construtiva e o concomitante desenvolvimento desta competência específica.

Este percurso formativo integra-se perfeitamente com a Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patricia Benner. Para a autora, a experiência atua como catalisador principal na mediação entre teoria e prática, através da reflexão sobre casos paradigmáticos, situações clínicas complexas e *debriefings*, que aprimoram competências essenciais (Benner et al., 2011).

Muitos dos domínios fundamentais preconizados por Benner para a prestação de cuidados qualificados - como diagnosticar e monitorizar funções fisiológicas de suporte à vida em doentes agudos e críticos, promover medidas de conforto, apoiar famílias, encarar a morte, apresentar casos e garantir a segurança do doente - encontram fundamentação direta no desenvolvimento desta competência, cujas situações concretas serão destacadas seguidamente.

O estágio no SMI representou um desafio significativo. A longa experiência prévia num serviço caracterizado por ambiente caótico, alta rotatividade de doentes e foco na estabilização rápida - como o SU - contrastou com a transição para um cenário mais estável, centrado na monitorização contínua e planeamento a longo prazo.

No SU, predominam decisões sob pressão e interações breves, por sua vez no SMI, enfatiza-se o pensamento holístico, a análise interconectada de sistemas orgânicos e o suporte educacional e relacional ao doente e à família. Esta dualidade gerou sentimentos iniciais de ansiedade, insegurança e inferioridade, agravados pela pressão expectante dos pares na mesma instituição, apesar do ambiente familiar.

Tranquilizou-me encontrar suporte na revisão sistemática de Coelho e Adriano (2021), que identifica stresse, desorientação, medo de errar em emergências e exaustão pelo ritmo tecnologicamente avançado das UCI como emoções predominantes na transição de SU para UCI. Os enfermeiros relatam insegurança com protocolos prolongados e monitorização invasiva, sobrecarga emocional com evoluções críticas de doentes aparentemente estáveis e frustração com a lentidão pós-estabilização. Posteriormente, emerge a confiança, conforto e autonomia via acumulação de experiências, fomentando a intuição clínica e a resiliência

(Coelho & Adriano, 2021).

Num ambiente fora da zona de conforto, o estágio promoveu o meu crescimento pessoal, regulando emoções, resiliência, inteligência emocional, autocontrolo e assertividade, transformando desafios em competências, conforme descrito por Hang et al. (2023), que destacam a adaptação contínua como caminho para o êxito profissional.

No âmbito técnico, para responder à unidade de competência "Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica" (OE, 2018a, p. 19363), aprofundei técnicas de inserção de cateter arterial e venoso central, incluindo a sua manutenção adequada.

No SMI, desenvolvi competências na monitorização invasiva da pressão arterial, análise da onda de pulso, colheita e interpretação de gasometrias arteriais. Aprofundei cuidados a doentes em Ventilação Não Invasiva (VNI) e Oxigénio Nasal de Alto Fluxo (ONAF), compreendendo interfaces, modalidades ventilatórias e intervenções associadas, recorrendo a protocolos e normas práticas da ULS.

Adquiri habilidades práticas em Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) via Tubo Orotraqueal (TOT) ou traqueostomia, reconhecendo as suas indicações: a utilização do TOT para suporte ventilatório de curta duração (10-14 dias), associado a sedação elevada, dificuldade na higiene traqueobrônquica e risco de estenose laríngea, e a traqueostomia para ventilação prolongada, com menor sedação, maior conforto, aspiração facilitada e desmame, facilitado (Bonifacio & Silva, 2025).

Desenvolvi competências em entubação e extubação e desmame, destacando o *Cuff Leak Test*. Este teste é aconselhado para avaliação pré-extubação de permeabilidade das vias aéreas via volume corrente expirado com *cuff* insuflado e desinsuflado, detetando risco de estridor ou edema laríngeo - causas principais de 46-80% das reintubações (Dryer et al., 2024). Face a estes dados, trata-se de um teste importante na garantia da segurança do doente. No estágio houve oportunidade de verificar que a aplicabilidade do teste não é unânime e nem sempre é realizado, sendo que, inclusivamente houve necessidade de reintubar um doente cujo *Cuff Leak Test* teste não foi aplicado previamente.

Configurei e realizei a avaliação funcional dos ventiladores, com enfoque particular na prevenção de complicações através do feixe de intervenções preconizado pela Direção-Geral da Saúde para a Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (DGS, 2023c).

A VMI assume a função respiratória espontânea quando o doente se revela incapaz de a manter autonomamente, sendo indicada em situações de falência respiratória decorrentes de alterações na ventilação pulmonar, obstrução das vias aéreas ou prejuízo nas trocas gasosas,

incluindo insuficiência respiratória, patologias neurológicas centrais e contextos de sedação profunda (Miguel & Mendes, 2020).

Aprofundi o conhecimento dos parâmetros ajustáveis, a interpretação dos alarmes e a vigilância constante, reconhecendo que “o melhor ventilador que existe é mesmo o próprio ser humano, pois, por mais evoluída que a tecnologia esteja, não existe um aparelho que consiga clonar a série de mecanismos envolvidos na ventilação espontânea, tal é a complexidade do centro respiratório” (Miguel & Mendes, 2020, p. 138).

A análise dos parâmetros ventilatórios constituiu o principal obstáculo durante o estágio, dada a sua natureza intrincada e a minha experiência prévia limitada, exigindo prática adicional para alcançar plena autonomia.

Este processo alinha-se à construção do saber profissional de enfermagem, que segundo Correia (2012, p. 26-27) “assenta numa prática implicada e refletida, que tem de ser centrada nas pessoas e nas suas necessidades de cuidados, pelo que requer investimento a nível académico e abertura para a aprendizagem ao longo da vida.”

No âmbito da monitorização cardíaca, desenvolvi competências na interpretação de ritmos cardíacos, com especial enfoque nas bradiarritmias e taquiarritmias. Explorei as diferentes formas de administração de alimentação entérica e parentérica no doente crítico, bem como os cuidados de enfermagem específicos associados a cada técnica.

Adquiri competências essenciais em técnicas de substituição renal, conhecendo a hemodiafiltração venovenosa contínua com anticoagulação por citrato e a diálise convencional, incluindo o funcionamento do circuito, monitorização hemodinâmica, análise de gasometrias arteriais e venosas, e consequente ajuste dos parâmetros de doses de citrato e cálcio. Com o objetivo de aumentar o conhecimento neste âmbito no SMI, realizei a formação “Instrução de Trabalho: Cuidados de Enfermagem ao Cateter de Hemodiálise” (Anexo AK).

Conheci igualmente a técnica de monitorização do índice bispectral (BIS) para avaliação da atividade cerebral em doentes submetidos a sedação e no controlo do *delirium* convulsivo. Aprendi a utilizar escalas específicas para doentes sedados, como a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), considerada “a escala mais válida e fiável para a avaliação da sedação em doentes críticos” (Estilita, 2015, p. 65), aplicada ao longo do turno e referenciada nas passagens de turno.

Para doentes não sedados, utilizei a *Confusion Assessment Method for ICU* (CAM- ICU), validada para a população portuguesa (Estilita, 2015) e destinada à deteção de *delirium* em UCI. O *delirium* não intervencionado eleva a mortalidade, prolonga o internamento, aumenta infeções associadas aos cuidados de saúde e provoca disfunções cognitivas permanentes,

justificando monitorização quotidiana - embora a sua aplicação no SMI não seja transversal.

O suporte teórico proporcionado pelas unidades curriculares Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica I e II aprimorou os diagnósticos clínicos e de enfermagem, elevando a segurança nos cuidados prestados e no transporte inter-hospitalar de doentes críticos, contexto no qual participo ativamente.

Este percurso formativo transformou a perceção sobre os riscos inerentes ao transporte, incrementando a consciência de responsabilidades e simultaneamente a confiança nas competências para intervir de forma eficaz e segura. Conforme preconizado pela Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023), os transportes de doentes hemodinamicamente instáveis requerem equipa composta por médico e enfermeiro, preferencialmente EE EMC-PSC com capacitação em SAV e prática comprovada em transporte de doentes graves.

O procedimento de transporte estrutura-se em três fases fundamentais: decisão, preparação e realização; destacando-se na preparação a antecipação de complicações potenciais e implementação de medidas preventivas. O curso ITLS, anteriormente referenciado, contribuiu decisivamente para assimilar estes elementos.

Os cenários simulados na UC Processos Complexos da Pessoa em Situação Crítica, baseados na metodologia ABCDE em sala de simulação de alta fidelidade, desempenharam papel crucial no aprimoramento das competências.

A prática simulada melhora significativamente o conhecimento profissional, habilidades clínicas e autoconfiança, promovendo competências em reanimação, emergência e situações críticas através de ambientes controlados que reproduzem a realidade sem risco para o doente (Görücü, Türk & Karaçam, 2024).

O *debriefing*, conforme já várias vezes abordado ao longo do relatório, constituiu uma ferramenta fundamental no meu processo formativo. Pretendo aplicá-lo na prática especializada em todos os momentos que justifiquem o seu recurso, nomeadamente em situações de elevado stress, de modo a promover o processamento emocional coletivo e a melhoria contínua das práticas de enfermagem.

Ainda no âmbito da gestão emocional associada ao perfil de competências do EE EMC-PSC, destaca-se o suporte teórico incorporado na Unidade Curricular Relação e Comunicação em Saúde no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica.

O Programa Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 organiza-se em cinco pilares estruturais, correspondendo o terceiro à comunicação. Uma comunicação eficaz e eficiente numa instituição de saúde constitui suporte essencial para a garantia de cuidados

seguros, destacando-se entre os objetivos estratégicos a “adaptação da comunicação da informação clínica ao doente, à família e ao cuidador” (DGS, 2021).

No SMI, a existência de um espaço dedicado e adequado para o diálogo prévio com familiares reveste-se de particular significado no processo comunicacional. Este espaço permite preparar antecipadamente a família ou cuidador para o confronto com o diagnóstico e com a própria PSC, reduzindo os níveis de ansiedade e stress associados a estes momentos de profunda incerteza.

O trabalho desenvolvido na UC Relação e Comunicação em Saúde no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica abordou metodologicamente o protocolo SPIKES, estruturado em seis etapas sequenciais que auxiliam na preparação dos familiares para a receção de informações difíceis.

A primeira etapa, *Setting up*, refere-se à preparação do espaço físico antes da transmissão da informação; a segunda, *Perception*, verifica até que ponto o doente tem consciência do seu estado; a terceira, *Invitation*, procura compreender quanto o doente deseja saber sobre o seu estado de saúde; a quarta, *Knowledge*, corresponde à transmissão propriamente dita da informação; a quinta etapa, *Emotions*, destina-se a responder empaticamente à reação emocional demonstrada pelo doente; finalmente, a sexta etapa, *Strategy and Summary*, visa elaborar um plano que diminua a ansiedade do doente, explicando o que pode ocorrer futuramente (Lino et al., 2011).

Para Cruz e Riera (2016), a aplicação deste protocolo proporciona maior segurança aos profissionais de saúde na comunicação de más notícias, cumprindo o objetivo de compreender o que o doente e a família estão a assimilar acerca da situação experienciada. Permite gerir emoções e expectativas, definindo simultaneamente a estratégia futura de intervenção. Esta abordagem comunicacional foi aplicada com ênfase particular aos familiares que visitaram os doentes pela primeira vez e aos familiares de doentes com agravamento da condição clínica.

Ainda no âmbito da comunicação — área pela qual nutro particular interesse —, foi particularmente enriquecedor aplicar a evidência ao contexto prático relativamente à comunicação com o doente inconsciente.

Sabe-se que a utilização do toque, voz calma e descrição de situações familiares preserva a identidade do doente, induz conforto e acelera a recuperação (Rodrigues & Rodrigues, 2013). Durante as consultas de *follow-up* do SMI da ULS, os doentes expressaram e reconheceram situações que ouviram ou sentiram durante o estado comatoso, reforçando que a comunicação integra efetivamente o estado de transição pelo qual o doente transita. Embora não constituindo prática transversal a todos os enfermeiros, a comunicação com doentes inconscientes revela-se importante e deve ser incorporada na prática especializada.

O desenvolvimento destas competências específicas alinha-se diretamente com as unidades de competência do EE EMC-PSC, nomeadamente “Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família ou cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”, “Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família ou cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica” e “Assiste a pessoa, família ou cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde ou doença e/ou falência orgânica” (OE, 2018b, p. 19363).

Paralelamente, integra o cumprimento do enunciado descritivo de qualidade do exercício profissional dos EE EMC-PSC designado por “Satisfação do cliente” (OE, 2017a). A intervenção do enfermeiro na gestão da dor enquadra-se nas competências de avaliação, prevenção e controlo, promovendo cuidados que minimizem a dor ou a reduzam a níveis toleráveis para o doente, considerando o alívio da dor como direito humano essencial (OE, 2018a). Esta competência insere-se na unidade específica “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (OE, 2018b, p. 19363).

O EE EMC-PSC aplica estas competências de forma autónoma e baseada em evidências, articulando a avaliação da dor com planos individualizados de analgesia, sedação e intervenções não farmacológicas.

Durante o estágio, conheci e utilizei a escala de avaliação e monitorização da dor adotada no SMI. O sistema *Bsimple-PatientCare*® integra o registo da escala *Behavioral Pain Scale* (BPS) para doentes ventilados. A BPS aplica-se exclusivamente a doentes ventilados, deixando sem alternativa adequada os doentes não comunicantes não entubados orotraquealmente.

No SMI, a avaliação da dor em doentes não comunicativos não entubados realiza-se através da escala numérica para avaliação da dor, destinada a doentes capazes de autoavaliação verbal, como adultos conscientes e cooperantes que conseguem comunicar a intensidade da dor (DGS, 2003).

A *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT), por sua vez, constitui uma escala comportamental validada para avaliar a dor em doentes críticos que não conseguem comunicar de forma fiável, independentemente de estarem ventilados ou não (Marques *et al.*, 2022). Propus a sua adoção no SMI para avaliação da dor em doentes não comunicantes não entubados orotraquealmente. Segundo informação da enfermeira gestora, o próximo reajuste do sistema *Bsimple-PatientCare*®, previsto a breve trecho, já contemplará esta escala comportamental.

Na formação em serviço que assisti com a temática “Avaliação da Dor no Doente Crítico” (Anexo AL) essa escala já foi abordada e referido que seria integrada brevemente no sistema.

Neste sentido foi também realizada uma formação com o tema “Registos Informáticos *Patient Care*” que abordou a forma como seriam registadas as novas alterações (Anexo AM).

Na PSC, a viver um processo de transição, o conforto constitui uma necessidade fundamental, imprescindível ao cuidar e à prática de enfermagem.

Adicionalmente, serviços como o SMI, caracterizados pela elevada complexidade tecnológica, sofisticação dos equipamentos e aparência predominantemente asséptica, podem gerar perceção de espaços pouco humanizados, transmitindo desconforto aos doentes e familiares durante o internamento. Esta realidade desafia as equipas a equilibrar exigências técnicas com a promoção de ambientes acolhedores e centrados na pessoa, mitigando o impacto emocional negativo da hospitalização (Benner et al., 2011).

No SMI, a avaliação do conforto integra a monitorização sistemática e horária, em paridade com os restantes parâmetros vitais. Fatores potencialmente comprometedoras do conforto, como posicionamento, pressão do colchão, temperatura ambiente, luminosidade, ruído envolvente e preferências alimentares sempre que possível, são considerados e personalizados ao doente.

No âmbito do posicionamento, tive a possibilidade de alternar decúbitos e mobilizar o doente submetido a VMI, nomeadamente para decúbito ventral. Este cuidado requer a articulação de toda a equipa, atenção plena à resposta e estabilidade hemodinâmica, sedoanalgesia adequadamente titulada e oferece benefícios significativos na melhoria da resposta ventilatória (Papazian, 2022). Esta técnica melhora a oxigenação, facilita a mobilização de secreções, mesmo em não ventilados, reduzindo necessidade de entubação orotraqueal (Ramos et al., 2023).

Na unidade de competência “Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos” (OE, 2018b, p. 19363), concentrou-se o enfoque principal, relacionando-se diretamente com o projeto de mestrado explanado ao longo do relatório. No SMI, os doentes apresentam elevada prevalência de polimedicação, submetidos a esquemas complexos e meticulosos que envolvem suporte vital, sedação, analgesia, prevenção de infeções e profilaxia de complicações, com reajustes sistemáticos baseados em monitorização hemodinâmica, gasometria e parâmetros laboratoriais frequentes.

Este desafio, sentido na prática clínica prévia em urgência, gerou preocupação inicial pela complexidade dos esquemas terapêuticos e responsabilidade acrescida pelo tema do projeto. Contudo, a concentração na preparação e administração de terapêutica, aliada às estratégias absorvidas da pesquisa e evidência científica previamente referenciadas, permitiu superar gradualmente este receio.

O SMI disponibiliza listagens de medicamentos incompatíveis, manuais de diluições,

reconstituições e perfusão, cumprindo as normas práticas internas da ULS para medicamentos LASA e medicamentos alertas, alinhadas à Norma 020/2014 (DGS, 2014) e Norma 008/2023 da DGS (DGS, 2023b).

Estes recursos conferiram confiança na preparação e administração de terapêutica, mitigando riscos de erro e eventos adversos. Este exemplo ilustra o cumprimento do enunciado descritivo de qualidade do exercício profissional dos EE EMC-PSC designado por “Prevenção de complicações” (OE, 2017a).

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

A PSC pode ter origem em diferentes contextos, enquadrando-se a prestação de cuidados em situações de emergência, exceção ou catástrofe. Nestes cenários, o EE EMC- PSC assume uma responsabilidade essencial, sendo responsável por conceber, planear e gerir a resposta de enfermagem adequada, assegurando simultaneamente a preservação de vestígios que possam constituir indícios de prática criminal (OE, 2018b).

Esta competência exige articulação entre conhecimento técnico avançado, liderança situacional e capacidade de coordenação em ambientes de elevada imprevisibilidade e pressão.

A situação de emergência caracteriza-se por um episódio súbito, resultante da ação de um fator agressor que provoca alteração brusca e violenta do estado de saúde, comprometendo ou ameaçando a integridade de órgãos vitais e colocando a vítima em risco iminente de vida. Exige intervenção imediata, precisa e tecnicamente adequada por parte dos profissionais de saúde (OE, 2018b).

De forma distinta, a situação de exceção evidencia desequilíbrio entre necessidades identificadas e meios disponíveis, requerendo gestão criteriosa e coordenação rigorosa de recursos humanos e técnicos para otimizar a prestação de cuidados (OE, 2018b).

A catástrofe, definida no artigo 3.º, n.º 2, da Lei de Bases da Proteção Civil como "acidente grave ou 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 nacional" (Lei n.º 27/2006, de 2006, p. 4696), impõe resposta complexa, integrada e articulada entre entidades. O EE EMC-PSC destaca-se pela atuação competente e fundamentada nestes contextos de grande magnitude. O desenvolvimento desta competência resultou da integração de formação teórica, análise documental, pesquisa baseada em evidência científica, participação em eventos científicos

e *webinars*, e integração em grupos de trabalho institucionais.

Na UC Enfermagem em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, abordaram-se cenários diversos, permitindo refletir e conceber um plano de emergência e catástrofe para um cenário hipotético. Estes planos coordenam respostas eficazes em múltiplas vítimas ou sobrecarga de recursos, definindo triagem, evacuação, alocação de meios e redução de prejuízos, conforme preconizado pela Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (2015) e Lei de Bases da Proteção Civil (Portugal, 2006).

O SMI não contempla plano específico de emergência e catástrofe ajustado à realidade atual. Apesar da existência de um projeto anterior realizado pela enfermeira elo de risco, a escassez de tempo impediu homologação pós-obras, constituindo oportunidade de melhoria identificada no estágio.

No SMI, integrei por duas vezes a escala da Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI), serviço obrigatório no SNS conforme Circular DGS n.º 15/2010 e Despacho n.º 9639/2018. Composta por médico e enfermeiro com SAV, ativa-se pelo número interno 2222 em situações de deterioração súbita do estado de consciência ou paragens cardiorrespiratórias intra-hospitalares, garantindo resposta rápida a doentes críticos em falência orgânica. Frequentei a formação "Apresentação da Equipa de Emergência Interna" (Anexo AN), reforçando estes princípios. A participação em duas situações reais de paragem cardiorrespiratória desenvolveu competências do Regulamento n.º 429/2018 (OE, 2018b), na dinamização de respostas intra-hospitalares e cuidados à falência orgânica aguda. Reforçou avaliação ABCDE, estabilização hemodinâmica e respiratória, decisão interdisciplinar sob pressão temporal e coordenação pluridisciplinar, otimizando processos terapêuticos e segurança. A exposição repetida potenciou perícia proficiente segundo Benner, maximizando liderança e prevenção de adversos (Benner et al., 2011).

No contexto do estágio no GL-PPCIRA, foi possível assistir à formulação e desenvolvimento documental do Plano de Emergência para *Legionella*, no seguimento de um pequeno foco identificado após a avaliação analítica periódica da qualidade da água canalizada da ULS. Esta experiência permitiu identificar pontos críticos de potencial proliferação da *Legionella* na rede de água hospitalar assim como realizar a análise de risco, cadastro de infraestruturas e definição de responsabilidades profissionais neste âmbito. A participação observacional nesta experiência permitiu igualmente analisar as competências de liderança e coordenação interdisciplinar necessárias à formação e metodologia de articulação entre as equipas em cenários de emergência.

Na mesma UC supracitada (Enfermagem em Situações de Emergência, Exceção e

Catástrofe), participei em atividades de treino simulado.

Embora já tenha explanado a importância deste tipo de treino em contexto de aprendizagem, reforço que a evidência demonstra que esta metodologia desenvolve competências técnicas (triagem em contexto de catástrofe, preservação de provas de crime, metodologias de avaliação sistemática do doente crítico com base no método ABCDE), assim como competências não técnicas (comunicação, liderança, poder decisão sob pressão, definição de circuitos) e interdisciplinares, melhorando o desempenho coletivo, a confiança e a identificação de falhas nos planos (Santos et al.,2023). A integração de simulações com entidades de proteção civil potencia ainda a prevenção, a consolidação de procedimentos e a cultura de segurança, numa aprendizagem mútua e integrativa sendo recomendada na formação de enfermeiros (santos et al.,2023).

Este tipo de experiência prática permitiu a análise das minhas fragilidades neste tipo de ambientes e compreender a importância determinante do EE EMC-PSC na organização, liderança e na intervenção neste tipo de cenários. Dentro do enunciado descritivo de qualidade do exercício profissional, o EE EMC-PSC assegura a “A organização dos cuidados de Enfermagem” (OE,2017a).

O Seminário “(Re) Agir: Quando o impossível acontece” (Anexo AO) abordou intervenção em emergências/catástrofes, *soft skills* e *human skills*, alinhando-se com formações frequentadas e já citadas como "Comunicar com Clareza" (Anexo F), "Workshop Liderança Humanizada" (Anexo R), "Transformar a Comunicação em Resultados" (Anexo W), "Cooperação e Trabalho em Equipa" (Anexo V) e "Inteligência Emocional" (Anexo AC).

O momento de *debriefing* estruturado foi também abordado no seminário, com a mesma importância que tenho vindo a atribuir ao longo do percurso académico e a explicar ao longo do presente relatório. Em contextos de catástrofe e situações excecionais o *debriefing* permite refletir a prática assim como permite abertura para o crescimento pessoal através da superação de desafios como forma de mitigar impactos psicológicos.

Elaborei uma pesquisa científica com colegas sobre catástrofe sísmica e fadiga psicológica em enfermeiros, resultando no pôster “Seismic Catastrophe: Impact on Nurses’ Psychological Fatigue in Responding to Crisis Scenarios”, divulgado no 1st International Seminar on Implementation Science and Nursing (Anexo AP). Assisti ao *webinar* "Catástrofe" da OE (Anexo AQ), onde foram analisadas as estratégias de atuação no incêndio do Hospital do Santo Espírito em 2024.

Os enfermeiros em cenários de emergência, urgência e catástrofe relatam vivências emocionais intensas, caracterizadas por stresse, medo de erro clínico e sensação de sobrecarga

cognitiva face à imprevisibilidade e pressão temporal. Estes contextos geram frequentemente exaustão física e emocional, com sentimentos de impotência perante escassez de recursos ou perdas humanas, mas também euforia e orgulho pela estabilização bem-sucedida de vítimas em risco de vida (Miranda,2020).

Em situações de urgência, predomina a adrenalina associada à necessidade de agilidade decisória em situações difíceis de caos experienciado, contrastando com a angústia e o sofrimento prolongado em situações de catástrofes. É importante apoiar doentes e famílias, mas também é importante apoiar os profissionais (Salik *et al.*, 2024).

A articulação entre competências clínicas e regulação emocional revela-se crucial neste tipo de ambientes.

Dentro da aprendizagem realizada na mesma UC supracitada, e diretamente relacionada com este tipo de desafios emocionais experienciados, levo para a minha prática profissional e pessoal uma lição inspiradora do Sr. professor Jorge Marques pronunciada ao longo de vários momentos formativos “Não se levam demasiado a sério, a vida é curta.”

Pela especificidade da área e pela inexperiência profissional, seria necessário manter a atualização e o contacto com este tipo de prática, como forma de desenvolvimento aprofundado da competência. Articulado com a Teoria da sabedoria em cuidados agudos e críticos de Benner, o enfermeiro desenvolve perícia para agir de forma segura e competente em contextos altamente instáveis e imprevisíveis ao passar a reconhecer padrões clínicos complexos, a antecipar complicações e a intervir com rapidez e discernimento em situações de elevado risco para a vida (Benner et al., 2011), como as que se enquadram nas categorias de emergência, exceção ou catástrofe.

A experiência permite ao enfermeiro desenvolver perícia na reorganização de prioridades, redistribuir recursos, negociar decisões com a equipa e manter o foco na segurança e dignidade da pessoa, mesmo em cenários com constrangimentos significativos (Benner et al., 2011).

Esta sabedoria prática confere capacidade para tomar decisões rápidas e eticamente fundamentadas, gerir cargas emocionalmente intensas e contribuir para a coordenação da equipa em condições de grande incerteza e pressão.

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

O EE EMC-PSC responde de forma eficaz à prevenção e controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos, considerando os elevados riscos inerentes aos contextos complexos de atuação, à gravidade das situações e à exigência de cuidados diferenciados com múltiplas intervenções invasivas de diagnóstico e terapêutica para sustentar a vida do doente em falência orgânica ou situação crítica (OE, 2018b).

As infeções associadas aos cuidados de saúde e o aumento da resistência antimicrobiana constituem problemas interdependentes de relevância mundial, agravando taxas de morbilidade e mortalidade, prolongando internamentos e incrementando encargos financeiros nos sistemas de saúde (Pina et al., 2010). Neste contexto, emerge o PNSD 2021-2026, que visa reforçar a segurança na prestação de cuidados em Portugal, com ênfase no SNS (DGS, 2021).

Alinhado às recomendações internacionais da OMS, o PNSD privilegia a criação de uma cultura de segurança e adoção de práticas seguras, envolvendo gestores, profissionais de saúde e cuidadores. No seu 5.º pilar, estabelece ações concretas para mitigar infeções associadas aos cuidados de saúde e resistência antimicrobiana, incluindo adesão institucional à estratégia multimodal de precauções básicas de controlo de infeção, conforme preconizado pelo PPCIRA.

Para 2026, o PNSD define metas ambiciosas, como 95% das unidades hospitalares com vigilância epidemiológica de infeções associadas aos cuidados de saúde, resistência antimicrobiana e consumo de antimicrobianos, implementação do Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos, redução para menos de 10% da taxa de *Klebsiella pneumoniae* resistentes aos carbapenemos e 95% de adesão ao primeiro momento da higiene das mãos. Estas medidas visam melhoria significativa na prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e resistência antimicrobiana.

Compete ao EE EMC-PSC responsabilizar-se pela implementação de estratégias, supervisionar práticas seguras, promover formação e sensibilização da equipa, monitorizar e auditar práticas clínicas e gerir o risco clínico.

Ao longo do percurso formativo, desenvolvi estas competências através da articulação entre formação científica, prática clínica, liderança e participação ativa em programas de qualidade e segurança.

Na UC Segurança da Pessoa em Situação Crítica — Prevenção e Controlo das Infeções

Associadas aos Cuidados de Saúde, desenvolvi o plano de prevenção e controlo de infeção, implementado com resultados divulgados no *webinar* da Associação Nacional de Controlo de Infeção "Desafios Globais: Sinergias Profissionais", distinguido com o 1.º prémio de comunicação livre (Anexo K).

Particpei como formadora no curso "Noções Básicas de Prevenção e Controlo de Infeção - Colocação dos Doentes, Higiene Ambiental, Etiqueta Respiratória, Resíduos Hospitalares" (Anexo T) e promovi o momento formativo "Resistência Antimicrobiana e Precauções Básicas no SEC" (Anexo AR).

Como formanda, frequentei o "XII Curso de Controlo de Infeção e das Resistências aos Antimicrobianos da ULS" (Anexo AS). Pela plataforma NAU, em parceria com a Escola Superior de Enfermagem do Porto, realizei "Prevenção da Infeção Respiratória" (Anexo AT), que me foi útil no contexto de estágio no SMI, nomeadamente ao nível da prevenção da infeção nos doentes submetidos a VMI e VNI, neste sentido a consulta da norma da DGS "Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação" (Norma nº 021/2015 atualizada a 17/11/2022) (DGS,2022d) foi também importante.

Completei a formação "Infeção Associada aos Cuidados de Saúde: Abordagem Geral" (Anexo AU), "Prevenção da Infeção nos Cuidados de Saúde: Precauções Básicas de Isolamento" (Anexo AV), "Precauções Básicas Controlo de Infeção" (Anexo AW) e "Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico" (Anexo AX), analisando a Norma DGS nº 020/2015 atualizada (DGS, 2022c).

Assisti ao *webinar* "*Mastering the MDR Gram-negative Infections*" (Anexo AY), promovido pela Influence; plataforma científica e educacional desenvolvida para apoiar profissionais de saúde envolvidos no tratamento de infeções. Composta por um conselho multidisciplinar, a partilha e *networking* entre colegas de diferentes países forneceu formação direcionada e atualizada no controlo de infeções.

Nas 1.ªs Jornadas Internacionais de Enfermagem da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, apresentei o poster "Prevenção da Infeção no Doente com Cateter Venoso Central em Contexto de Cuidados Intensivos" (Anexo AZ). Para a realização deste poster, entre a mais recente evidência científica consultada foi também analisado o "Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central" da Norma da DGS nº 022/2015 atualizada a 29/08/2022 (DGS,2022e). A pesquisa e consulta revelou-se numa mais valia de aprendizagem no contexto da prática no SMI.

Particpei no simpósio digital "Prevenção e Controlo de Infeção em Ambientes Críticos" (Anexo AAA), da Sociedade Portuguesa de Enfermagem em Doente Crítico, e na formação

"Estratégia Multimodal das Precauções Básicas em Controlo de Infecção" da DGS (Anexo AAB), baseada no modelo OMS. Consultei o relatório 2024 do GL-PPCIRA sobre precauções básicas, higiene das mãos e uso de luvas (ULS, 2025b), já analisado no capítulo 2.

As mãos são principal via de transmissão de microrganismos, a higiene das mãos, integrada nas PBCI, reduz significativamente as IACS (DGS, 2019).

A desinfecção com SABA a 70% destaca-se como eficaz e viável economicamente (*Handwashing Handbook, Global Handwashing Partnership, 2020*). Segundo a análise dos episódios de INCS do relatório de vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais da corrente sanguínea - 2024 da ULS (ULS,2025f), verificou-se, que é no SMI que a proporção e taxa de incidência de INCS se destaca como a mais elevada.

Esta situação relaciona-se com o facto de que, segundo o mesmo relatório, os fatores de risco extrínseco ao desenvolvimento de INCS são a presença de CVC, cateter venoso periférico, seguindo-se a exposição a cateter vesical. Sabe-se, que a PSC requer maior utilização de dispositivos médicos. Neste sentido o “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central: Norma nº 022/2015 (DGS, 2022e) e o “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical: Norma nº 019/2015 (DGS, 2022b) tal como os restantes normativos consultados, tornou-se uma ferramenta importante como contributo na redução de infeção associada ao cateterismo.

Relacionando o “relatório das PBCI e evolução da infeção nosocomial na ULS” (ULS, 2025b) e o “relatório de vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais da corrente sanguínea” (ULS,2025d), verifiquei que, apesar de serem mais elevadas as taxas de IACS no SMI, este serviço evidencia a melhor adesão à higienização das mãos, ao uso de luvas, ao cumprimento das PBCI, bem como ao conhecimento e disponibilização de recursos associados. O SMI dispõe de cortinas antibacterianas e lavatórios adequados com célula fotoelétrica e vários contentores de lixo adequados, cumprindo integralmente os procedimentos de higiene ambiental para prevenção e controlo da infeção.

Relacionado com o estágio no GL-PPCIRA, foi possível acompanhar o desenvolvimento do Plano de Controlo da *Legionella*. Trata-se de um plano preventivo obrigatório de acordo com a Lei n.º 52/2018 e que no decorrer do estágio estava a ser desenhado pela equipa do GL-PPCIRA com o objetivo de definir procedimentos e medidas a adotar em situações de risco ou de alerta (Assembleia da República, 2018).

A NP "Manutenção da Esterilidade dos Dispositivos Médicos: Armazenamento, Acondicionamento e Manipulação", a auditoria e o relatório de higiene ambiental - referenciados no domínio da melhoria da qualidade - articulam-se com esta competência.

Registei diariamente casos de *Staphylococcus aureus* (meticilina-sensível ou resistente) para vigilância epidemiológica da ULS e partilha dos mesmos dados com o NE do GL- PPCIRA e com a equipa de gestão de altas. Fiz também o registo mensal das INCS na plataforma¹ - Instituto Dr. Ricardo Jorge- por forma a garantir o cumprimento do registo obrigatório de INCS.

Estas atividades permitem o registo e vigilância epidemiológica de doentes com infeção ou colonização por MEI, através de sistemas informáticos como o HEPIC, resultados laboratoriais e histórico clínico. Concomitantemente permitem monitorizar padrões de resistência a antibióticos, identificação de contactos, rastreamento e atuação precoce em caso de surto e promover medidas de isolamento ou precauções de contacto conforme o agente e via de transmissão, garantindo assim intervenções de melhoria contínua na prevenção e controlo das infeções hospitalares.

A Norma DGS n.º 004/2023 obriga a rastreio de EPC e MRSA à admissão em internamentos em cuidados nível II/III (DGS, 2023a). No SMI, cumpre-se escrupulosamente a indicação e o isolamento até serem conhecidos os resultados dos rastreios. Contactei com diversos isolamentos, adquirindo competências em precauções por via de transmissão.

Na busca pela excelência, desenvolvi competências refletindo práticas em contextos diversos: gerir dispositivos invasivos, monitorizar estratégias de isolamento, incentivar PBCI enquanto líder em contexto formativo, registar e avaliar a vigilância epidemiológica.

Este perfil de intervenção vai igualmente de encontro ao Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Prevenção e Controlo de Infeção: "Contribui para a vigilância das infeções associadas aos cuidados", "Facilita formação contínua partilhando aprendizagens" (OE, 2021a, p. 149) e "Implementa auditorias para melhoria contínua" (OE, 2021a, p. 147).

Correlacionado com a Teoria da Sabedoria Clínica de Benner, a perícia surge da experiência, reflexão e formação, essencial para reduzir infeções na PSC- aperfeiçoando o domínio da segurança do doente (monitorização, qualidade, prevenção/gestão risco) (Benner et al., 2011).

"A prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas" enquadra-se nos padrões de qualidade do EE EMC-PSC (OE, 2011, n.d.)

¹ Plataforma: rios.insa.min-saude.pt

CONCLUSÃO

O percurso desenvolvido no âmbito do Estágio em Enfermagem à PSC permitiu alcançar o objetivo principal deste relatório: analisar, de forma reflexiva e crítica, o processo de aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências previstas para o grau de Mestre em Enfermagem e para a atribuição do título profissional de EE EMC-PSC pela OE, com foco na redução do erro terapêutico na PSC.

A articulação entre a prática clínica especializada, a Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patricia Benner e a evidência científica recente constituiu o eixo estruturante desta análise.

A experiência nos diferentes contextos de prática, nomeadamente no SMI e no GL-PPCIRA, assim como a experiência profissional prévia no SU, possibilitou a vivência de situações de elevada complexidade, nas quais a segurança, a qualidade, a prevenção do erro terapêutico e o controlo de infeção assumem particular relevância.

As atividades desenvolvidas, nomeadamente a divulgação dos resultados da revisão da literatura e a formação contínua, incluindo a relevância da implementação de práticas seguras, notificação de incidentes e estilos de liderança com foco na qualidade, bem como a elaboração de uma norma regulamentar associada à manutenção da esterilidade dos DM'S, a realização de uma auditoria com respetivo relatório e a monitorização/vigilância epidemiológica no âmbito do GL-PPCIRA, contribuíram para consolidar competências técnicas, científicas e éticas essenciais ao exercício do EE EMC-PSC.

Este trabalho articulado entre a prática clínica direta e a intervenção nos programas de prevenção e controlo de infeção reforçou uma visão integrada da segurança do doente crítico. A *scoping review* realizada permitiu identificar intervenções eficazes na redução do erro terapêutico e reforçou a importância de uma abordagem multifatorial, que integra fatores individuais, organizacionais e sistémicos.

A teoria de Benner mostrou-se particularmente pertinente ao evidenciar a relevância do julgamento clínico, da previsão clínica e da experiência acumulada na atuação do enfermeiro em contextos críticos, bem como a necessidade de ambientes de trabalho que promovam práticas seguras e uma liderança orientada para a aprendizagem com o erro, em vez da sua ocultação

As oportunidades de prática simulada, o recurso ao *debriefing* e a formação em modelos estruturados de comunicação, como o protocolo SPIKES, contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento de competências relacionais, comunicacionais e de gestão emocional, fundamentais na interação com a PSC e respetiva família. Estes elementos reforçam a compreensão de que a segurança do doente não se esgota na dimensão técnica da medicação, mas abrange também a comunicação eficaz, o trabalho em equipa e a cultura de segurança.

Em síntese, as experiências vivenciadas ao longo deste estágio permitiram integrar teoria, evidência científica e prática clínica, consolidando competências avançadas em EMC- PSC, com especial enfoque na prevenção do erro terapêutico. Considera-se, assim, que os objetivos delineados foram alcançados.

As aprendizagens realizadas traduzem-se num compromisso profissional contínuo com a promoção da segurança da PSC, através da implementação de práticas de medicação segura, da valorização do *debriefing* e da comunicação estruturada em equipa, bem como da participação ativa na construção de uma cultura de qualidade e segurança nos contextos onde venha a exercer a minha prática especializada.

A chegada ao fim do percurso académico termina com a obtenção do título de Mestre e de EE EMC-PSC que contribui para o empoderamento profissional, alinhando a prática à evidência científica mais atual.

A conclusão do mestrado revela-se num mosaico de partilhas entre enfermeiros, onde o desenvolvimento humano e profissional se entrelaça em laços de sabedoria coletiva e transformadora de competências e de almas: onde a ciência encontra a compaixão e cada decisão crítica se torna um farol de esperança na fragilidade da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público. (2024). Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Intensiva (RNEHR Medicina Intensiva)*. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theorists and their work* (8th ed.). Elsevier.
- Alligood, M. R. (2018). *Nursing theorists and their work* (9th ed.). Elsevier.
- Almeida e Sousa, J. P. (2012). A resposta da medicina intensiva em situações de múltiplas vítimas e catástrofe. *Acta Médica Portuguesa*, 25(1), 37–43.
- Almeida, R., & Silva, M. J. (2008). Eficiência versus qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Metodologias de avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 21(5), 397-410.
- Almeida, U. L., Resende, V. C., & Furini, L. (2022). Notificação de eventos adversos relacionados aos erros de medicação. *Revista Research, Society and Development*, 11(3), Article e28590.
- Alshammari, F., et al. (2025). A survey of hospital healthcare professionals' perceptions toward patient safety culture. *Frontiers in Medicine*, 12, Artigo 1108715. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/336890583_A_survey_of_hospital_healthcare_professionals'_perceptions_toward_patient_safety_culture_in_Saudi_Arabia
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). Disponível em: <https://catocom.cba.ucb.edu.bo/wp-content/uploads/2020/09/APA-2020-7th-Ed.pdf>
- Araújo, F. M. F. (2018, 3 de outubro). *Despacho n.º 9639/2018: Adoção do número 2222 para ativação da EEMI nos estabelecimentos hospitalares do SNS*. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 198. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
- Assembleia da República. (2018). *Lei n.º 52/2018, de 20 de agosto: Estabelece o regime de prevenção e controlo da doença dos legionários e procede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 118/2013, de 20 de agosto*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 163. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2018-116108098>

- Assembleia da República. (2019). *Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro*. Diário da República, 1.ª série, n.º 169. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/123904846/201909041229/73815170/diploma/indice>
- Associação Nacional de Controlo de Infecção. (2025). *Livro de resumos do webinar “Desafios globais: Sinergias profissionais”* [Conference proceeding]. Zenodo. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18261150>
- Athanasakis, E. (2021). Medication safety practices in clinical nursing: Nurses' characteristics, skills, competencies, clinical processes, and environment. *International Journal of Caring Sciences*, 14(3), 2020-2036. Disponível em: https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/51_athanasakis_review_1_4_3.pdf
- Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil. (2015). *Guia de orientação para a elaboração do plano de emergência interno (PEI)* [Guia]. Disponível em: https://www.prociv.pt/pt/anpc/Paginas/Guia_PEI.aspx
- Bagorrihla, T. (2020). *Debriefing da equipa de enfermagem no serviço de urgência como determinante na segurança do doente crítico* [Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa]. Repositório Comum. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33210>
- Barcellos, R. A., Silva, C. K., Wegner, W., Azzolin, K. O., Santana, L. B., & Santos, M. Z. (2024). Implementation of bedside medication preparation in intensive care: Post-improvement cycle. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 45(Suppl. 1), Article 20230288. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230288.en>
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (Coords.). (2021). *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 252-263). Lidel.
- Beirouti, M., Kamalinia, M., Daneshmandi, H., Soltani, A., Dehghani, P., Fararoei, M., Zakerian, S. A., & Zamanian, Z. (2022). Application of the HEART method to enhance patient safety in the intensive care unit. *Work*, 72(3), 1087-1097. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/WOR-205338>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto.
- Benner, P. E., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics* (2nd ed.). Springer Publishing Company.

- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2nd ed.). Springer Publishing Company.
- Blayney, D. W. (2008). Pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças. *Journal of Oncology Practice*, 4(2), 52–53.
- Bonifacio, M. de S., & Silva, A. M. da. (2025). Indicações e complicações da traqueostomia percutânea: Revisão integrativa. *Arace: Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, 50(1), 1-10. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/8007>
- Caldas, L., & Gomes, L. B. (2021). Comunicação eficaz nas transições de cuidados. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos (Coords.), *Guia prático para a segurança do doente* (1st ed., pp. 79-88). Lidel.
- Canning, J., Saucedo, O., & Macrae, C. (2025). Risk assessment processes within healthcare simulation centers: A scoping review. *Clinical Simulation in Nursing*, 95, Article 101142. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2025.101142>
- Català Altarriba, L., Yeh Hsi, S., Ravit, A. M., Brió Sanagustín, S., & González-Rioja, X. (2025). Non-invasive capnography versus pulse oximetry for early detection of respiratory depression during pediatric procedural sedation: A prospective observational study. *Children*, 12(7), Article 938. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/children12070938>
- Cavalcante, P. S., Rossaneis, M. A., Haddad, M. C. L., & Gabriel, C. S. (2015). Indicadores de qualidade de enfermagem: Opinião dos enfermeiros sobre o gerenciamento da assistência em hospitais públicos. *Revista de Enfermagem UERJ*, 23(6), 787-793. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.7052>
- Coelho, A., & Adriano, P. (2021). Estratégias que suportam a integração de enfermeiros em UCI: Revisão sistemática de evidência de significado. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 7(2), 296–319. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(2\).494.296-319](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(2).494.296-319)
- Correia, M. (2012). *Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI* [Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.
- Costa, J. M. B., Oliveira, R. C., & Bezerra, C. M. (2020). Estratégias para prevenção de erros na medicação no setor de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20190224. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0224>

- Costa, M. (2021). O equilíbrio entre a arte do cuidar e a enfermagem como ciência: Uma visão simbiótica. *Lusíadas Scientific Journal*, 2(2), 60-72. Disponível em: <https://repositorium.uminho.pt/server/api/core/bitstreams/4d012f66-3540-4b46-8301-df37ffc798a6/content>
- Cruz, C., & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: O protocolo SPIKES. *Diagnóstico e Tratamento*, 21(3), 106-108. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1365>
- Decreto-Lei n.º 238/2012, de 31 de outubro. (2012). Diário da República, 1.ª série, n.º 211. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/238-2012-191571>
- Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 Agosto. (2018) Diário da República, 1.ª série, n.º 157, pp. 4147-4155. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. (2022). Diário da República, 1.ª série, n.º 150. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio. (2019). Diário da República, 1.ª série, n.º 102. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>
- De Micco, F., Di Palma, G., Ferorelli, D., De Benedictis, A., Tomassini, L., Tambone, V., Cingolani, M., & Scendoni, R. (2025). Artificial intelligence in healthcare: Transforming patient safety with intelligent systems—A systematic review. *Frontiers in Medicine*, 11, Article 1522554. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1522554>
- De Rezende, H. A., Melleiro, M. M., & de Oliveira Marques, P. A. O. (2021). Interventions to reduce patient identification errors in the hospital setting: A systematic review. *The Open Nursing Journal*, 15, 109–124. Disponível em: <https://doi.org/10.2174/1874434602115010109>
- Dick-Smith, F., Fry, M., Salter, R., Tinker, M., Leith, G., Donoghoe, S., Harris, C., Murphy, S., & Elliott, R. (2023). Barriers and enablers for safe medication administration in adult and neonatal intensive care units mapped to the behaviour change wheel. *Nursing in Critical Care*, 28(5), 1185-1195. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nicc.12968>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Circular normativa n.º 09/DGCG: A dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Circular. Normativa n.º 15/DQS/DQCO: Criação e implementação das Equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalares (EEMI)*. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/96151939/Circular-DGS-Emerg-Interna>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 004/2013: Micro-organismos alerta*. Disponível em: [norma_004_2013_resistencias_antibioticos_atualizada_27_07_2022.pdf](https://www.dgs.gov.pt/norma_004_2013_resistencias_antibioticos_atualizada_27_07_2022.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Norma 020/2014: Lista interna de medicamentos com nomes semelhantes (Look-Alike Sound-Alike - LASA)*. Disponível em: https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA020_2014_ACT.DEZ2015.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 014/2015: Medicamentos de alerta máximo*. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-de-alerta-maximo.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 001/2017, de 08/02/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Higiene das mãos nas unidades de saúde (Norma n.º 007/2019)*. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Norma n.º 005/2018, atualizada a 10 de janeiro de 2020: Avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais*. Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2452/i024431.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano nacional para a segurança dos doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro)*. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Direção-Geral da Saúde. (2022a). *Norma n.º 017/2022: Notificação e gestão de incidentes de segurança do doente*. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_017_2022_notificacao_incidentes.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022b). *Norma n.º 019/2015: “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical (atualizada a 29/08/2022)*. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

- Direção-Geral da Saúde. (2022c). *Norma n.º 020/2015: “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção de local cirúrgico (atualizada a 17/11/2022)*. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_infec_local_ciru rgico.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022d). *“Feixe de intervenções” para a prevenção da pneumonia associada à intubação (Norma Clínica n.º 021/2015 de 16/12/2015, atualizada a 17/11/2022)*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0212015-de-16122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022e). *Norma n.º 022/2015: “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central (atualizada a 29/08/2022)*. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022_prev_infec_catete r_v enoso_central.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2023a). *Norma n.º 004/2023, de 29 de maio: Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) à admissão hospitalar e durante o internamento*. Disponível em: <https://direitodamedicina.sanchoeassociados.com/arquivo/norma-n-o-0042023-de-29052023-direccao-geral-da-saude-avaliacao-de-risco>
- Direção-Geral da Saúde. (2023b). *Norma n.º 008/2023: Medicamentos de alta vigilância*. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/845057144/DGS-Norma-8-2023-de-19-12-2023-Medicamentos-de-Alta-Vigilancia>
- Direção-Geral da Saúde. (2023c). *Norma n.º 021/2015 (atualizada a 17 de novembro de 2022, corrigida a 29 de maio de 2023): Prevenção de pneumonia associada à entubação*. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_ass oc_i ntubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2023d). *Relatório de notificações de segurança do doente 2013-2022*.
- Dryer, L. C., Vicieli, J., Dalbosco, C. A., & de Lima, B. R. (2024). O uso do *Cuff leak test* no processo de extubação: Revisão sistemática. *Revista de Ciências da Saúde - REVIVA*, 3(1), Artigo 609. Disponível em: <https://revistas.uceff.edu.br/reviva/article/view/609>

- Duerden, M., Avery, A. J., & Payne, R. A. (2013). *Polypharmacy and medicines optimisation: Making it safe and sound*. King's Fund
- Estilita, J. (2015). Analgesia, sedação e delirium. In P. Ponce & J. J. Ponce (Coords.). *Manual de medicina intensiva* (1ª ed., pp. 61-69). Lidel.
- Ferreira, A. (2023). *Preparação de terapêutica farmacológica: Manual prático para enfermeiros*. Lidel.
- Franco, A. (2023). *Aprendizagem baseada em projetos: Metodologia de ensino-aprendizagem* (Edição eletrónica). UCP Editora. Disponível em: <https://doi.org/10.34632/9789725409756>
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2022). *Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro: Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)*. Diário da República, 2.ª série, n.º 174, p. 93. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10901-2022-98483972>
- Global Handwashing Partnership. (2020). *Manual de lavagem das mãos*. Disponível em: https://globalhandwashing.org/wp-content/uploads/2020/10/Handwashing_Handbook-Portuguese.pdf
- Gqaleni, T. M., Mkhize, S. W., & Chirona, G. (2024). Patient safety incident reporting and learning guidelines implemented by health care professionals in specialized care units: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 26, Article e48580. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/48580>
- Gomes, A. A., Silva, B. R., & Pereira, C. D. (2023). Atuação da enfermagem no controle da infecção hospitalar por bactérias multiresistentes: Uma revisão bibliográfica. *Revista Científica de Enfermagem*, 6(13). Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo/7950725>
- Görücü, S., Türk, G., & Karaçam, Z. (2024). The effect of simulation-based learning on nursing students' clinical decision-making skills: Systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 134, Article 106270. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106270>
- Guimarães Bastos, W. D., Mendes de Souza, A. M., Secundino Silva, M. A., Santos, P., de Oliveira, C., & Perrelli, K. (2023). Análise da segurança do paciente crítico com uso de medicamentos de alta vigilância na rede sentinela. *Revista Científica de Enfermagem*, 13(41), 148-157. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.148-157>

- Hammerle, A., Devendorf, C., Murray, C., & McGhee, T. (2017). Critical incidents in the ED. *Nursing Management*, 48(9). Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000522180.69005.1e>
- Han, P., Duan, L., Pan, Y., Wang, X., & Zhu, X. (2023). Experience in the development of nurses' personal resilience: A qualitative systematic review. *Nursing Open*, 10(5), 3075–3087. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.1556>
- Huitzi-Egilegor, J. X., Elorza-Puyadena, M. I., Urkia-Etxabe, J., & Asurabarrena-Iraola, C. (2014). Implementation of the nursing process in a health area: Models and assessment structures used. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6), 964–971. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0487.2502>
- International Council of Nurses. (2008). *Nursing care continuum framework and competencies* (ICN Regulation Series). Disponível em: <https://www.commonwealthnurses.org/ARC/Documents/Resources/ICN%20Nursing%20care%20continuum.pdf>
- Kim, M. S., Seok, J. H., & Kim, B. M (2020). Mediating role of the perceived benefits of using a medication safety system. *Journal of Research in Nursing*. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1744987118824621>
- Krähenbühl-Melcher, A., Schlienger, R., Lampert, M., Haschke, M., Drewe, J., & Krähenbühl, S. (2007). Drug-related problems in hospitals: A review of the recent literature. *Drug Safety*, 30(5), 379–407. Disponível em: <https://doi.org/10.2165/00002018-200730050-00003>
- Larrabee, J. H. (2011). *Investigação em enfermagem e prática baseada na evidência* (4.^a ed.). Lusodidacta.
- Lino, C., Augusto, K., Oliveira, R., Feitosa, L., & Caprata, A. (2011). Uso do protocolo SPIKES no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 52-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000100008>
- Marques, R., Araújo, F., Fernandes, M., Freitas, J., Dixe, M. A., & Gélinas, C. (2022). Validation tests of the European Portuguese Critical-Care Pain Observation Tool. *Healthcare*, 10(6), Article 1075. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare10061075>
- Martins, H., Sameiro, H., & Cunha, S. (2024). Indicadores de resultados. In R. Marques, M. Néne, & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem avançada* (1^a ed., pp. 174-177). Lidel.

- Martins, J. C., Padilha, K. G., de Mello, M. L. S., & dos Santos, J. L. S. (2015). Nursing Activities Score: An updated guideline for its application in the intensive care unit. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 87-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100012>
- Marznaki, Z. H., Zeydi, A. E., Ghazanfari, M. J., Salisu, W. J., Amiri, M. M., & Karkhah, S. (2023). Medication errors among Iranian intensive care nurses: A systematic review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 28(2), 123-131. Disponível em: https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_310_21
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2015). *Parecer n.º 20/2015: Competências do enfermeiro chefe de equipa dos serviços de urgência* [Parecer]. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [Microsoft Word - Parecer n.º 20 - 2015.02.18 MCEEMC Competências do Chefe de Equipa de Enfermagem dos Serviços de Urgência.doc](#)
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2018). *Parecer n.º 15/2018: Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Miguel, P., & Mendes, F. (2020). Ventilação mecânica. In J. Pinho (Ed.), *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 138-150). Lidel.
- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2022). *Documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Miranda, D. R., Nap, R., Rijk, A. de, Schaufeli, W., & Lapichino, G. (2003). Nursing Activities Score. *Critical Care Medicine*, 31 (2), 374-382. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC>
- Miranda, L. M. (2014). *Gestão de riscos para a segurança do paciente: Conhecimento de enfermeiros de um hospital de ensino* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora]. Repositório Institucional da UFJF. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/333/1/lidianemirandamilagres.pdf>

- Miranda, I. M. de S. (2020). *As vivências dos enfermeiros na catástrofe dos incêndios florestais de Pedrógão Grande* [Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde]. Repositório IPVC. Disponível em: http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2433/1/Isabel_Miranda.pdf
- Mohajer-Bastami, A., Moin, S., Ahmed, A. R., Pouwels, S., Head, M., Lala, A., Gelber, E., Yang, W., Rawaf, D., Agarwal, A., Garsaa, T., Whiteley, G., Exadaktylos, A., & Ahmad, S. J. S. (2025). Empowering voices in healthcare: The role of assertiveness training in enhancing team communication. *Journal of Acute Medicine*, 15(4), 123–135. Disponível em: [https://doi.org/10.6705/j.jacme.202512_15\(4\).0002\[1\]](https://doi.org/10.6705/j.jacme.202512_15(4).0002[1])
- Moreira, C., & Nunes, J. R. (2024). Práticas de liderança dos enfermeiros gestores. In R. Marques, M. Néne, & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem avançada* (1ª ed., pp. 217-224). Lidel.
- Motta, F. (2022, 8 de junho). *Cultura justa: do que estamos falando?* [Webinar]. Proqualis; ICICT/Fiocruz. <https://proqualis.fiocruz.br/aula/aula-webinar-proqualis-junho-2022-cultura-justa-do-que-estamos-falando-fabio-motta>
- Mullan, P. C., Kessler, D. O., & Cheng, A. (2014). Educational opportunities with postevent debriefing. *JAMA*, 312(22). Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2014.15741>
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. (n.d.). *About medication errors*. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/about-medication-errors>
- Nunes, L. (2010). Do perito ao conhecimento em enfermagem: Uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos*, 17(julho-setembro), 3-9. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/9215>
- Nunes, L. (2011). *Desenvolvimento humano e enfermagem - horizontes da [nossa] ação: Conferência nas comemorações do 101º aniversário da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho*. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/62691267.pdf>
- Nunes, L. (2024). Autonomia e tomada de decisão em enfermagem. In R. Marques, M. Néne, & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem avançada* (1ª ed., pp. 87-93). Lidel.
- Oliveira, M. C. de P., Barreto, J. B. G., Coutinho, V. M., & Magalhães, P. da C. A. (2021). Eventos adversos em unidades de terapia intensiva adulto: Uma revisão integrativa. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10(10), e26101018523. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18523>

- Oliveira, T. F. da S. de, Batista, S. da S., Santos, R. K. N. dos, Oliveira, A. V. S. da S., Pinho, C. da S., Silva, S. C. da, Silva, C. M. da, & Fontes, M. L. C. (2024). A função do profissional de saúde auditor: Auditoria do sistema de saúde-SUS. *Revista Sociedade Científica*, 7(1). Disponível em: <https://doi.org/10.61411/rsc31879>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Assembleia Geral Extraordinária. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia profissional de enfermagem: Código deontológico* (Estatuto republicado pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro). Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livro_cj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE* (Edição de outubro de 2015). Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_2910_2015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Guia para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/PublishingImages/2%C2%BA%20Concurso%20Padr%C3%B5es%20de%20Qualidade_2015/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015d). *Regulamento n.º 190/2015: Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 45. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/04/079000000/1008710090.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Regulamento da idoneidade formativa dos contextos da prática clínica* (Regulamento n.º 558/2017). *Diário da República*, (200), 2.ª série, 10327-10332. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/558-2017-108317777>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Guia orientador de boa prática: Dor* (2.ª ed.). Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Regulamento n.º 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* (2.ª série, n.º 135). *Diário da República*. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018c). *Regulamento n.º 76/2018: Regulamento da competência acrescida avançada em gestão* [Documento oficial]. *Diário da República*. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 140, 23 de julho de 2019. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 743/2019: Norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 184, pp. 128-158.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Saúde em segurança*. Ordem dos Enfermeiros - Secção Regional do Sul. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/sul/noticias/conteudos/seguran%C3%A7a-do-doente/>

- Ordem dos Enfermeiros. (2021a). *Regulamento da competência acrescida diferenciada em enfermagem em prevenção e controlo de infeção (Regulamento n.º 674/2021)*. Diário da República. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23309/regulamento-compet%C3%Aancia-acrescida-diferenciada-em-enfermagem-em-preven%C3%A7%C3%A3o-e-controlo-de-infe%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021b). *Regulamento de formação profissional da Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 656/2021)*. Diário da República, 2.ª série, n.º 137, pp. 173–185. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23264/0017300191.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Regulamento n.º 613/2022: Regulamento que define o ato do enfermeiro*. Diário da República, 2.ª série, n.º 121, 24 de junho de 2022, pp. 67-70. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/conteudos/critical-care-pain-observation-tool/>
- Ordem dos Enfermeiros. (n. d.). *Apresentação da Estrutura de Idoneidades*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/a-ordem/estrutura-de-idoneidades/apresenta%C3%A7%C3%A3o-da-estrutura-de-idoneidades/>
- Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva) & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de doentes críticos adultos*. Disponível em: <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b2411424.pdf>
- Papazian, L., Munshi, L., & Guérin, C. (2022). Prone position in mechanically ventilated patients. *Intensive Care Medicine*, 48(8), 1062–1065. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06731-z>
- Parreira, P., Mónico, L., & Carvalho, C. (Eds.). (2017). *Liderança e seus efeitos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Parry, G. J., Carson-Stevens, A., Luff, D. F., McPherson, M. E., & Vaughan, T. L. (2020). *Measurement for improvement: A practical guide for implementing patient safety initiatives*. Health Foundation; Institute for Healthcare Improvement. health.org.uk
- Pedroso, E., Ramos, S., & Barroso, F. (2021). Relato de incidentes. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos (Coords.), *Guia prático para a segurança do doente* (1ª ed., pp. 135-145). Lidel.

- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>
- Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 739-744. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000500015>
- Pires, A. P., Pires, A. M., & Oliveira, A. R. (2023). Competências de liderança do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(6), Article e20220457. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0457>
- Portugal, Ministério da Saúde. (1996). *Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro: Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE)* (Alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril). Diário da República. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Portugal, Assembleia da República. (2006). *Lei n.º 27/2006, de 3 de julho: Aprova a Lei de Bases da Proteção Civil*. Diário da República, 1.ª série, n.º 127. Disponível em: https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1735&tabela=leis
- Portugal. (2015). *Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro*. Diário da República, 1.ª série, n.º 181, 7312–7339. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Quinn, R. E. (1996). *Deep change: Discovering the leader within*. Jossey-Bass.
- Ramos, S. M. B., Gomes, A. J. F., Rego, A. L., Pimenta, P. E. M., Silva, J. A. P., Martins, S. P., Maia, A. C. da C., & Macedo, A. P. (2023). A efetividade do decúbito ventral na Acute Respiratory Distress Syndrome: Revisão sistemática. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(1), 111–124. Disponível em: <https://doi.org/10.37914/riis.v6i1.231>
- Ramos, O. A. M., de Sá, J. A. F. T. M., Gomes, J. M. P. A., Galvão, A. M. N. P., & Gomes, M. J. A. R. (2025). Influência do estilo de liderança no empoderamento estrutural de enfermeiros: Um estudo transversal. *Cogitare Enfermagem*, 30, Article e97126. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.97126>

- República Portuguesa. (2025). *Constituição da República Portuguesa*. Diário da República, 1.^a série, n.º 97, de 12 de junho de 2025. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775-49467775>
- Rodrigues, A. B., & Rodrigues, A. C. F. (2013). Comunicação verbal com pacientes inconscientes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(5), 619–625. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000500016>
- Sales, L., Barroso, F., & Ramos, S. (2021). Identificação inequívoca do doente. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos (Coords.), *Guia prático para a segurança do doente* (1^a ed., pp. 209-216). Lidel.
- Salik, H., Şahin, M., & Uslu, Ö. (2024). Experiences of nurses providing care to individuals in earthquake-affected areas of Eastern Turkey: A phenomenological study. *Journal of Community Health Nursing*, 41(2), 110–122. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07370016.2023.2285964>
- Santos, P. A. F. dos, Batista, R. C. N., Coutinho, V. R. D., & Rabiais, I. C. M. (2023). Interdisciplinary and interinstitutional simulation and cooperation: Development of nursing students competencies in disaster. *Escola Anna Nery*, 27, Article e20220077. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0077>
- Schaefer, R., Zoboli, E. L. C. P., & Vieira, M. (2018). Sofrimento moral em enfermeiros: Descrição do risco para profissionais. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(4), Article e4020017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004020017>
- Sevenpubl. (2024). A importância das notificações de farmacovigilância em hospital de ensino: Relato de experiências. *Anais da Revista Seven*. Disponível em: <https://sevenpubl.com.br/anais7/article/view/5065>
- Silva, E., & Franco, A. S. (2014). A segurança do doente: O erro na prática de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 115–123.
- Silva, A. R., Coutinho, V., Reis, D., & Pinto, I. (2020). Avaliação do *debriefing* estruturado como estratégia pedagógica na enfermagem de família. *Revista de Enfermagem Referência*, Série V(2), Article e19081. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV19081>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (n.d.). *Relatório de notificações de segurança do doente 2013-2022* [Ficheiro PDF]. Portal da Transparência do SNS. Consultado a 12 novembro 2025.

- Srinivasa, V., & Kodali, B. S. (n.d.). *Capnography during sedation*. Capnography.com. Disponível em: <https://www.capnography.com/capnography-is-vital-during-sedation/>
- Strapasson, M. R., & Medeiros, C. R. G. (2009). Liderança transformacional na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2), 265–271. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000200019>
- Sousa, P. J. S. (2018). Qualidade em saúde: Da definição de políticas à avaliação de resultados. *RIQUAL – Revista Interdisciplinar de Qualidade*, 1(1), 10–32.
- Sujan, M. A., Huang, H., & Spurgeon, P. (2017). Nature of blame in patient safety incident reports: Mixed methods analysis of a national database. *Drug Safety*, 40(9), 859–868. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40264-017-0562-1>
- Tariq, R. A., Vashisht, R., Sinha, A., & Scherbak, Y. (2024). Medication dispensing errors and prevention. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519065/>
- Teixeira, S., Castro, S., Fernandes, I., & Simões, A. (2022). Supervisão clínica e segurança do doente: Perceções de enfermeiros em contextos críticos. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21098. doi.org
- Teixeira, M., Quintão, J., Rocha, A., Leomaro, V., & Sales, L. (2024). Segurança na gestão de medicação pelo enfermeiro: Quantos são os "certos"? *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP-Lisboa*, 16, 15–27. Disponível em: <https://salutisscientia.esscvp.eu/Site/download.aspx?artigoid=32612>
- Unidade Local de Saúde (Anónimo). (2023). *Relatório do estudo do cumprimento do fluxograma/protocolo de prevenção e controlo de Enterobacterales produtoras de carbapenemases*.
- Unidade Local de Saúde (Anónimo). (2024a). *Regulamento interno*. Homologado pelo Ministério da Saúde.
- Unidade Local de Saúde (Anónimo). (2024b). *Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos. Circular informativa n.º 90: Atualização dos elementos constituintes da UL-PPCIRA*.
- Unidade Local de Saúde. (2025a). *Plano de atividades da UL-PPCIRA área formação – relatório 2024 (PLA.PCIRA.003_2025)*.
- Unidade Local de Saúde (Anónimo). (2025b). *Precauções básicas de controlo de infeção e evolução da infeção nosocomial na ULS: Relatório 2024 (REL.PCIRA 002)*.

- Unidade Local de Saúde (Anónimo). (2025c). *Relatório de atividades da UL- PPCIRA: Área da formação 2024* (REL.PPCIRA 2024).
- Unidade Local de Saúde (Anónimo). (2025d). *Relatório de incidentes notificados na ULS - 1º semestre 2025* (REL.CQSDO 001).
- Unidade Local de Saúde (Anónimo). (2025e). *Regulamento interno da Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*.
- Unidade Local de Saúde (Anónimo). (2025f). *Vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais da corrente sanguínea – Relatório 2024* (REL.PCIRA 001_A).
- Vendruscolo, C., Hermes, J., Zocche, D. A. de A., & Trindade, L. de L. (2022). Aplicação da matriz SWOT: Tecnologia para a gestão do trabalho na atenção primária à saúde. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 12. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v12i0.4244>
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. L., Faria, A. C. A., Barros, S. C. C., Mendes, M., Melo, R. M. C., & Ribeiro, O. M. P. L. (2024). Nurses' perspectives on nurses' work methods. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(3), Article e20230374. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0374pt>
- Vieira Magalhães, E., Oliveira de Paiva, F., Soares Alves, M. E., & Cavaliere de Almeida, M. (2024). Patient safety culture among nursing professionals in a philanthropic hospital in Minas Gerais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(Suppl 2), e20230427. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0427>
- Vogelsmeier, A., Jacobs, A., Owen, C., Mosa, A. S. M., & Subramanian, R. (2022). Medication identification device to reduce medication errors in nursing homes: A controlled pilot study. *Journal of Gerontological Nursing*, 48(4), 5–11. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/00989134-20220304-01>
- Wang, X., Liu, Y., Peng, Z., Li, B., Liang, Q., Liao, S., & Liu, M. (2024). Situational leadership theory in nursing management: A scoping review. *BMC Nursing*, 23, Article 930. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02582-9>
- Waydhas, C., Riessen, R., Markewitz, A., Hoffmann, F., Frey, L., Böttiger, B. W., Brenner, S., Brenner, T., Deffner, T., Deininger, M. M., Janssens, U., Kluge, S., Marx, G., Schwab, S., Unterberg, A. W., Walcher, F., & van den Hooven, T. (2023). Recommendations on the structure, personal, and organization of intensive care units. *Frontiers in Medicine*, 10, Article 1196060. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1196060>

- Weingart, S., Callanan, L., Ship, A., & Aronson, M. (2001). A physician-based voluntary reporting system for adverse events and medical errors. *Journal of General Internal Medicine*, 16(12), 809-814. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1495298/pdf/jgi_10231.pdf
- Westbrook, J. I., Woods, A., Rob, M. I., Dunsmuir, W. T. M., & Day, R. O. (2010). Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Archives of Internal Medicine*, 170(8), 683–690. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.65>
- World Health Organization. (2017). *Medication without harm: Global patient safety challenge on medication safety* (Policy brief). Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240062764>
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a28c34c0-089c-4f5d-a0b1-5d9c35a3cd67/content>

APÊNDICES

APÊNDICE A-QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DO SMI

2. Sexo

Marcar apenas uma oval.

☐ Masculino

☐ Feminino

3. Idade

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ 20-30

☐ 31-40

☐ 41-50

☐ 51-60

4. Habilitações académicas

Marcar apenas uma oval.

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

5. Categoria profissional

Marcar apenas uma oval.

☐ Enfermeiro

☐ Enfermeiro Especialista

☐ Enfermeiro Gestor

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

Caro(a) participante,

Este questionário insere-se no âmbito do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica e tem como objetivo, conhecer as características profissionais dos enfermeiros da equipa do SMI. Pretende-se recolher informações básicas sobre o perfil profissional e formação que ajudarão a analisar a qualidade dos cuidados prestados. Além disso, o presente questionário visa avaliar a perceção dos profissionais acerca dos erros terapêuticos na prática clínica diária, identificando fatores que contribuam para esses eventos, as barreiras encontradas e as estratégias adotadas para a melhoria da segurança do utente.

Duração e Natureza do

Questionário: É um questionário breve, que deverá ocupar cerca de 7 minutos do seu tempo. As respostas são confidenciais e anónimas, não sendo identificáveis a si ou a qualquer outro participante.

Voluntariedade da

Participação: A sua participação é voluntária. Pode decidir não participar ou desistir em qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional.

* Indica uma pergunta obrigatória

Avançar para a pergunta 1Avançar para a pergunta 1

Consentimento Informado

1. Ao preencher este questionário, está a dar o seu consentimento informado para * que as suas respostas sejam utilizadas exclusivamente para fins de análise em contexto académico e melhoria dos serviços da ULSLA, respeitando a confidencialidade e anonimato.

Marcar apenas uma oval.

☐ Declaro ter lido e compreendido a informação sobre este questionário, aceitando voluntariamente participar no preenchimento do mesmo.

Avançar para a pergunta 2

Questionário

6. N.º de anos na Carreira Enfermagem
Marcar apenas uma oval.
- ☐ Menos 5
☐ 5-10
☐ 11-20
☐ 21-30
☐ Mais de 30
7. N.º de anos de exercício profissional no SMI HLA
Marcar apenas uma oval.
- ☐ Menos 5
☐ 5-10
☐ 11-20
8. Detentor de Título de Enfermeiro Especialista?
Marcar apenas uma oval.
- ☐ Sim
☐ Não
9. Se respondeu sim, qual a área de especialidade?
Marcar tudo o que for aplicável.
- ☐ Enfermagem de Reabilitação
☐ Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
☐ Enfermagem à Pessoa com Doença Crónica
☐ Enfermagem saúde comunitária e saúde pública
☐ Enfermagem Médico-Cirúrgica (anterior a 2009)
10. Detentor de Competência Acrescida?
Marcar apenas uma oval.
- ☐ Sim
☐ Não
11. Se respondeu sim, qual(ais)?
Marcar tudo o que for aplicável.
- ☐ Gestão
☐ Emergência Extra-Hospitalar
☐ Enfermagem do Trabalho
☐ Supervisão Clínica
☐ Enfermagem em Prevenção e Controlo de Infecção
☐ Enfermagem de Diálise
☐ Enfermagem em Viabilidade Tecidual e Feridas
12. Tem formação em Supervisão Clínica?
Marcar apenas uma oval.
- ☐ Sim
☐ Não
13. Se respondeu sim, qual(ais)?
Marcar tudo o que for aplicável.
- ☐ Pós-graduada
☐ Curso (Mais de 40h)
☐ Formação contínua (Inferior a 40h)

18. Tem formação em situações de Exceção/Catástrofe?
Marcar apenas uma oval.
☐ Sim
☐ Não
19. Se respondeu sim, qual (ais)?
Marcar apenas uma oval.
☐ Pós- graduada
☐ Curso (Mais de 40h)
☐ Formação contínua (Inferior 40h)
20. Tem curso de Suporte Avançado de Vida Adulto?
Marcar apenas uma oval.
☐ Sim
☐ Não
21. Se respondeu sim, há quanto tempo frequentou o curso?
Marcar apenas uma oval.
☐ Menos de 1 ano
☐ 1-2 anos
☐ Mais de 3 anos
14. Tem formação em Controlo de Infecção
Marcar apenas uma oval.
☐ Sim
☐ Não
15. Se respondeu sim, qual (ais)?
Marcar apenas uma oval.
☐ Pós- graduada
☐ Curso (Mais de 40h)
☐ Formação contínua (Inferior 40h)
16. Tem formação na área do Doente Crítico?
Marcar apenas uma oval.
☐ Sim
☐ Não
17. Se respondeu sim, qual (ais)?
Marcar apenas uma oval.
☐ Pós- graduada
☐ Curso (Mais de 40h)
☐ Formação contínua (Inferior 40h)

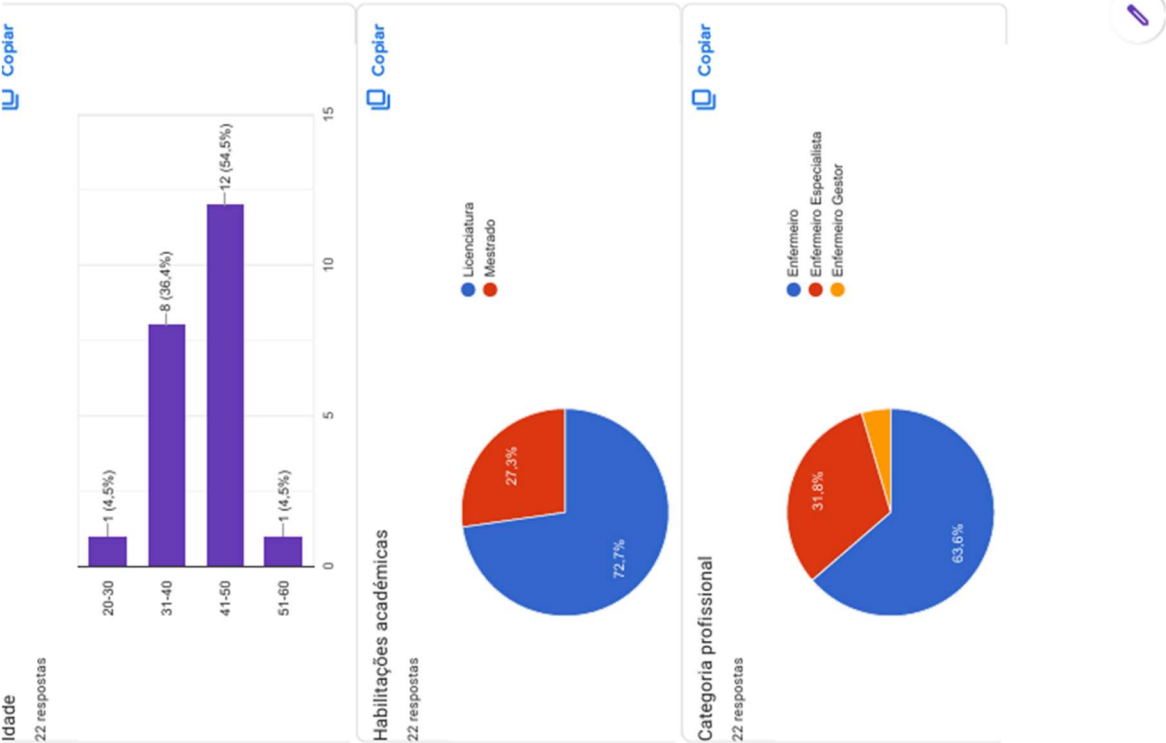
22. Tem curso de Suporte Imediato de Vida Adulto?
 Marcar apenas uma oval.
☐ Sim
☐ Não
23. Se respondeu sim, há quanto tempo frequentou o curso?
 Marcar apenas uma oval.
☐ Menos de 1 ano
☐ 1-2 anos
☐ 3-5 anos
☐ Mais de 5 anos
24. Tem curso de Suporte Básico de Vida?
 Marcar apenas uma oval.
☐ Sim
☐ Não
25. Se respondeu sim, há quanto tempo frequentou o curso?
 Marcar apenas uma oval.
☐ Menos de 1 ano
☐ 1-2 anos
☐ 3-5 anos
☐ Mais de 5 anos
26. Tem formação em ventilação (VMI, VNI, ONAF)?
 Marcar apenas uma oval.
☐ Sim
☐ Não
27. Tem formação em Técnica de Substituição Renal?
 Marcar apenas uma oval.
☐ Sim
☐ Não
28. Tem formação em Monitorização Hemodinâmica Invasiva?
 Marcar apenas uma oval.
☐ Sim
☐ Não
29. Tem formação sobre notificação de incidentes?
 Marcar apenas uma oval.
☐ Sim
☐ Não
30. Conhece a plataforma da ULSLA de notificação de incidentes?
 Marcar apenas uma oval.
☐ Sim
☐ Não

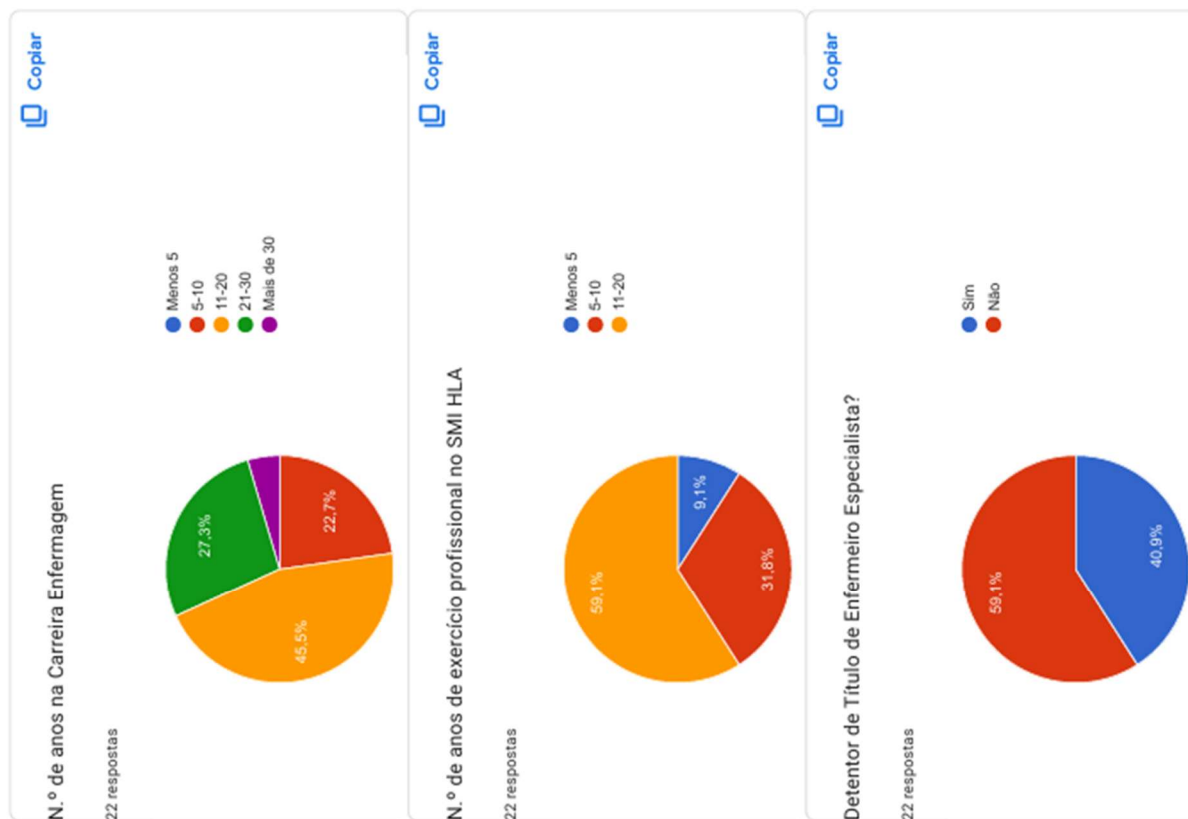
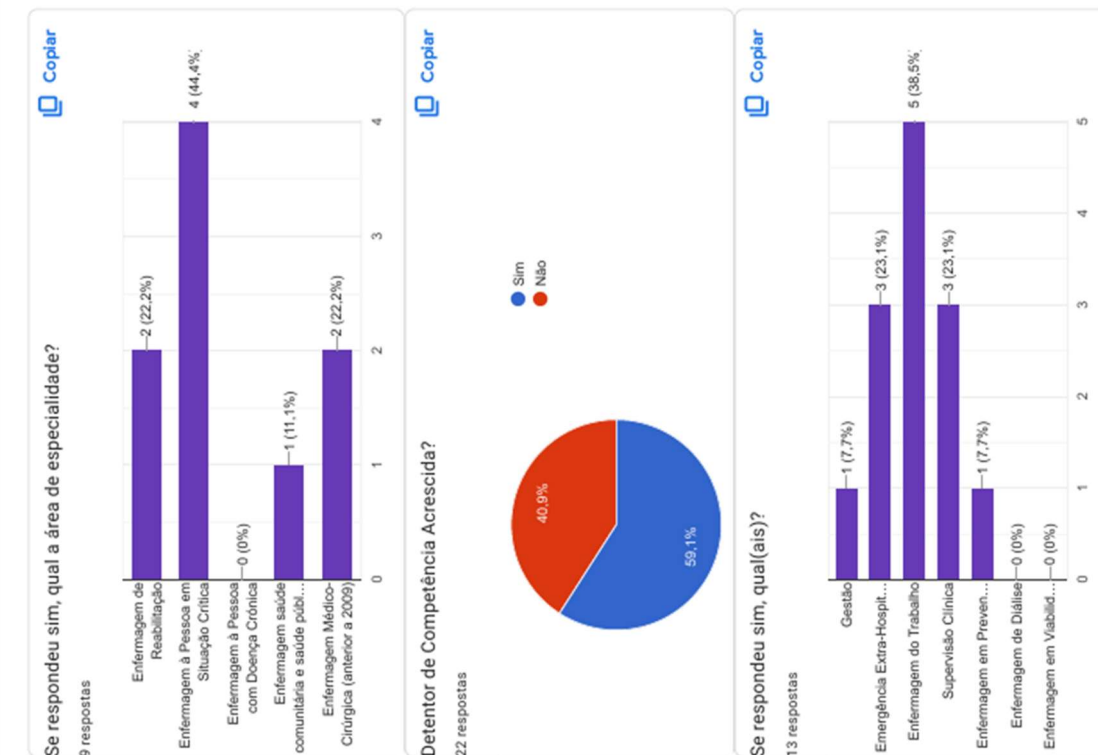
35. Já vivenciou inequívocos associados ao erro terapêutico? Marcar apenas uma oval. ☐ Sim ☐ Não	31. Já notificou algum incidente associado ao erro terapêutico? Marcar apenas uma oval. ☐ Sim ☐ Não
36. Se respondeu sim, por favor descreva brevemente o(s) tipo(s) ou circunstância(s) Marcar tudo o que for aplicável. ☐ Erro de prescrição ☐ Erro de administração ☐ Erro de preparação	32. Tem formação na área da qualidade e segurança? Marcar apenas uma oval. ☐ Sim ☐ Não
37. Das seguintes medidas apresentadas como forma de mitigar o erro terapêutico, quais considera mais importantes no SMI? Marcar tudo o que for aplicável. ☐ Dotações seguras ☐ Formação contínua ☐ Notificação de eventos adversos ☐ Ambiente adequado (livre de ruído e interrupções) ☐ Liderança transformacional (Influencia positivamente o desenvolvimento das pessoas que trabalham consigo).	33. Considera relevante formação contínua na área da redução do erro terapêutico? Marcar apenas uma oval. ☐ Sim ☐ Não
Avançar para a secção 4 (Fim do questionário) Fim do questionário Obrigada pela sua colaboração!	34. Sente que, na sua instituição, há uma cultura- barreira de repressão diante da falha ou do engano? Marcar apenas uma oval. ☐ Sim ☐ Não

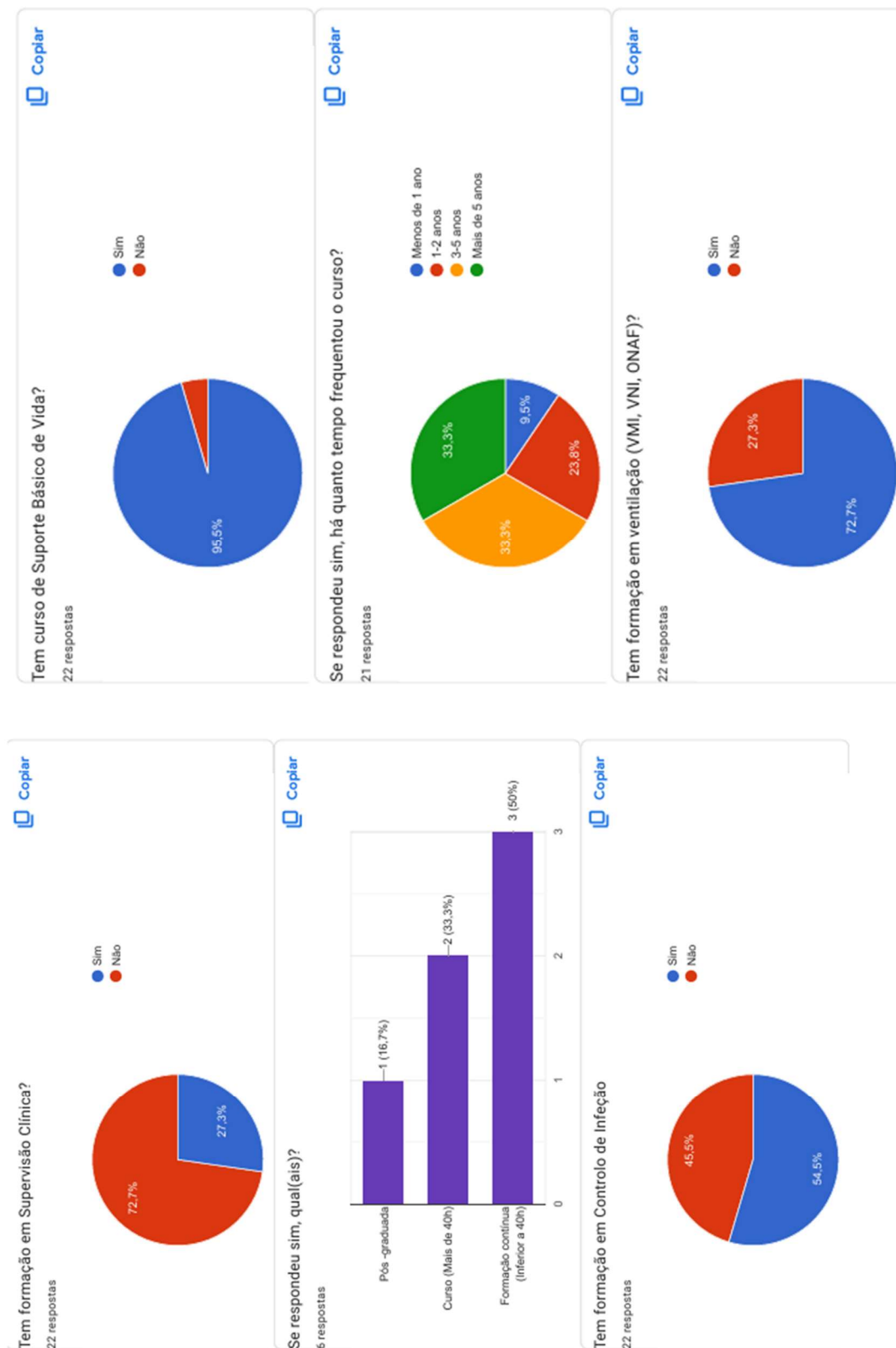
Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

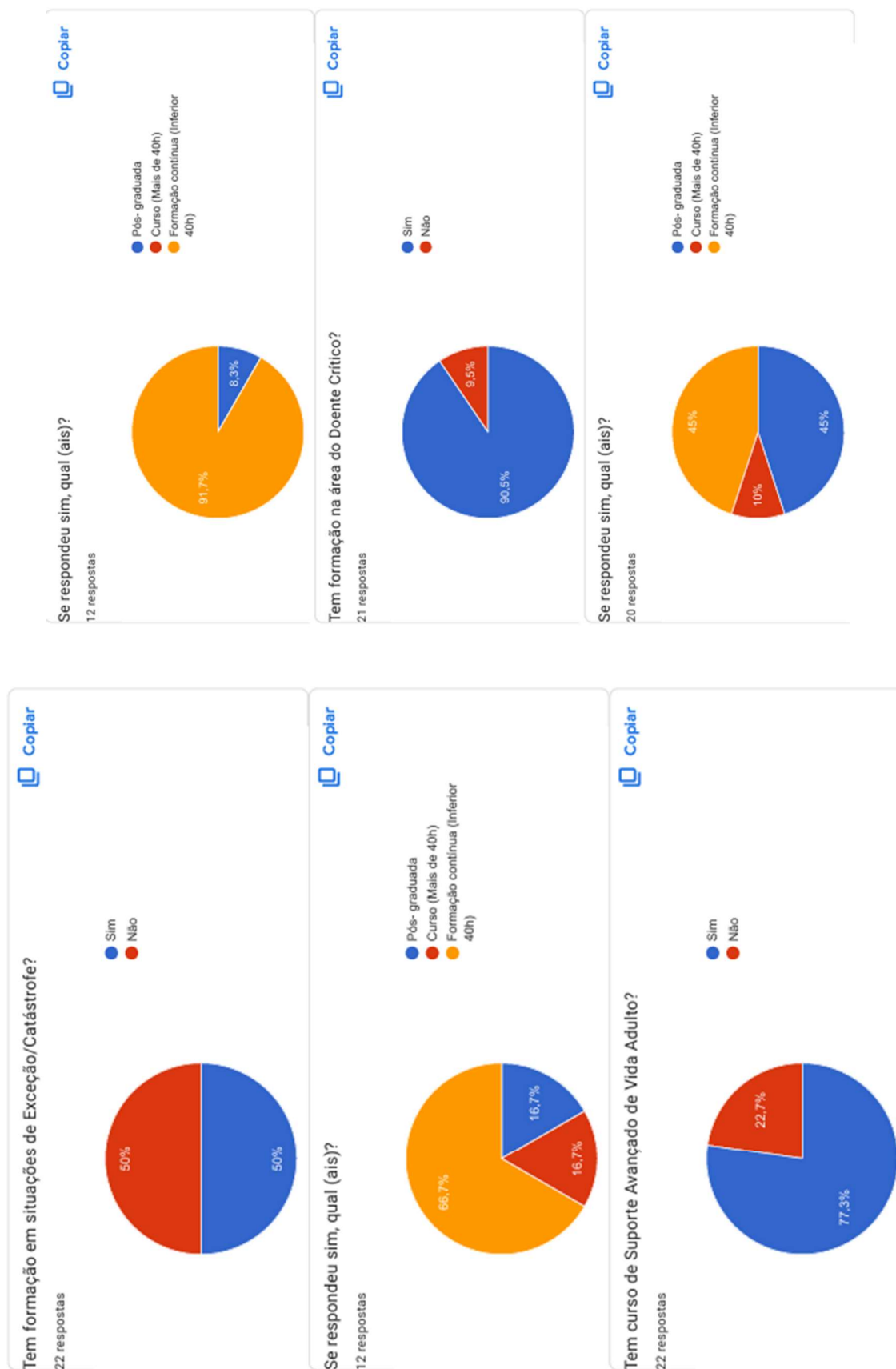
Google Formulários

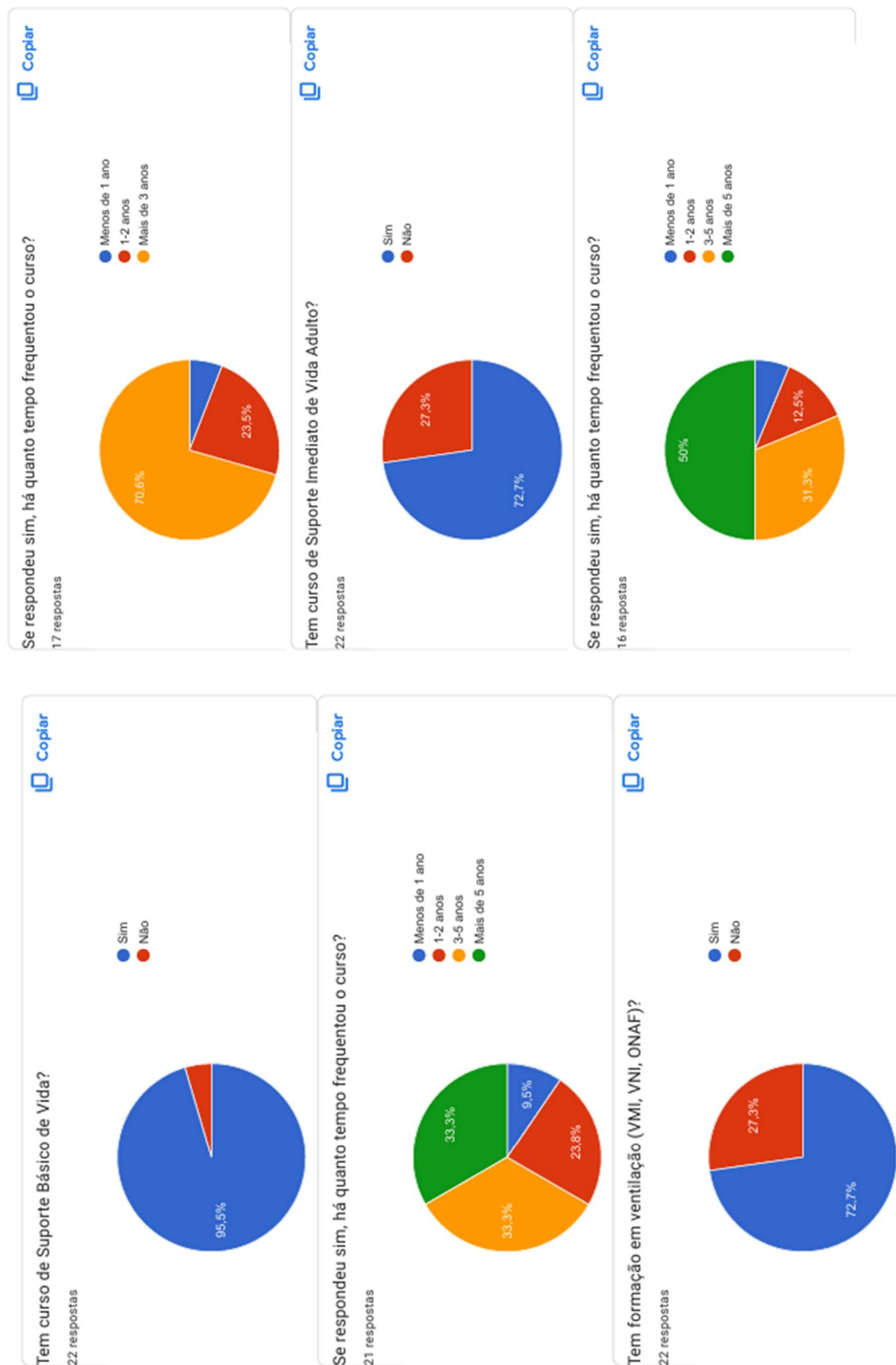
**APÊNDICE B -APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE
CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DO SMI**

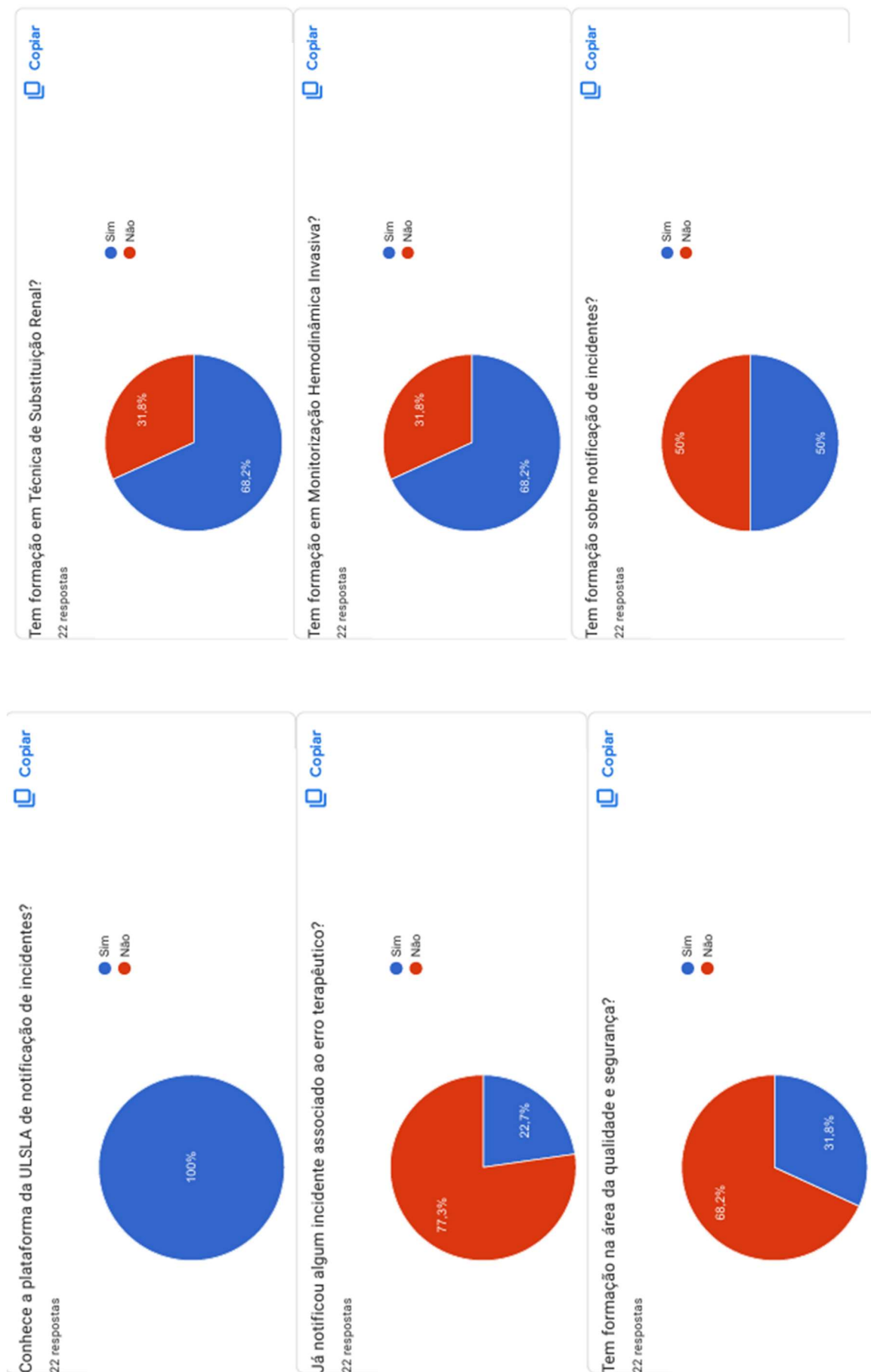


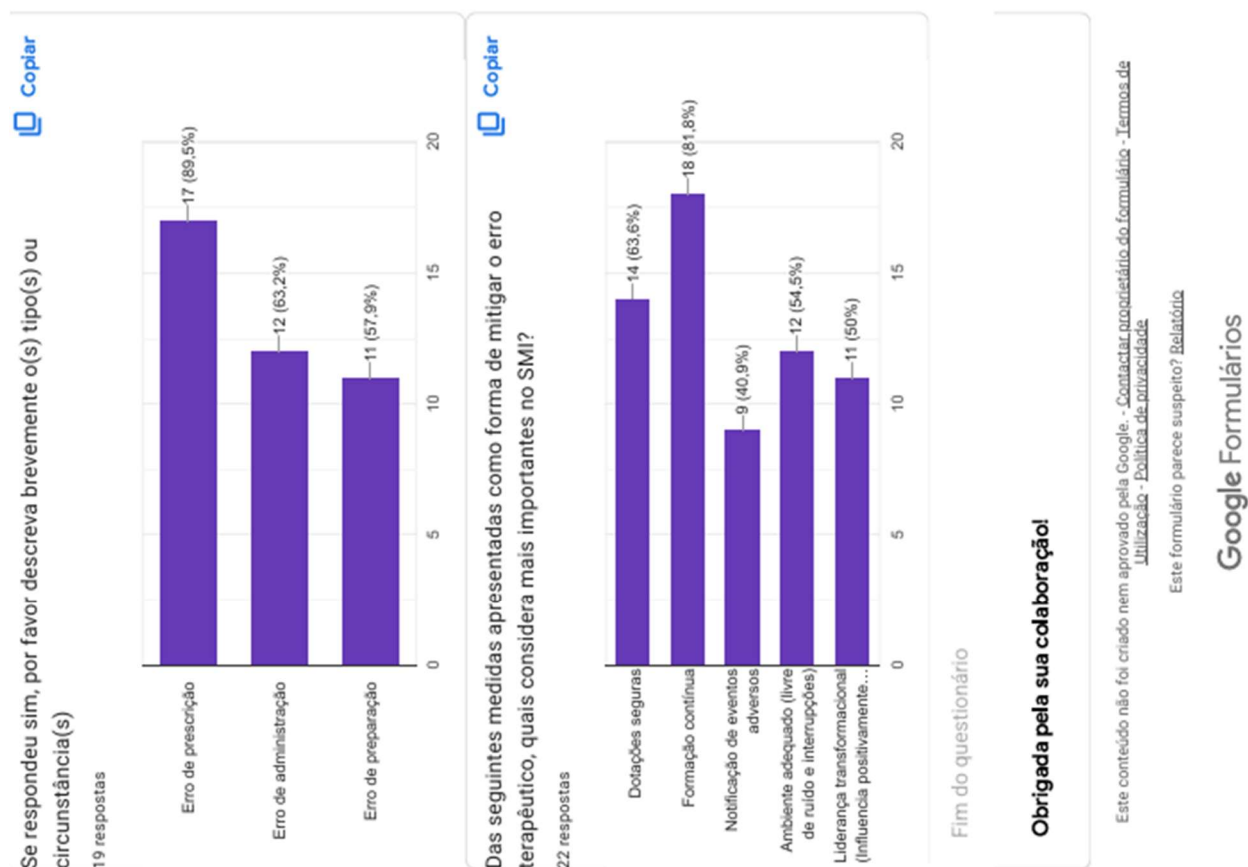












**APÊNDICE C – PROTOCOLO DE *SCOPING REVIEW* JBI “QUAIS AS
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM QUE REDUZEM O ERRO TERAPÊUTICO
NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA?”**

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA REDUÇÃO DO ERRO TERAPÊUTICO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: Scoping Review

NURSING INTERVENTIONS TO REDUCE THERAPEUTIC ERROR IN THE CRITICALLY ILL PERSON: Scoping Review

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA REDUCCIÓN DEL ERROR TERAPÉUTICO EN LA PERSONA EN SITUACIÓN CRÍTICA: Scoping Review

RESUMO

Introdução: Os erros terapêuticos constituem incidentes evitáveis que comprometem a segurança do doente em cuidados críticos, representando 26- 61% dos eventos adversos reportados. O enfermeiro especialista assume responsabilidade deontológica na identificação de barreiras e implementação de intervenções baseadas em evidência.

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem que reduzem o erro terapêutico na pessoa em situação crítica, identificando barreiras e estratégias eficazes.

Método: Protocolo de scoping review baseado na metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI). Realizou-se pesquisa *em 11 de dezembro de 2024* nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, Academic Search Complete e RCAAP, utilizando os descritores: Medication Errors AND Patient Safety AND Critical Care AND Nursing Care NOT pediatric. Incluíram-se estudos publicados entre 2020-2025, em português, inglês e espanhol. Foram selecionados 9 artigos para análise, apresentados segundo PRISMA-ScR.

Resultados: Identificaram-se como principais barreiras: interrupções durante preparação/administração, sobrecarga/rácios inadequados, esquemas complexos. Estratégias eficazes incluem: "9 certos", prescrição eletrónica, espaços dedicados à preparação medicamentosa, comunicação multidisciplinar e cultura de notificação não punitiva.

Conclusão: O enfermeiro especialista deve implementar protocolos baseados em evidência, promover cultura de segurança e formação contínua para redução do erro terapêutico em cuidados críticos.

Palavras-chave: Erros de Medicação; Segurança do Paciente; Cuidados Críticos; Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

Introduction: Therapeutic errors are preventable incidents that compromise patient safety in critical care, accounting for 26–61% of reported adverse events. The specialist nurse assumes a deontological responsibility in identifying barriers and implementing evidence-based interventions.

Objective: To map the scientific evidence on nursing interventions that reduce therapeutic error in critically ill patients, identifying barriers and effective strategies.

Method: Scoping review protocol based on the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology. A search was conducted on 11 December 2024 in the MEDLINE, CINAHL, Academic Search Complete and RCAAP databases, using the descriptors: Medication Errors AND Patient Safety AND Critical Care AND Nursing Care NOT pediatric. Studies published between 2020–2025, in Portuguese, English and Spanish were included. Nine articles were selected for analysis and are presented according to PRISMA-ScR.

Results: The main barriers identified were: interruptions during preparation/administration, work overload/inadequate staffing ratios, and complex regimens. Effective strategies include the “9 rights”, electronic prescribing, dedicated spaces for medication preparation, multidisciplinary communication and a non-punitive reporting culture.

Conclusion: The specialist nurse must implement evidence-based protocols and promote a safety culture and continuous training to reduce therapeutic error in critical care.

Keywords: Medication Errors; Patient Safety; Critical Care; Nursing Care

RESUMEN

Introducción: Los errores terapéuticos constituyen incidentes evitables que comprometen la seguridad del paciente en cuidados críticos, representando el 26-61% de los eventos adversos reportados. El enfermero especialista asume responsabilidad deontológica en la identificación de barreras e implementación de intervenciones basadas en evidencia.

Objetivo: Mapear la evidencia científica sobre las intervenciones de enfermería que reducen el error terapéutico en la persona en situación crítica, identificando barreras y estrategias eficaces.

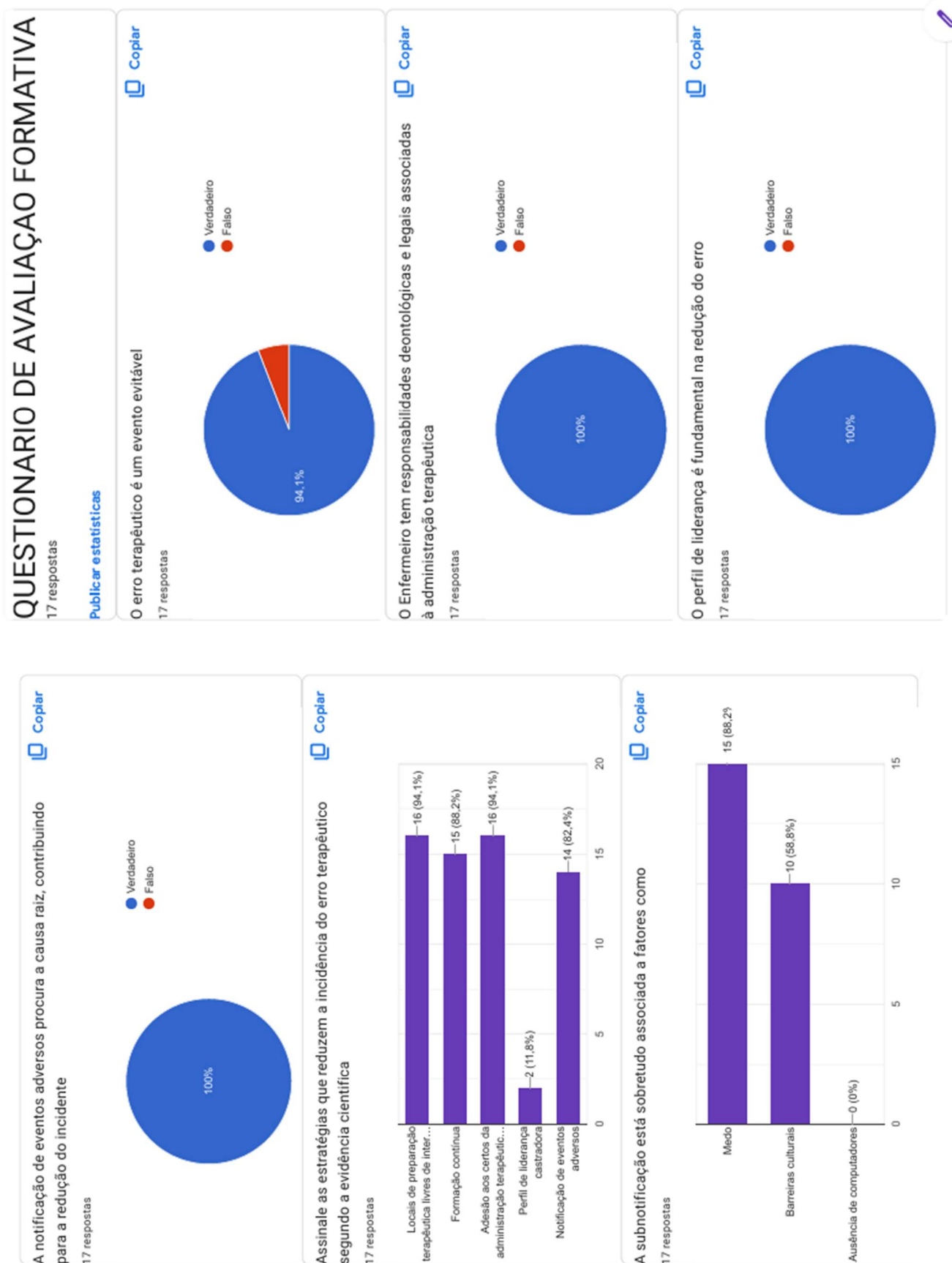
Método: Protocolo de scoping review basado en la metodología del Joanna Briggs Institute (JBI). Se realizó una búsqueda el 11 de diciembre de 2024 en las bases de datos MEDLINE, CINAHL, Academic Search Complete y RCAAP, utilizando los descriptores: Medication Errors AND Patient Safety AND Critical Care AND Nursing Care NOT pediatric. Se incluyeron estudios publicados entre 2020-2025, en portugués, inglés y español. Se seleccionaron 9 artículos para análisis, presentados según PRISMA-ScR.

Resultados: Se identificaron como principales barreras: interrupciones durante la preparación/administración, sobrecarga/ratios inadecuados, esquemas complejos. Estrategias eficaces incluyen: "9 derechos", prescripción electrónica, espacios dedicados a la preparación medicamentosa, comunicación multidisciplinaria y cultura de notificación no punitiva.

Conclusión: El enfermero especialista debe implementar protocolos basados en evidencia, promover cultura de seguridad y formación continua para la reducción del error terapéutico en cuidados críticos.

Palabras clave: Errores de Medicación; Seguridad del Paciente; Cuidados Críticos; Cuidados de Enfermería

**APÊNDICE D-AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO “O ERRO TERAPÊUTICO:
BARREIRAS À ADMINISTRAÇÃO SEGURA E INTERVENÇÕES EFICAZES PARA
REDUÇÃO**



**APÊNDICE E -NORMA REGULAMENTAR “MANUTENÇÃO DA ESTERILIDADE
DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS: ARMAZENAMENTO, ACONDICIONAMENTO E
MANIPULAÇÃO”**

NRE

MANUTENÇÃO DA ESTERILIDADE DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS- ARMAZENAMENTO, ACONDICIONAMENTO E MANIPULAÇÃO

NORMA
REGULAMENTAR

NRE.PCIRA 001

			Data de homologação
Elaborado por	Validado por [REDACTED] [REDACTED]	Homologado por	

Ana Rodrigues (NRE.PCIRA)



NRE	NORMA REGULAMENTAR		
—			Pág. de

ÍNDICE

ACRÓNIMOS/SIGLAS.....	
1. OBJETIVO.....	
2. ÂMBITO.....	
3. CONCEITOS E DEFINIÇÕES.....	
4. REFERÊNCIAS E DOCUMENTOS ASSOCIADOS.....	
5. ARMAZENAMENTO, ACONDICIONAMENTO E MANIPULAÇÃO DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS ESTÉREIS.....	
5.1. Armazenamento	
5.2. Acondicionamento.....	
5.3. Manipulação	
6. APÊNDICES.....	
6.1. APÊNDICE 1 – GRELHA DE VERIFICAÇÃO	



NRE	NORMA REGULAMENTAR		
	—		Pág. de

ACRÓNIMOS/SIGLAS

DM- Dispositivo Médico

DMUM- Dispositivo médico Uso Múltiplo

IACS-Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

NR- Norma Regulamentar

SABA- Solução Antisséptica Base Alcoólica

SAL- Sterility Assurance Level

SBE- Sistema de Barreira Estéril

SEC-Serviço Esterilização Centralizado



NRE	NORMA REGULAMENTAR		
	—		Pág. de

1. OBJETIVO

- Uniformizar procedimentos relacionados com as condições de armazenamento, acondicionamento e gestão da qualidade dos Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo (DMUM) estéreis.
- Promover a preservação dos Dispositivos Médicos (DM) reprocessados no Serviço Esterilização Centralizado (SEC) até utilização dos mesmos.
- Prevenir a contaminação dos DM's estéreis.
- Definir procedimentos de monitorização e registo das condições de armazenamento e acondicionamento dos DM's estéreis.
- Garantir a minimização do evento que comprometa a esterilidade do DM.
- Prevenir a ocorrência de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), que podem ser transmitidas por DMUM contaminados após o processo de reprocessamento.
- Garantir a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados.

2. ÂMBITO

- Utilizadores dos DM's reprocessados no Serviço de Esterilização Centralizado (SEC) da Unidade Local de Saúde [REDACTED] (ULS [REDACTED]).

3. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

A garantia da esterilidade dos DMUM constitui um requisito essencial para a segurança do doente e para a prevenção das IACS. O processo de esterilização, quando corretamente validado e controlado, assegura a eliminação de microrganismos viáveis, incluindo esporos, alcançando um nível de esterilidade (SAL) que assegura a segurança microbiológica adequada para DM's. Os Serviços de Esterilização regem-se por normas e regulamentos que abrangem todas as etapas de reprocessamento: limpeza, desinfecção, esterilização, testes funcionais, validação do processo, documentação técnica, rotulagem e gestão da qualidade e são responsáveis pelo reprocessamento seguro, embora não os responsáveis pela garantia da esterilidade a jusante deste processo de

	NORMA REGULAMENTAR		
	—		Pág. de

A manutenção da esterilidade após o processo de esterilização depende diretamente da eficácia e integridade do sistema de barreira estéril (SBE). Neste âmbito, a Norma- NR EN ISO 11607 explicita que a perda de esterilidade é considerada um fenómeno associado a eventos (“Event-Related Sterility”), e não simplesmente ao decurso do tempo. Assim, a esterilidade de um DM é mantida enquanto não ocorrer nenhum evento que comprometa a integridade do SBE, como rutura, perfuração, exposição a humidade, armazenamento inadequado ou manipulação incorreta.

A esterilidade de um produto não depende apenas de uma data de validade fixa, mas da ausência de acontecimentos (eventos) capazes de comprometer a integridade da embalagem ou do produto processado (Vilas-Boas,2024).

A aplicação deste princípio permite uma gestão mais racional dos materiais esterilizados, evitando desperdício e promovendo práticas seguras e sustentáveis, desde que se assegure a rastreabilidade e monitorização contínua das condições de armazenamento.

Desde que o processo de reprocessamento cumpra os requisitos exigidos, a evidência científica demonstra que o tempo de armazenamento, quando em condições ideais de segurança, não afeta a suscetibilidade do DMUM à contaminação, mesmo quando expostos a microrganismos (Link,2020).

Assim, aspetos como a limpeza, organização, condições ambientais, armazenamento, infraestruturas adequadas, práticas seguras de manuseio e protocolos institucionais são fundamentais para preservar a esterilidade dos DM’s até ao momento de utilização (Carvalho et al.2022).

Neste contexto, a presente Norma Regulamentar (NR) visa definir critérios que incluem o controlo rigoroso das condições ambientais de armazenamento e acondicionamento, assim como a manutenção da integridade das barreiras estéreis, por forma a garantir a esterilidade até à ocorrência de um evento que a comprometa.

- Acondicionamento: Refere-se ao processo e às práticas de embalagem que garantem a proteção, integridade e manutenção do estado estéril do dispositivo até à sua utilização. O acondicionamento inclui a seleção adequada dos materiais de embalagem que permitem a penetração do agente esterilizante, a manutenção da esterilidade em condições ideais após o processo de reprocessamento e a garantia de assepsia no momento de uso. O

NRE	NORMA REGULAMENTAR		
	—		Pág. de

acondicionamento contempla a conservação da integridade da embalagem/pacote que serve como barreira estéril.

- Armazenamento: Conjunto de condições e práticas que asseguram a manutenção da esterilidade do DM até à sua utilização. Inclui o controlo das condições ambientais como temperatura, humidade e proteção contra danos físicos e contaminação cruzada.
- Dispositivo Médico: Instrumento, aparelho, acessório, equipamento, aplicação, implante, reagente para utilização in vitro, software, material ou outro artigo similar ou relacionado, destinado pelo fabricante a ser utilizado isoladamente ou em conjunto, em seres humanos, para um ou mais dos fins médicos específicos de diagnóstico, prevenção, monitorização, tratamento ou atenuação de uma doença diagnóstico, monitorização, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão, investigação, substituição, alteração ou apoio da anatomia ou de um processo fisiológico, suporte ou manutenção da vida, controlo da conceção, desinfeção de dispositivos médicos, fornecimento de informação por meio de exames in vitro de amostras provenientes do corpo humano e cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios.
- Dispositivo médico de uso múltiplo (DMUM): Dispositivo concebido e fabricado para ser reutilizado várias vezes em diferentes utentes, desde que seja submetido a um processo rigoroso de reprocessamento que inclui limpeza, desinfeção, inspeção, esterilização e acondicionamento, conforme as normas e instruções do fabricante. Diferencia-se dos dispositivos de uso único que são destinados a ser usados apenas uma vez e descartados.
- Estéril: Estado em que um objeto, material ou dispositivo está livre de microrganismos vivos, incluindo bactérias, vírus, fungos e esporos, capazes de causar contaminação ou infeção. No âmbito dos DM's, estéril significa que o dispositivo foi submetido a um processo validado de esterilização que elimina os microrganismos capazes de causar contaminação ou infeção, garantindo a sua segurança para uso clínico e prevenindo riscos para a pessoa.



NRE	NORMA REGULAMENTAR			
	—			Pág. de

- Esterilidade relacionada a eventos (Event-Related Sterility): Refere-se à manutenção da esterilidade dos DM's tendo por base a integridade do SBE, salvaguardando que a mesma não seja comprometida por algum evento específico. Conceito que define que a esterilidade não depende de um prazo fixo no tempo após o processo de esterilização, mas sim da ausência de eventos que possam causar danos físicos, químicos ou ambientais à embalagem ou ao conteúdo.
- FIFO: First In, First Out (Primeiro a Entrar, Primeiro a Sair). Método de gestão de DM's. Neste sistema, os produtos mais antigos armazenados são os primeiros a serem retirados para uso, por forma a garantir a redução de eventos que comprometam a esterilidade.
- Qualidade (associada à manutenção da esterilidade): Conformidade e garantia de que o dispositivo foi fabricado, processado (esterilizado) e acondicionado segundo métodos validados e controlados que asseguram sua a segurança, eficácia e desempenho esperado para o uso clínico. Qualidade significa não apenas ausência de defeitos, mas a garantia contínua da segurança, desempenho e adequação ao uso pretendido ao longo do ciclo de vida do DM estéril.
- Segurança: Garantia de que o DM não apresenta riscos ao utente, utilizador ou terceiros durante o seu uso, estando livre de microrganismos viáveis que possam causar infeção. Essa segurança é assegurada por processos validados de fabricação, esterilização, armazenamento, acondicionamento, que mantêm a integridade do dispositivo até o momento do uso.

NRE	NORMA REGULAMENTAR		
	—		Pág. de

4. REFERÊNCIAS E DOCUMENTOS ASSOCIADOS

NRE. PCIRA.001: Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção

NR-ULSLA-18: Descontaminação de Dispositivos Médicos e Equipamento de Uso Clínico

NR-ULSLA-24: Higiene das mãos

Carvalho, A. A. de, Girondi, J. B. R., Sebold, L. F., Amante, L. N., Alvarez, A. G., & Waterkemper, R. (2022). Construção e validação de um instrumento para esterilidade relacionada a eventos de produtos processados para a saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(Suppl 1), e20220081. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0081>

Centers for Disease Control and Prevention. (2024, March 10). Sterilizing practices. <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/disinfection-sterilization/sterilizing-practices.html>

Conselho Executivo do Plano de Reestruturação da Farmácia Hospitalar. (s.d.). Manual da Farmácia Hospitalar. INFARMED, I.P. <https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/manual.pdf>

Fernandes, L. (2018, 13 de dezembro). Reprocessamento de dispositivos médicos e gestão e tratamento de resíduos hospitalares [Apresentação]. ERS – Entidade Reguladora da Saúde. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2412/Workshop2.1.pdf

Garvey, M. (2023). Infecções de saúde associadas a dispositivos médicos: esterilização e o potencial de novas abordagens biológicas para garantir a segurança do paciente. *Revista Internacional de Ciências Moleculares*, 25(1), 201. <https://doi.org/10.3390/ijms25010201>

Instituto Português da Qualidade. (2017). *NP EN ISO 13485:2017. Dispositivos médicos. Sistemas de gestão da qualidade. Requisitos para fins regulamentares* Versão portuguesa da EN ISO 13485:2016).

Instituto Português da Qualidade. (2021). *NR EN ISO 11607-1:2021 - Embalagens para dispositivos médicos para esterilização terminal — Parte 1: Requisitos para materiais, sistemas de barreira estéril e sistemas de embalagem*. <https://www.ipq.pt>

Josephs-Spaulding, J., & Singh, O. V. (2021). Esterilização e reprocessamento de dispositivos médicos na era das bactérias multirresistentes (MDR): Questões e conceitos regulatórios. *Fronteiras em Tecnologia Médica*, 2, 587352. <https://doi.org/10.3389/fmedt.2020.587352>



NRE	NORMA REGULAMENTAR			
	—			Pág. de

Link, T. (2020). Diretrizes na prática: Sistemas de embalagem de esterilização. *Jornal AORN*, 112(3), 248–260.

Mexilhão, I. C., Silva, R. M., & Santos, M. C. (2017). Armazenamento de produtos para saúde estéreis em centros de esterilização hospitalar: Condições e práticas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 812-819. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0239>

Organização Mundial da Saúde. (2016). Descontaminação e reprocessamento de dispositivos médicos para estabelecimentos de saúde. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549851>

International Organization for Standardization. (2021). *Packaging for terminally sterilized medical devices — Part 1: Requirements for materials, sterile barrier systems and packaging systems* (ISO 11607-1:2021). <https://www.iso.org/standard/72704.html>

International Organization for Standardization. (2021). *Packaging for terminally sterilized medical devices — Part 2: Validation requirements for forming, sealing and assembly processes* (ISO 11607-2:2021). <https://www.iso.org/standard/72705.html>

Organização Mundial da Saúde. (2021). Plano de ação global de segurança do paciente 2021–2030: Rumo à eliminação de danos evitáveis nos cuidados de saúde. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>

Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia. (2017). Regulamento (UE) 2017/745 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 5 de abril de 2017, relativo aos dispositivos médicos (JO L 117, pp. 1–175). *Jornal Oficial da União Europeia*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32017R0745>

Portugal. (2024, 11 de março). Diário da República n.º 50/2024, Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/50-2024-854635714>

Portugal. (2024). Decreto-Lei n.º 29/2024, de 5 de abril. Diário da República n.º 76/2024, Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/29-2024-859517101>

República Portuguesa. (2025). Portaria n.º 175/2025, de 11 de abril: Estabelece requisitos mínimos para laboratórios e áreas técnicas, incluindo sistemas de ventilação, aquecimento e ar condicionado

NRE	NORMA REGULAMENTAR		
	—		Pág. de

em espaços de armazenamento de dispositivos médicos. Diário da República, 1.ª série, n.º 73. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/175-2025-914713269>

Rodrigues, A. M. A. (2013). Transporte e armazenamento: Garantia de esterilidade dos dispositivos médicos críticos (Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa). Repositório da Universidade Católica Portuguesa.

Tipple, A., Santos, J., Costa, D., Bouwman, B., & Goulart, D. (2020). Área de armazenamento de produtos para saúde: Repensando a frequência da descontaminação de prateleiras. Ciência, Cuidado e Saúde, 19, e48223. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v19i0.48223>

Vilas-Boas, V. A., Carvalho, A. A. de, Girondi, J. B. R., Sebold, L. F., Amante, L. N., Alvarez, A. G., & Waterkemper, R. (2024). Construção e validação de um instrumento para esterilidade relacionada a eventos de produtos processados para a saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, 77, e20240045. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0045>

NRE	NORMA REGULAMENTAR		
	—		Pág. de

5. ARMAZENAMENTO, ACONDICIONAMENTO E MANIPULAÇÃO DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS ESTÉREIS

5.1. ARMAZENAMENTO

- Área exclusiva: Armazenar os DM's estéreis em área limpa, exclusiva para esse fim. A zona deve ter barreiras físicas que a separa de outras áreas, nomeadamente separada do circuito de sujos ou contaminados.
- Zona com dimensões ajustadas ao número de DM's , evitando a sobreposição ou o aglomerado de DM's estéreis.
- Temperatura: Manter a temperatura ambiente entre 18°C e 24°C, evitando variações bruscas.
- Humidade: Controlar a humidade entre 35% a 60%, para prevenir a degradação das embalagens e proliferação microbiana. Manter os DM's afastados de zonas húmidas (canalizações, torneiras). Deve existir higrómetro com leitura de temperatura e humidade nas zonas de armazenagem dos DM's.

5.2. ACONDICIONAMENTO

- Acondicionar os DM's estéreis organizados por data de esterilização (primeiro a entrar, primeiro a sair – FIFO).
- Separar e identificar os dispositivos por categoria por forma a diminuir a manipulação das embalagens.
- Evitar a sobreposição ou o aglomerado de DM's estéreis.
- Evitar utilização de fitas ou elásticos envolventes nas embalagens.
- Manter os dispositivos embalados/empacotados até ao momento de utilização.
- Verificar periodicamente a integridade das embalagens/pacotes de DM's, de acordo com a periodicidade estipulada pelo serviço tendo por base o a esterilidade relacionada a eventos (quanto maior a incidência de eventos que comprometem a esterilidade, maior a necessidade de verificação).



NRE	NORMA REGULAMENTAR		
	—		Pág. de

5.3. MANIPULAÇÃO

- Os DM's estéreis devem ser transportados em contentor apropriado desde o SEC até ao respetivo serviço cliente.
- Abrir o contentor de transporte na zona de armazenamento de DM's, no momento do seu acondicionamento.
- Higienizar as mãos sempre, antes de qualquer manipulação de pacotes/embalagens de DM estéril de acordo com a NR-ULSLA-24 "Higiene das mãos".
- Não colocar os DM's estéreis em zonas contaminadas (mesas de cabeceira, superfícies de preparação de alimentos, superfícies de preparação de medicação ou bancadas de higienização das mãos).
- Transportar os DM's estéreis em carro ou tabuleiro de inox para transporte de limpos, devidamente higienizado de acordo com NR-ULSLA-18: Descontaminação de Dispositivos Médicos e Equipamento de Uso Clínico.
- Verificar se a embalagem está íntegra, sem sinais de humidade, rasgos ou perfurações antes da utilização. Embalagens danificadas invalidam a esterilidade do conteúdo.
- A abertura da embalagem deve ocorrer apenas em ambiente próximo ao campo estéril e no momento da utilização, evitando a exposição prolongada ao ar ambiente.



NRE	NORMA REGULAMENTAR	
	—	Pág. de

6. APÊNDICES

6.1. APÊNDICE 1 – GRELHA DE VERIFICAÇÃO

[Redacted], E.P.E.				Data
Verificação da Norma Regulamentar – Manutenção da esterilidade dos dispositivos médicos: Armazenamento, acondicionamento e manipulação				/ /
Auditor Coordenador:				Serviço/UF:
Equipa de Auditoria:				
Lista de Verificação da Norma	C	NC	NA	Observações/Evidências
Armazenamento				
1. Área de armazenamento de DM's estéreis, exclusiva para esse fim, com barreiras físicas que a separa de outras áreas.				
2. -Temperatura ambiente entre 18°C e 24°C				
3. Humidade controlada entre 35% a 60%				
4. DM's afastados de zonas húmidas (canalizações, torneiras)				
5. Ventilação e circulação de ar adequada para evitar a acumulação de humidade e odores.				
6. Manutenção regular do sistema AVAC e limpeza das grelhas de ventilação				
7. DM's armazenados sem exposição luz solar direta.				
8. Espaços limpos e descontaminados regularmente, de acordo com as orientações NRE. PCIRA.001: Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção				
9. DM's armazenados sem exposição a correntes de ar intensas.				
10. Acesso a área de armazenamento de DM's restrito com porta de acesso fechada.				
11. Área de armazenamento de DM's com dispensador de SABA na zona de entrada.				
12. Espaço de armazenamento com controlo de pragas.				
13. Armários de armazenamento de DM's fechados.				
14. Estantes de armazenamento de DM's de fácil limpeza e de material não poroso.				
15. DM's estéreis armazenados a pelo menos 20cm do chão, 15 cm do teto e afastados de contacto direto com paredes cerca de 5cm				

NRE	NORMA REGULAMENTAR			
	—		Pág. de	

Acondicionamento				
1. DM's estéreis organizados por data de esterilização (método FIFO).				
2. DM's separados e identificados por categoria.				
3. DM's não sobrepostos ou aglomerados.				
4. DM's embalados/empacotados até utilização.				
5. Registo da observação periódica da integridade das embalagens/pacotes.				
Manipulação				
1. Transporte dos DM's estéreis em contentor apropriado desde o SEC até à Unidade Funcional.				
2. Abertura do contentor de transporte de estéreis na zona de armazenamento de DM's, no momento do seu acondicionamento.				
3. Descontaminação das mãos sempre que manipulam os pacotes/embalagens do dispositivo estéril.				
4. Verificação da embalagem no que diz respeito à integridade, sinais de humidade, rasgos ou perfurações que invalidem a utilização.				
5. Transporte de DM's em carro/tabuleiro de limpos no momento necessário à sua utilização.				
6. Abertura da embalagem/pacote apenas em ambiente próximo ao campo estéril e no momento da utilização.				
	Legenda: C – Conforme NC – Não Conforme NA – Não Aplicável			

**APÊNDICE F –RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO NORMATIVO
HIGIENE AMBIENTAL NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO NA ULS**



AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO NORMATIVO “HIGIENE AMBIENTAL NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO- NRE.PCIRA.001”

RELATÓRIO

Elaborado por	Validado por	Homologado por	Data de homologação	Distribuído a
Ana Rita Galindro (Aluna de Mestrado em Enf. MC na área da PSC) [REDACTED]				[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]



REL	Avaliação de cumprimento normativo		2025
	REL.ABC.XXX_AAAA	Avaliação do cumprimento normativo “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção”	Pág. 1 de 24

ÍNDICE

ACRÓNIMOS/SIGLAS2

1. INTRODUÇÃO3
 - 1.1. ÂMBITO3
 - 1.2. OBJETIVOS3
 - 1.3. EQUIPA AVALIADORA3
 - 1.4. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO3
 - 1.5. PROFISSIONAIS AVALIADOS4
 - 1.6. PLANO DE AUDITORIA4
2. DESCRIÇÃO DAS CONSTATAÇÕES5
 - 2.1. SÍNTESE DAS CONSTATAÇÕES DE AUDITORIA5
 - 2.2. DESCRIÇÃO DAS NÃO CONFORMIDADES5
3. CONCLUSÃO9
4. APÊNDICES10
 - 4.1 -APÊNDICE 1 – REGISTO FOTOGRÁFICO10

REL	Avaliação de cumprimento normativo		2026
	REL.ABC.XXX_2026	Avaliação do cumprimento normativo “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção”	Pág. 2 de 24

ACRÓNIMOS/SIGLAS

AR – Ana Galindro

ECI – Equipa de Controlo de Infeção

EPI – Equipamento de proteção individual

Enfa – Enfermeira

NR – Norma Regulamentar

MS – Margarida Silva

PCI – Precauções de Controlo Infeção

SEC – Serviço de Esterilização Centralizado

TAS – Técnico Auxiliar de Saúde

UL-PPCIRA – Unidade Local de Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

ULS [REDACTED] – Unidade Local de Saúde [REDACTED]



REL	Avaliação de cumprimento normativo		2026
	REL.ABC.XXX_2026	Avaliação do cumprimento normativo “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção”	Pág. 3 de 24

1. INTRODUÇÃO

1.1. ÂMBITO

A ação de avaliação do cumprimento normativo “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção- NRE.PCIRA.001” teve como âmbito o Serviço de Esterilização Centralizado (SEC) [REDACTED] (adiante designada por ULS [REDACTED]).

A avaliação foi realizada em três momentos distintos por forma a sistematizar a observação dos requisitos regulamentares aplicáveis definidos pela Organização.

Mais concretamente, foram observadas as atividades seguintes contempladas na Norma Regulamentar (NR) em avaliação:

- Observação visual da qualidade da higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção na [REDACTED]
- Observação de desempenho da limpeza de rotina
- Avaliação e preenchimento da grelha de auditoria no âmbito de Precauções de Controlo Infeção (PCI)

1.2. OBJETIVOS

Avaliar o grau de cumprimento dos requisitos da NPE.PCIRA 001 no SEC.

1.3. EQUIPA AVALIADORA

[REDACTED] (Enfermeira da UL-PPCIRA)

Ana Rita Moreira Galindro (Aluna do Mestrado em Enfermagem MC na área da PSC)

1.4. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

A avaliação foi realizada em três momentos distintos, recorrendo a métodos como Observação Visual dos locais analisados, observação de desempenho das funcionárias da empresa de limpeza e entrevista à responsável de serviço.

A Enfermeira responsável do SEC foi convidada a acompanhar a avaliação – Observação Visual da Qualidade da Higiene Ambiental na Prevenção e Controlo de Infeção [REDACTED] no entanto optou por

REL	Avaliação de cumprimento normativo		2026
	REL.ABC.XXX_2026	Avaliação do cumprimento normativo “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção”	Pág. 4 de 24

não acompanhar a atividade, considerando que a ausência da sua presença poderia contribuir para que os avaliadores se sentissem mais à vontade durante o processo.

Salvaguarda-se que a avaliação foi previamente combinada com a enfermeira responsável do SEC e comunicado presencialmente às duas responsáveis da empresa de [REDACTED] 1 hora antes da sua realização para que comunicassem da avaliação à(s) funcionária(s) responsáveis pela higienização do SEC.

1.5 PROFISSIONAIS AVALIADOS

Nome	Função
[REDACTED]	Enfermeira Responsável [REDACTED]
Funcionária da equipa de Limpeza	[REDACTED]
Funcionária da equipa de Limpeza	[REDACTED]

1.6 PLANO DE AUDITORIA

Data: 29-10-25					
Local	Hora	Assunto	Responsáveis	Requisitos	Avaliador
SEC	10:30h (20min)	- Apresentação da equipa de avaliação do cumprimento normativo - Apresentação do plano de auditoria	Responsável SEC		MS AG
SEC	10:50h (45min)	Observação visual da qualidade da higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção na ULSLA no SEC (armazém dos limpos, zona receção material, zona de sujos, zona administrativa, copa e balneários)	Responsável SEC		MS AG
SEC	11:35h (30min)	Observação visual da qualidade da higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção na ULSLA no SEC (armazém de estéreis, zona de expedição, armamentário, zona de limpos)	Responsável SEC		MS AG
SEC	13:00h (10 min)	- Apresentação da equipa de avaliação do cumprimento normativo - Apresentação do plano de auditoria	Responsável equipa de limpeza		MS AG
SEC	13:30H (30min)	Observação de desempenho da limpeza de rotina (zona de limpos e estéreis)	Responsável equipa de limpeza		MS AG
SEC	14:00H (30min)	Observação de desempenho da limpeza de rotina (armazém dos limpos, zona receção material, zona	Responsável equipa de		MS AG



REL	Avaliação de cumprimento normativo		2026
	REL.ABC.XXX_2026	Avaliação do cumprimento normativo “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção”	Pág. 5 de 24

		de sujos, zona administrativa, copa e balneários)	limpeza		
SEC	14:45h (20 min)	Avaliação e preenchimento da grelha de auditoria no âmbito de Precauções de Controlo Infeção (PCI)	Responsável SEC		MS AG

2. DESCRIÇÃO DAS CONSTATAÇÕES

2.1 SÍNTESE DAS CONSTATAÇÕES DE AUDITORIA

a) Observação visual da qualidade da higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção na ULS no SEC nomeadamente nas seguintes áreas do serviço:

- Armazém dos limpos, zona receção material, zona de sujos

Foram avaliados 3 requisitos dos quais se observaram:

12 Conformidades, 12 Não Conformidades e 17 Áreas não aplicáveis

- Armazém de estéreis, zona de expedição, armamentário, zona de limpos, zona administrativa, copa e balneários

Foram avaliados 3 requisitos dos quais se observaram:

17 Conformidades, 9 Não Conformidades e 15 Áreas não aplicáveis

b) Observação de desempenho da limpeza de rotina no armazém dos limpos (zona receção material, zona de sujos, zona administrativa, copa, balneários, armazém dos limpos, armazém de estéreis, armamentário, zona de expedição e zona de limpos)

Foram avaliados 7 requisitos dos quais se observaram:

13 Conformidades, 11 Não Conformidades e 3 Áreas não aplicáveis

c) Avaliação e preenchimento da grelha de auditoria no âmbito de Precauções de Controlo Infeção (PCI)

9 Conformidades, 6 Não Conformidades e 0 Áreas não aplicáveis

2.2 DESCRIÇÃO DAS NÃO CONFORMIDADES

REL	Avaliação de cumprimento normativo		2026
	REL.ABC.XXX_2026	Avaliação do cumprimento normativo “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção”	Pág. 6 de 24

Nº	C/NC/OM	Descrição
a) OBSERVAÇÃO VISUAL DA QUALIDADE DA HIGIENE AMBIENTAL NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO NA [REDACTED] NO SEC		
OBSERVAÇÃO VISUAL DA QUALIDADE DA HIGIENE AMBIENTAL NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO NA ULSLA NO SEC <u>Armazém dos limpos, zona receção material, zona de sujos</u>		
1.1	NC	“Tetos e paredes acima do 1.6 m “Teto não integro no armazém de limpos, com queda de água do mesmo. Fig.1
1.5	NC	“Pontos de luz, luminárias de acesso ao doente/ profissional (incluindo interruptores iluminação) “Os interruptores de iluminação do armazém dos limpos encontravam-se com sujidade - Fig.2
1.6	NC	“Calhas técnicas” Calhas técnicas com pó- Fig. 3
1.10	NC	“Janelas e manípulos/ vidros, persianas e manípulos (face interna) “Janela do armazém de limpos visivelmente suja. Fig.4
1.11	NC	“Extintores/Carretel de incêndios /Sinalética existente” Ocluído com adesivo. Fig.5
1.12	NC	“Corrimões/roda pés” com pó. Fig.6
1.13	NC	“Bancadas/Guiché de atendimento ao público (incluindo superfícies de alto toque pelas mãos)” Guiché da zona de máquinas para a zona limpa sujo e janela danificada. Fig.7 – ecrã lavadoras (alto toque) muito sujo. Fig.8
1.20	NC	“Dispensadores de SABA. Não existem doseadores na zona das lavadoras nem na zona de sujos.
1.23	NC	“Sala de Sujos/Zona máquinas de arrastadeiras/Armazém de Resíduos Hospitalares” Sujidade nas portas. Pia de despejos suja. Dossiers administrativos na área de sujos e despejos Fig 9
1.25	NC	“Armazém/Armários de Consumíveis (incluindo superfícies de alto toque pelas mãos) “Prateleiras com pó, prateleiras com detergentes na zona de receção de material com resguardos molhados. Fig. 10
1.26	NC	“Contentores de Resíduos Hospitalares Não Perigosos e/ou Perigosos” Caixote de lixo administrativo não adequado (saco preto sem suporte) e o lixo grupo III sem pedal e aberto na zona de receção de material. Fig. 11
1.29	NC	“Pavimento da área observada” Lixo, água parada em recipiente e pó observado no pavimento no armazém de limpos. Fig. 12
OBSERVAÇÃO VISUAL DA QUALIDADE DA HIGIENE AMBIENTAL NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO NA ULSLA NO SEC:		

REL	Avaliação de cumprimento normativo		2026
	REL.ABC.XXX_2026	Avaliação do cumprimento normativo "Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção"	Pág. 7 de 24

Armazém de estéreis, zona de expedição, armamentário, zona de limpos, zona administrativa, copa e balneários		
1.1	NC	"Tetos e paredes acima do 1.6 m "Teto não integro na área limpa queda de água do mesmo. Fig.13
1.3	NC	"Grelhas de ar (saída e exaustão)" Pó nas grelhas de exaustão. Fig.14
1.4	NC	"Paredes até 1,6m" Fita cola e resíduos de adesivo dispersos nas várias paredes. Fig.15
1.6	NC	"Calhas técnicas" Muito pó nas calhas de ar comprimido. Fig. 16
1.10	NC	"Janelas e manípulos/ vidros, persianas e manípulos (face interna)" Janela da área de expedição danificada.
1.14	NC	"Bancadas de trabalho". Cola dispersa nas bancadas, pó e resíduos nas guilhotinas e nas ligações da mesma. Fig.17
1.19	NC	"Dispensadores de sabão e toalhetes". Sujos Fig.18
1.27	NC	"Vestiário dos profissionais "Cortinas de banho muito sujas e com pó no vestiário masculino, caixas de madeira vazias. Fig. 19
1.28	NC	"Copas e Zona de refeições dos profissionais "Pó nas prateleiras.
1.29	NC	"Pavimento da área observada" Sujidade no corredor administrativo. Fig. 20
b) OBSERVAÇÃO DE DESEMPENHO DA LIMPEZA DE ROTINA NO ARMAZÉM DOS LIMPOS (ZONA RECEÇÃO MATERIAL, ZONA DE SUJOS, ZONA ADMINISTRATIVA, COPA, BALNEÁRIOS, ARMAZÉM DOS LIMPOS, ARMAZÉM DE ESTÉREIS, ARMAMENTÁRIO, ZONA DE EXPEDIÇÃO E ZONA DE LIMPOS)		
1.1	NC	"Tetos e paredes acima de 1,6m" Parede junto da maquina de lavar nº 3 com fita testemunho colada entre a máquina e parede
1.2	NC	"Não contém pertencem pessoais, alimentos ou bebidas" Garrafa de água pessoal no tabuleiro inferior do carrinho
1.3	NC	"O profissional de HA providenciou materiais suficientes para os procedimentos a cumprir (panos de limpeza, produtos, mopas, cabeças de esfregonas)" O profissional levou apenas 1 pano que foi utilizado para toda a área de limpos e estéreis – tratam-se de áreas distintas-)
1.4	NC	"No final os baldes são lavados, desinfetados, secos e guardados invertidos" Os baldes foram lavados mas não foram armazenados invertidos
3.1	NC	"O profissional de HA realiza Higiene das Mãos antes de entrar no quarto/enfermaria" O profissional não higienizou as mãos antes de entrar para a área limpa
3.2	NC	"O profissional de HA realiza Higiene das Mãos após possíveis exposições a fluídos corporais, limpar casas de banhos e remoção de luvas" O profissional não higienizou as mãos após limpeza da área de receção de material contaminado nem após limpeza da casa de banho.

REL	Avaliação de cumprimento normativo		2026
	REL.ABC.XXX_2026	Avaliação do cumprimento normativo “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção”	Pág. 8 de 24

3.3	NC	“O profissional de HA realiza Higiene das Mãos ao sair do quarto/enfermaria” As mãos só foram higienizadas após terminar toda a limpeza do SEC.
5.4	NC	“Os panos são utilizados corretamente: Panos são trocados quando não se encontram saturados, após limpeza de áreas sujas, entre áreas. “ o pano utilizado na área de estéreis foi o mesmo utilizado na área de limpos
5.6	NC	“Os equipamentos/materiais são levantados para facilitar a limpeza de superfícies horizontais.” As seladoras e guilhotinas não foram afastadas para higienização. Pó acumulado.
6.1	NC	“Superfícies de alto contacto são limpas e desinfetadas, se necessário (maçanetas das portas, campainhas, grades das camas, puxadores, etc.)” Puxadores e maçanetas não foram higienizados
6.2	NC	“Todas as superfícies horizontais são limpas” Não foram higienizadas todas as bancadas de trabalho
c) AVALIAÇÃO E PREENCHIMENTO DA GRELHA DE AUDITORIA NO ÂMBITO DE PRECAUÇÕES DE CONTROLO INFEÇÃO (PCI)		
1	NC	“A norma é divulgada nos Serviços/UF e os profissionais de saúde tomaram conhecimento da mesma” Os profissionais e o responsável de serviço desconheciam a NR
4	NC	“O Responsável de Serviço tem conhecimento do programa de limpeza especificado no caderno de encargo”
7	NC	“Os produtos de HA são fornecidos em embalagens de origem e capacidade não superiores a 5L. Os rótulos estão em português com indicação de utilização, composição, diluição, precauções de segurança e prazo de validade (principalmente após diluição)”-Os recipientes não estão identificados com validade, diluições, precauções, letras ilegíveis
11	NC	“As 2 etapas da HA (limpeza e desinfecção) são escrupulosamente cumpridas”
12	NC	“Os profissionais de HA e TAS utilizam o EPI recomendado ao procedimento de HA realizado “Os TAS sim. Área limpa e estéril foi toda higienizada sem utilização de EPI por parte dos profissionais de HA.
14	NC	“ Os profissionais de HA e TAS cumprem as boas práticas em relação às unhas e adornos” Profissionais do SEC e HA com unhas artificiais e adornos.

REL	Avaliação de cumprimento normativo		2026
	REL.ABC.XXX_2026	Avaliação do cumprimento normativo “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção”	Pág. 9 de 24

3. CONCLUSÃO

A análise efetuada permitiu identificar diversas não conformidades no cumprimento dos requisitos normativos de higiene ambiental, com impacto potencial na eficácia das medidas de prevenção e controlo de infeção. Foram verificados défices nos procedimentos de limpeza e desinfeção, bem como lacunas na uniformização e monitorização das práticas realizadas.

Durante a avaliação de desempenho a enfermeira responsável e os TAS do SEC referiram que, contrariamente ao que sucedeu no dia da avaliação, em que a limpeza foi realizada por duas funcionárias de limpeza (Operandus) durante +/- 1h e 45m (cada), habitualmente é realizada apenas por 1 elemento permanecendo no serviço cerca de 1h 30m quando, segundo a instrução de trabalho, o preconizado são dois elementos por 2 horas diárias.

Foi igualmente referido pela Enfermeira Responsável que existem planos de higienização do serviço e dos equipamentos, a serem executados pelos TAS. Contudo, a sua implementação depende da disponibilidade destes profissionais, uma vez que existe permanentemente um volume muito elevado de dispositivos médicos a processar, o que por vezes impede o cumprimento integral do plano de higienização conforme inicialmente previsto.

Torna-se, assim, recomendável o reforço da supervisão por parte dos responsáveis de serviço (ou em quem deleguem), da ECI do serviço e da equipa de coordenação da limpeza, assegurando a correta aplicação dos protocolos institucionais e das normas em vigor.

É igualmente necessária uma maior exigência na execução e validação das atividades de higienização, de modo a garantir a conformidade normativa e a segurança ambiental das instalações de acordo com a sua estratificação de risco ambiental.

Recomenda-se o envolvimento do responsável de serviço (ou em quem delegue), da ECI e do responsável de limpeza, pela monitorização e avaliação da higiene ambiental.

É Recomendável que a responsável de serviço (ou em que delegue) conjuntamente com as responsáveis da limpeza, acordem um determinado número de horas mínimas diárias para a limpeza do SEC, de forma a colmatar a necessidade de higienizarão do serviço de acordo com a instrução de trabalho.

É fundamental que todas os profissionais do SEC possuam conhecimento das instruções de trabalho do serviço e tenham acesso às mesmas sempre que necessário.

Sempre que possível, recomenda-se a afetação de um número definido de profissionais exclusivamente dedicadas ao SCE, de forma a garantir a continuidade e a uniformização dos procedimentos num serviço de elevada especificidade.

A NR “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção” deve ser do conhecimento de todos os profissionais pelo que se recomenda que esteja facilmente consultável e disponível.

O cumprimento rigoroso destes requisitos é fundamental para manter um ambiente seguro, minimizar o risco de transmissão de agentes patogénicos e consolidar a cultura de qualidade e boas práticas em prevenção e controlo de infeção.

REL	Avaliação de cumprimento normativo		2026
	REL.ABC.XXX_2026	Avaliação do cumprimento normativo “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção”	Pág. 10 de 24

4. APÊNDICES

4.1 – REGISTO FOTOGRÁFICO

REL	Avaliação de cumprimento normativo		2026
	REL.ABC.XXX_2026	Avaliação do cumprimento normativo “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção”	Pág. 11 de 24

4.1 – REGISTO FOTOGRÁFICO

Fig. 1 – Teto não inteiro no armazém de limpos, com queda de água do mesmo



Fig. 2 – Os interruptores de iluminação do armazém dos limpos encontravam-se com sujidade



REL	Avaliação de cumprimento normativo		2026
	REL.ABC.XXX_2026	Avaliação do cumprimento normativo “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção”	Pág. 12 de 24

Fig.3 – Calhas técnicas com pó



Fig.4 – Janela do armazém de limpos visivelmente suja



REL	Avaliação de cumprimento normativo		2026
	REL.ABC.XXX_2026	Avaliação do cumprimento normativo “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção”	Pág. 13 de 24

Fig. 5 – Oclusão com adesivo



Fig.6 – Corrimões/roda pés” com pó



Fig.6 – Vidro guiché da zona de máquinas para a zona limpa sujo e janela danificada.



REL	Avaliação de cumprimento normativo		2026
	REL.ABC.XXX_2026	Avaliação do cumprimento normativo “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção”	Pág. 14 de 24

Fig.8 – Ecrã lavadoras (alto toque) muito sujo

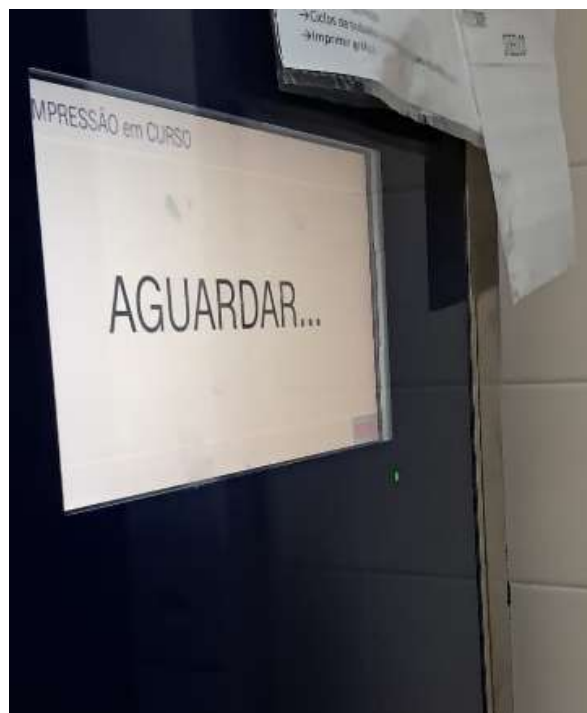


Fig.9 –Pia de despejos suja. Sujidade nas portas.



REL	Avaliação de cumprimento normativo		2026
	REL.ABC.XXX_2026	Avaliação do cumprimento normativo “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção”	Pág. 15 de 24

Fig.10 – Prateleiras com pó, prateleiras com detergentes na zona de receção de material com resguardos molhados



Fig.11 – Contentor de Resíduo Saco Branco (triagem grupo III) sem pedal e aberto na zona de receção de material



REL	Avaliação de cumprimento normativo		2026
	REL.ABC.XXX_2026	Avaliação do cumprimento normativo “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção”	Pág. 16 de 24

Fig.12 – Lixo, água parada em recipiente e pó observado no pavimento no armazém de limpos



REL	Avaliação de cumprimento normativo		2026
	REL.ABC.XXX_2026	Avaliação do cumprimento normativo “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção”	Pág. 17 de 24

IMAGENS DE SITUAÇÕES ENCONTRADAS – EXTRA REFERADAS AO LONGO DA AVALIAÇÃO



Restos de adesivo na parede, toda a matéria fica agarrada ao mesmo e não permite a correta higienização



Ficha com pó – Risco de dispersão pelo ar, DM



Mancha Chão

REL	Avaliação de cumprimento normativo				2026
	REL.ABC.XXX_2026	Avaliação do cumprimento normativo “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção”			Pág. 18 de 24



Maquina de Corte de Manga – cheia de Pó e resíduos (não foi limpa no inicio do turno) A utilizar/cortar as mangas alto risco de transferência de resíduos para a manga



Queda de água do teto para a bancada na Zona de Limpos – Alto Risco de Contaminação do DM/Mangas.

REL	Avaliação de cumprimento normativo		2026
	REL.ABC.XXX_2026	Avaliação do cumprimento normativo “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção”	Pág. 19 de 24



Grelha cheia de algodão por cima das Máquinas
– Zona de Limpos



Restos de adesivo na parede

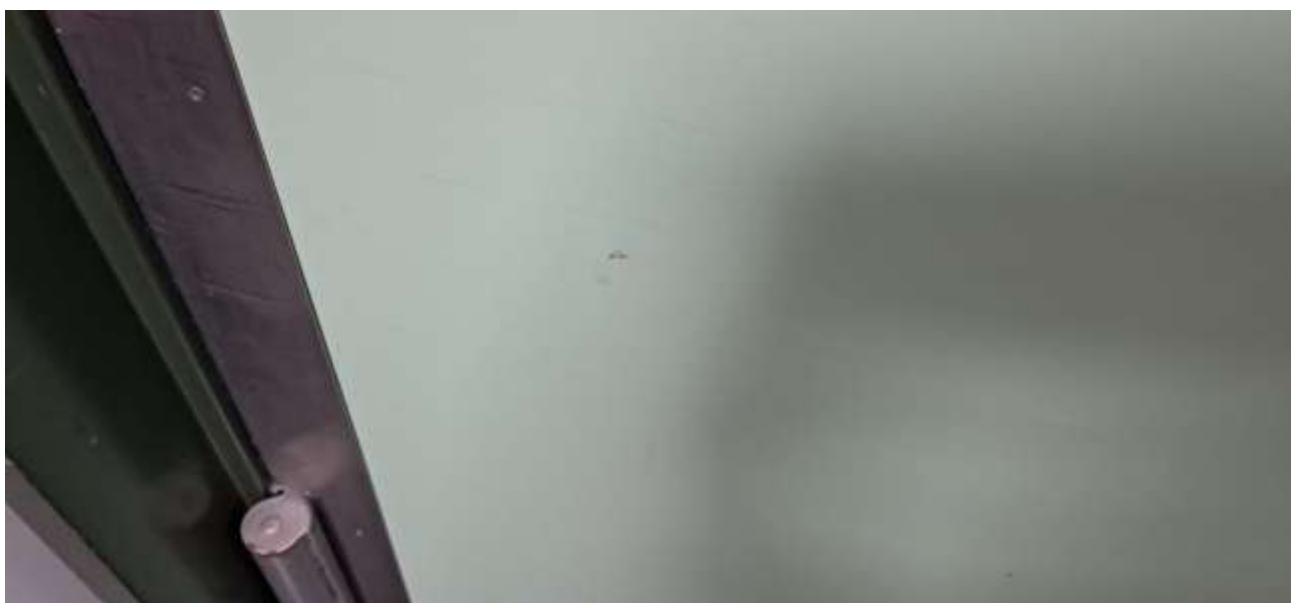


Restos de adesivo nas bancadas de preparação de DM – Zona de Limpos

REL	Avaliação de cumprimento normativo		2026
	REL.ABC.XXX_202 6	Avaliação do cumprimento normativo “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção”	Pág. 20 de 24



Parede e Maquina de Lavar com Adesivos – Zona de Limpos



Porta da Zona de Lavagem de Carros com manchas (Sangue) – apos a Limpeza do Serviço

REL	Avaliação de cumprimento normativo		2026
	REL.ABC.XXX_2026	Avaliação do cumprimento normativo “Higiene ambiental na prevenção e controlo de infeção”	Pág. 21 de



Cortina de Duche – Casa de Banho do Homens e Mulheres Feminina



Suporte de Sabão nos Lavatórios das Casas de Banho



Frasco na Casa de Banho dos Homens



Frasco na Casa de Banho dos Mulheres



Vestuário Masculino

ANEXOS

**ANEXO A – CERTIFICADO DO *WEBINAR* ÉTICA E DEONTOLOGIA NA PRÁTICA
PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS DOS AÇORES**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA RITA MOREIRA GALINDRO

membro nº **65128** desta Ordem, participou no(a) **"WEBINAR - Ética e Deontologia na prática profissional dos Enfermeiros dos Açores"**, realizado no dia **16 de Janeiro de 2026**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Ponta Delgada, 16 de Janeiro de 2026

Presidente do Conselho Directivo Regional

Pedro Soares

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 Atividades Formativas.

**ANEXO B – CERTIFICADO DA FORMAÇÃO “REGIME GERAL DE PREVENÇÃO
DA CORRUPÇÃO E GESTÃO DE RISCOS”**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que a **Ana Rita Moreira Galindro**, frequentou a formação Regime Geral de Prevenção da Corrupção e Gestão de Riscos, com a duração de 2 horas, no dia 25 de junho de 2025.

, 12 de janeiro de 2026





Presidente do Conselho de Administração

ANEXO C- CERTIFICADO DA FORMAÇÃO “CANAL DE DENÚNCIAS DA ULS



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

[REDACTED]

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que a **Ana Rita Moreira Galindro**, frequentou a formação Canal de Denúncias da U[REDACTED] – Apresentação e esclarecimentos, com a duração de 60 minutos, no dia 04 de novembro de 2025.

[REDACTED] 12 de janeiro de 2026

[REDACTED]

[REDACTED]

Presidente do Conselho de Administração

ANEXO D- NOMEAÇÃO DE ELO PARA O RISCO



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Circular Informativa

De: Conselho de Administração

Para: Todos

N.º 101

Data: 2025-12-09

Assunto: Atualização - Elos para o Risco/Grupo Operacional local - Pontos Focais Locais

De acordo com a proposta apresentada pela Senhora Presidente da Comissão da Qualidade e Segurança, foi deliberado pelo Conselho de Administração em reunião datada de 04/12/2025, atualizar a lista nominal de profissionais - Elos de Ligação para o Risco e Pontos Focais Locais, que ficará assim constituída pelos seguintes elementos:

Elos de Ligação para o Risco / Pontos Focais Locais	
Serviço/UF	Elo – Ponto Focal Local
Bloco Operatório	[REDACTED]
Cardiopneumologia	
Central de Esterilização	- Ana Rita Moreira Galindro - Enfermeira
Centro de Saúde de Alcácer	[REDACTED]
Centro de Saúde de [REDACTED]	
Centro de Saúde de [REDACTED]	
Centro de Saúde de [REDACTED]	
USF [REDACTED]	
Centro de [REDACTED]	
Consulta Externa	
Exames Especiais	
Unidade de Medicina Ambulatória	
Hospital de Dia	
Imagiologia CSP	

**ANEXO E- CERTIFICADO DE FORMADORA DA FORMAÇÃO O ERRO
TERAPÊUTICO: BARREIRAS À ADMINISTRAÇÃO SEGURA E ESTRATÉGIAS DE
REDUÇÃO**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que a **Ana Rita Moreira Galindro**, foi formadora na ação de formação Atualizar e Uniformizar... Para Melhorar... - O Erro Terapêutico: Barreiras à administração segura e estratégias de redução, com a duração de 60 minutos, no dia 22 de janeiro de 2026.

23 de fevereiro de 2026

Presidente do Conselho de Administração



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que a **Ana Rita Moreira Galindro**, foi formadora na ação de formação Atualizar e Uniformizar... Para Melhorar... - O Erro Terapêutico: Barreiras à administração segura e estratégias de redução , com a duração de 60 minutos, no dia 28 de janeiro de 2026.

[Redacted Signature], 23 de fevereiro de 2026

[Redacted Signature]
[Redacted Name]
Presidente do Conselho de Administração

ANEXO F- CERTIFICADO DO CURSO “COMUNICAR COM CLAREZA

Comunicar com Clareza



EMITIDO EM:
maio 17, 2025

NÚMERO ID DO CERTIFICADO:
d69ea7006a9a49b8ada9db6b78e7ca13



CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Rita Moreira Galindro, com Cartão Cidadão número 13235785 concluiu com sucesso o curso "**Comunicar com Clareza**" com uma duração estimada de 25 horas.



(Miguel Crespo)
Diretor do Cenfor

<https://ims.nau.edu.pt/xerf/courses/0565ea7006a9a49b8ada9db6b78e7ca13>

Plataforma MAU 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](#).

ANEXO G – CERTIFICADO DO CURSO “ETIQUETA E COMUNICAÇÃO DIGITAL

Etiqueta e Comunicação
Digital

EMITIDO EM:
maio 17, 2025

NÚMERO ID DO CERTIFICADO:
9e84d8a65d4a4ae6be86a9bd99634b5

arte
AGÊNCIA PARA
A REFORMA
DIGITAL DO ESTADO

ACADEMIA
PORTUGAL
DIGITAL

fct
nau

CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Rita Moreira Galindro, com Cartão Cidadão número 13235785 concluiu o curso **Etiqueta e Comunicação Digital**, da Academia Portugal Digital, com uma duração estimada de 3 horas.

(Eng. Manuel Dias)

CTO do Estado e Presidente do Conselho Diretivo da ARTE

Conteúdo do Curso:

Módulo 1: Princípios básicos da comunicação digital | Módulo 2: Canais de comunicação e formas de comunicar | Módulo 3: Adaptação da comunicação | Módulo 4: Etiqueta na comunicação digital | Módulo 5: Reputação e imagem online | Módulo 6: Gestão de conflitos online | Módulo 7: Desafios da comunicação em equipas remotas

Curso financiado por:

Plataforma NAU cofinanciada por:

PRR
Plano de Recuperação
e Resiliência

REPÚBLICA
PORTUGUESA

Financiado pela
União Europeia
NextGenerationEU

Este certificado é uma prova de aprendizagem e término do curso. Para mais informações visite [a página sobre Política de Certificação da NAU](#).

<https://nau.edu.pt/certificados/9e84d8a65d4a4ae6be86a9bd99634b5>

**ANEXO H-CERTIFICADO DA FORMAÇÃO “COLABORAÇÃO E COOPERAÇÃO
EM EQUIPA DA ERA DIGITAL**



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que o(a) Ana Galindro concluiu a formação Digital Learning | Colaboração e Cooperação em equipa na era digital, com a duração estimada de 4 horas, promovido pela SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E..

Lisboa, 06 de abril de 2025



Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.
Av. P da República, n.º 61 - 1050-189 Lisboa | Portugal
www.spms.gov.pt

**ANEXO I- CERTIFICADO DO CURSO DE QUALIDADE E SEGURANÇA EM
SAÚDE**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

[Redacted]

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que a **Ana Rita Moreira Galindro**, frequentou a formação 2 Edição do Curso de Qualidade e Segurança em Saúde na ULSLA, com a duração de 14 horas, nos dias 09 e 10 de julho de 2025.

[Redacted]

de janeiro de 2026

[Redacted]

[Redacted]

Presidente do Conselho de Administração

**ANEXO J- DECLARAÇÃO DE MEMBRO RESPONSÁVEL PELO SISTEMA DE
GESTÃO E QUALIDADE**

-----DECLARAÇÃO-----

--[REDACTED] responsável pelo Serviço de Esterilização Centralizado da
Unidade Local de Saúde de [REDACTED] E.P.E.-----
-

--Declara que Ana Rita Moreira Galindro é corresponsável pela qualidade, no âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade da certificação pela NP EN ISO 13485 desde 13 de abril de 2024 até à presente data. -----

--Por ser verdade e ter sido pedida se passa a presente declaração datada e assinada-----

[REDACTED] 19 de fevereiro de 2025



**ANEXO K- CERTIFICADO DE 1º PRÉMIO DE COMUNICAÇÃO LIVRE
WEBINAR “DESAFIOS GLOBAIS: SINERGIAS PROFISSIONAIS”**



**ANEXO L-ARTIGO PUBLICADO NO LIVRO DE RESUMOS DO *WEBINAR*
“DESAFIOS GLOBAIS: SINERGIAS PROFISSIONAIS”**

DESAFIOS GLOBAIS: SINERGIAS PROFISSIONAIS	ANCI
Resultados: A implementação do plano trouxe melhorias significativas. A adesão à higienização das mãos dos profissionais na entrada da zona limpa do SEC, aumentou de 22,9% para 83,7%, contribuindo para a redução da probabilidade de transmissão cruzada. A frequência da formação triplicou, abrangendo 100% da equipa face a período homólogo. No que respeita à avaliação microbiológica, todas as amostras de ar apresentaram resultados ≤ 100 UFC/m³, reunindo condições para integrar 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 redução significativa da carga microbiana e reforçam a segurança do serviço. Conclusão: O plano de prevenção e controlo de infeção demonstrou eficácia no SEC da UL2LA, traduzindo-se no aumento da adesão às boas práticas de higiene e no cumprimento rigoroso dos parâmetros microbiológicos. O impacto positivo inclui redução do risco de IACS e RAM, promovendo maior segurança e qualidade do serviço. Para manter os resultados é necessária continuidade das medidas, com ênfase na formação, auditorias regulares e monitorização sistemática, consolidando práticas seguras e sustentáveis. Palavras-Chave: Central de Esterilização e de Matérias; Gestão de Qualidade Total; Infeção Hospitalar; Resistência Microbiana a Medicamentos; Higiene	Referências: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. (2022). Referencial3: Controlo ambiental e higienização nas unidades de saúde. https://www.ar.vt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2022/11/PPCIRA_Referencial-3_-_ControloAmbientalHigienizacaoUnidSaude_13maio.pdf 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 Pereira, R. E. (2011). Metodologia da planeamento regional de saúde: uma proposta (Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública). https://run.unl.pt/handle/10362/9583 Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE. (2024). Relatório de controlo microbiológico: Cirurgia do Ambulatório e Central de Esterilização (Ref. 0915/2024). Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH), Litoral Alentejano, Portugal. World Health Organization, & Pan American Health Organization. (2016). Decontamination and reprocessing of medical devices for health-care facilities. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/250232
Plano de Prevenção e Controlo de Infeção no Serviço de Esterilização Central: Um Projeto de Melhoria Contínua ANA RITA MOREIRA GALINDRO; ANA CRISTINA PEQUITO PEREIRA; ANA ISABEL DA ROSA TIQUE AMADO; FILIPA FERREIRA DE MATOS DIAS; INÊS ISABEL PEREIRA PITEIRA; JOANA ISABEL RAMALHINHO	Introdução: As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e a Resistência aos Antimicrobianos (RAM) são desafios globais que aumentam a morbilidade, prolongam os internamentos e custos. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026 foca-se na cultura de segurança e implementação de práticas seguras, com ações para reduzir as IACS e RAM. O Serviço de Esterilização Centralizado (SEC) da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano tem como objetivo fornecer dispositivos médicos reprocessados e seguros para uso clínico, reduzindo o risco de infeção cruzada entre doentes e profissionais de saúde. Sendo considerado zona de alto risco ambiental, exige medidas rigorosas de prevenção e controlo de infeção. Neste contexto, foi elaborado um plano de intervenção integrado no Sistema de Gestão da Qualidade, após avaliação microbiológica do ar e superfícies que identificou crescimento de <i>Staphylococcus aureus</i> metilicina sensível acima dos valores recomendados. Objetivo: O objetivo geral foi 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. Metodologia: O projeto adota o planeamento em saúde, definindo prioridades com métodos e critérios ajustados ao contexto. O plano, com duração de 12 meses, estruturou-se em quatro fases: 1) Diagnóstico inicial, com análises microbiológicas do ar e superfícies, e auditorias à prática de higiene das mãos; 2) Implementação de protocolos de limpeza e desinfeção, ajustados ao grau de risco com auditorias regulares; 3) Formação contínua dos profissionais, focada nas PBCE e técnicas adequadas de higiene; 4) Monitorização regular, por colheitas microbiológicas e intervenção imediata em caso de desvios. Foram promovidas campanhas visuais e feedback institucional para reforço de boas práticas. Indicadores avaliados incluíram adesão à higiene das mãos, frequência de formação e resultados microbiológicos.
DESAFIOS GLOBAIS: SINERGIAS PROFISSIONAIS	ANCI
WWW.ANCI.PT	8/14
ANCI.GERAL@GMAIL.COM	

**ANEXO M- FORMAÇÃO “SISTEMAS DE GESTÃO DOCUMENTAL DA
QUALIDADE”**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que a **Ana Rita Moreira Galindro**, frequentou a formação Sistemas de Gestão Documental da Qualidade, com a duração de 60 minutos, no dia 29 de maio de 2025.

 2 de janeiro de 2026





Presidente do Conselho de Administração

ANEXO N –WEBINAR - DESAFIOS DA GESTÃO EM ENFERMAGEM



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA RITA MOREIRA GALINDRO

membro nº 65128 desta Ordem, participou no(a) "Webinar - Desafios da Gestão em Enfermagem", realizado no(s) dia(s) no dia 27 de Janeiro de 2026, com duração total de 2h, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex".

Lisboa, 27 de Janeiro de 2026

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 O-CERTIFICADO DO CURSO DE “SUPERVISÃO CLÍNICA EM
ENFERMAGEM”**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que a **Ana Rita Moreira Galindro**, frequentou a 2ª Edição do Curso de Supervisão Clínica em Enfermagem, com a duração de 14 horas, nos dias 27 e 28 de maio de 2025.

Santiago do Cacém, 12 de janeiro de 2026



Presidente do Conselho de Administração

**ANEXO P- CERTIFICADO DE PRESENÇA NA “SESSÃO (IN)FORMATIVA SOBRE
ACREDITAÇÃO E IDONONIDADE FORMATIVA”**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

L [REDACTED]

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que a **Ana Rita Moreira Galindro**, frequentou a formação Sessão de (In) formativa sobre Acreditação e Idoneidade Formativa em Contexto da Ordem dos Enfermeiros na ULSLA, com a duração de 2 horas, no dia 15 de setembro de 2025.

[REDACTED] 2 de janeiro de 2026

[REDACTED]

C [REDACTED]

Presidente do Conselho de Administração

**ANEXO Q-NOMEAÇÃO DE JÚRI PARA “ABERTURA DE MANIFESTAÇÃO
INTERNA DE INTERESSE PARA A CONSTITUIÇÃO DE LISTA SERIADA DE
ENFERMEIROS PARA A EQUIPA DE ENFERMAGEM DA ESCALAS DE
PREVENÇÃO DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DA PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA”**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Enfermeira Diretora da Unidade Local de Saúde do

---Certifica a pedido da Enfermeira Ana Rita Moreira Galindro, colocada no Serviço de Esterilização, que: ---

---A Enfermeira foi nomeada como 1ª Vogal Suplente do Júri para "Abertura de Manifestação Interna de Interesse para constituição de Lista Seriada de Enfermeiros para a Equipa de Enfermagem da Escala de Prevenção de Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica" da Unidade Local de Saúde Entidade Pública Empresarial, nomeado pelo Enfermeiro Gestor o dia 15 de novembro de 2024. --

---Por ser verdade e ter sido pedida se passa a presente declaração que vai devidamente assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta Instituição. ---

---Serviço de Gestão de Pessoas da Unidade Local de Saúde do EPE, aos dez dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e cinco. ---

A Enfermeira Diretora, ---

SGP/MP

ANEXO R- CERTIFICADO DO “*WORKSHOP* LIDERANÇA HUMANIZADA



Workshop Liderança Humanizada

Certificado de Participação

Certifica-se para os devidos efeitos que,

Ana Rita Galindro

participou no Workshop de Liderança Humanizada nos dias 04, 07 e 09 de setembro de 2025, com a duração total de 4 horas e 30 minutos.

Cruz Quebrada, setembro de 2025,



CARLA RESENDE
Formadora e Instrutora Online certificada
pela DGERT (F649031/2016)

carlaresende.com | info@carlaresende.pt

Made for free with Certify'em

**ANEXO S – CERTIFICADO DO CURSO “FUNDAMENTOS DE FELICIDADE
ORGANIZACIONAL**



CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Rita Moreira Galindro, com Cartão Cidadão número 13235785 concluiu o curso "**Fundamentos da Felicidade Organizacional**" com uma duração estimada de 7 horas.

(Madalena Carey)
Executive Director
Happiness Business School



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

**ANEXO T- CERTIFICADO DE FORMADORA DO CURSO “NOÇÕES BÁSICAS DE
PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO-COLOCAÇÃO DOS DOENTES,
HIGIENE AMBIENTAL ETIQUETA RESPIRATÓRIA, RESÍDUOS
HOSPITALARES”**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que a **Ana Rita Moreira Galindro**, foi formadora na ação no Curso Noções Básicas de Prevenção e Controlo de Infecção – Colocação dos doentes, Higiene Ambiental, Etiqueta Respiratória, Resíduos Hospitalares, com a duração de 3 horas, no dia 22 de outubro de 2025.

[Redacted], 12 de janeiro de 2026

[Redacted]

[Redacted]

Presidente do Conselho de Administração

**ANEXO U- CERTIFICADO DO “CURSO DE FORMAÇÃO, QUALIDADE E
SEGURANÇA DE CUIDADOS**

Formação, Qualidade e
Segurança de Cuidados



EMITIDO EM:
setembro 10, 2024

NÚMERO ID DO CERTIFICADO:
5c80f6b122d84d1986e2db5b21fe8d03



CERTIFICADO

Certifica-se que ANA RITA MOREIRA GALINDRO concluiu o curso **"Formação, Qualidade e Segurança de Cuidados"**, com nota de **75.0%**, com 2 ECTS e tempo de contacto de 20 horas. Este programa formativo está integrado na "Platform for Global Health", iniciativa apoiada pelo PRR – Programa de Recuperação e Resiliência e pela União Europeia – Fundo Next Generation EU



(António Luís Carvalho)
Presidente
Escola Superior de Enfermagem do Porto





A pessoa mencionada neste certificado completou todas as atividades relativas ao curso em questão. Para mais informações sobre Certificação na plataforma NAU e requisitos para a sua obtenção visite nau.edu.pt/nau/publica-obtencao. Este certificado é uma prova de aprendizagem, não tendo qualquer validade formal como prova de qualificação ou como formação conferente de grau.

ANEXO V – CERTIFICADO DO CURSO “COOPERAÇÃO E TRABALHO EM EQUIPA



SPMS_{EPE}

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que ANA RITA MOREIRA GALINDRO natural de Santiago do Cacém nascida em 18/02/1987, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 13235785 válido até 03/08/2031, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Cooperação e Trabalho em Equipa, em 14/06/2024, com a duração de 20:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Cooperação e Trabalho em Equipa	20:00	-

Lisboa, 22 de junho de 2024

O(A) Responsável pelo(a) SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.

Jaucha Carreira

(Assinatura e selo branco ou carimbo)

Certificado n.º 310/2024 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

**ANEXO W- CERTIFICADO DO CURSO “TRANSFORMAR A COMUNICAÇÃO EM
RESULTADOS”**

Transformar a Comunicação
em Resultados



CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Rita Moreira Galindro, com Cartão Cidadão número 13235785 concluiu com sucesso o curso **"Transformar a Comunicação em Resultados"** com uma duração estimada de 25 horas.


(Miguel Crespo)
Diretor do Cenjor



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://nau.edu.pt/pt/certificacao).

EMITIDO EM:
setembro 28, 2025

NÚMERO ID DO CERTIFICADO:
0f618cdc2b904fc7ad7e8aec14df4bbd

<https://nau.edu.pt/pt/certificacao/0f618cdc2b904fc7ad7e8aec14df4bbd>

**ANEXO X – CERTIFICADO DO CURSO “ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE
SAÚDE NO TRABALHO”**

Estratégias promotoras de
saúde no trabalho

PRR

Plano de Recuperação e Resiliência

PRR

Plano de Recuperação e Resiliência

Financiado pela União Europeia

NextGenerationEU

Financiado pela União Europeia

NextGenerationEU

PRR

Plano de Recuperação e Resiliência

PRR

Plano de Recuperação e Resiliência

Financiado pela União Europeia

NextGenerationEU

Financiado pela União Europeia

NextGenerationEU

PRR

Plano de Recuperação e Resiliência

PRR

Plano de Recuperação e Resiliência

Financiado pela União Europeia

NextGenerationEU

Financiado pela União Europeia

NextGenerationEU

PRR

Plano de Recuperação e Resiliência

PRR

Plano de Recuperação e Resiliência

Financiado pela União Europeia

NextGenerationEU

Financiado pela União Europeia

NextGenerationEU

PRR

Plano de Recuperação e Resiliência

PRR

Plano de Recuperação e Resiliência

Financiado pela União Europeia

NextGenerationEU

Financiado pela União Europeia

NextGenerationEU

PRR

Plano de Recuperação e Resiliência

PRR

Plano de Recuperação e Resiliência

Financiado pela União Europeia

NextGenerationEU

Financiado pela União Europeia

NextGenerationEU

PRR

Plano de Recuperação e Resiliência

PRR

Plano de Recuperação e Resiliência

Financiado pela União Europeia

NextGenerationEU

Financiado pela União Europeia

NextGenerationEU

PRR

Plano de Recuperação e Resiliência

PRR

Plano de Recuperação e Resiliência

Financiado pela União Europeia

NextGenerationEU

Financiado pela União Europeia

NextGenerationEU

**ANEXO Y –CERTIFICADO DO CURSO “INTRODUÇÃO À INTELIGÊNCIA
ARTIFICIAL”**

Introdução à Inteligência Artificial

ISSUED ON:
September 22, 2025
CERTIFICATE ID NUMBER:
eebe5a06558349f98af462a4e6c15db5

arte | AGENCIA PARA
A REFORMA
DIGITAL DO MUNDO

ACADEMIA
PORTUGAL
DIGITAL

fct
nau

CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Rita Moreira Galindro, com Cartão Cidadão número 13235785 concluiu o curso **Introdução à Inteligência Artificial**, da Academia Portugal Digital, com uma duração estimada de 3 horas.

(Eng. Manuel Dias)

CTO do Estado e Presidente do Conselho Diretivo da ARTE

Conteúdo do Curso:

Módulo 1: O que é Inteligência Artificial? | Módulo 2: Exemplos de IA no dia a dia: reconhecimento facial em smartphones, recomendação de filmes/músicas, assistentes virtuais. | Módulo 3: Como funciona a aprendizagem da IA? | Módulo 4: Tipos de aprendizagem em IA | Módulo 5: Introdução a Redes Neurais Artificiais e Deep Learning | Módulo 6: Exemplos práticos | Módulo 7: O que é o Processamento de Linguagem Natural (PLN) | Módulo 8: Aplicações práticas do PLN (exemplos) | Módulo 9: Por que é importante a ética na IA? | Módulo 10: Principais questões éticas | Módulo 11: Reflexões sobre o futuro

Curso financiado por:

Plataforma NAU cofinanciada por:

Financiado pela
União Europeia
NextGenerationEU

This certificate is an evidence of learning and course completion. For more information, please visit [the NAU Certification Policy](https://nau-certification-policy.pptx).

https://nau-certification-policy.pptx?e505558349f98af462a4e6c15db5

**ANEXO Z – CERTIFICADO DO CURSO “IMPORTÂNCIA DAS COMPETÊNCIAS
DIGITAIS EM PROFISSÕES NÃO DIGITAIS”**

Importância das Competências Digitais em Profissões não Digitais





AGÊNCIA ANA
ALGARVE
DO ESTADO





CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Rita Moreira Galindro, com Cartão Cidadão número 13235785 concluiu o curso **Importância das Competências Digitais em Profissões não Digitais**, da Academia Portugal Digital, com uma duração estimada de 3 horas.



(Eng.º Manuel Dias)
CTO do Estado e Presidente do Conselho Diretivo da ARTE

Conteúdo do Curso:
Módulo 1: A Transversalidade das Competências Digitais no Mercado de Trabalho | Módulo 2: Impacto das Competências Digitais em Profissões Não Digitais | Módulo 3: Principais Áreas de Competências Digitais | Módulo 4: Literacia Digital e de Informação | Módulo 5: Segurança e Privacidade | Módulo 6: Comunicação e Colaboração Digital | Módulo 7: Criação de Conteúdos | Módulo 8: Sistemas Inteligentes | Módulo 9: Desenvolvimento de Soluções | Módulo 10: Novas Tecnologias Emergentes no Mercado de Trabalho Futuro | Módulo 11: Reskilling e Upskilling Contínuo | Módulo 12: Ferramentas e Estratégias para a Autoaprendizagem

Curso financiado por:
Plataforma NAU cofinanciada por:
 **PRR** Plano de Recuperação e Resiliência
 **REPÚBLICA PORTUGUESA**
 **Financiado pela União Europeia**
NextGenerationEU



EMITIDO EM:
setembro 12, 2025

NÚMERO ID DO CERTIFICADO:
24d0ae1efcc44860a46ebfe589642d93

<https://ons.nau.edu.pt/certificados/?id=ae1efcc44860a46ebfe589642d93>

Este certificado é uma prova de aprendizagem e término do curso. Para mais informações visite a [página sobre Política de Certificação da NAU](#).

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus Universidade de Évora

230

**ANEXO AA- CERTIFICADO DA FORMAÇÃO “INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA
SAÚDE: ABORDAGEM INTRODUTÓRIA PARA PROFISSIONAIS”**



Certificado

Certifica-se que **Ana Rita Moreira Galindro**, com o nº de identificação **13235785** concluiu na Universidade de Évora o **Curso de formação em Inteligência Artificial na Saúde: Abordagem Introdutória para Profissionais**, num total de **26 horas**, correspondente a **1 ECTS**, no período de **11/11/2025** a **18/11/2025**, com a classificação final de **20 valores**.

Universidade de Évora, 9 de janeiro de 2026

Os Serviços Académicos da Universidade de Évora

Assinado por: **Maria Alexandra Belo Ramos**
Certificado por: **Diário da República**
Atributos certificados: **Diretora dos Serviços Académicos - Universidade de Évora**



Código de verificação do certificado: **ff549c2a3fb-c66262003c374e210964ed10452f**

Para verificação de autenticidade do certificado acesse ao site <https://sissuc2.u-evora.pt/validar> e introduza o código acima mencionado.
Verifique se o documento obtido corresponde a este certificado.



Financiado pela
União Europeia
NextGenerationEU

**ANEXO AB - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO EVENTO DO DIA
INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO “INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E
INOVAÇÃO NO CUIDAR E ENFERMAGEM”**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

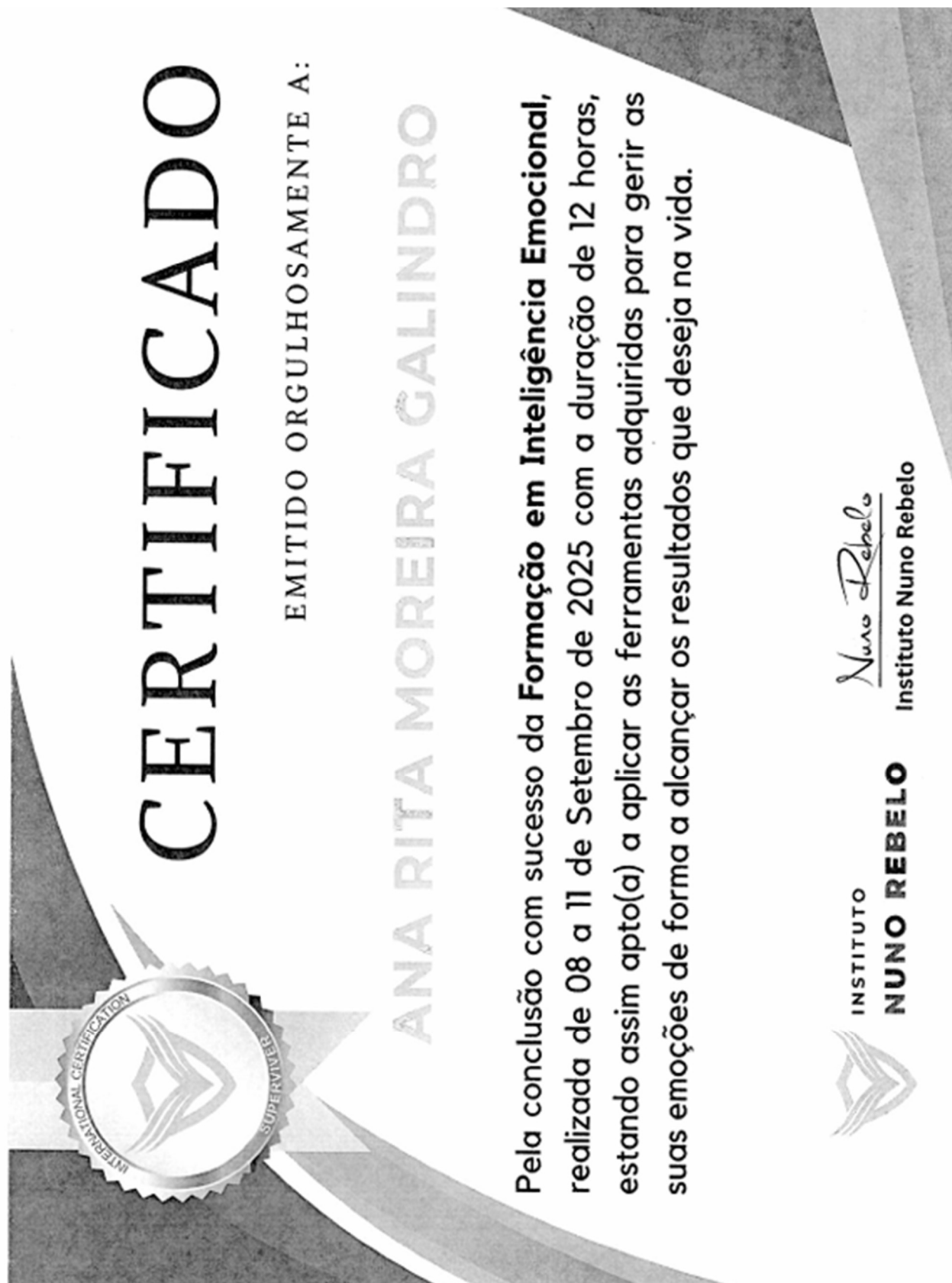
DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que a **Ana Rita Moreira Galindro**, frequentou o Dia Internacional do Enfermeiro “Inteligência Artificial e Inovação no Cuidar e Enfermagem”, com a duração de 2 horas e 30 minutos, no dia 12 de maio de 2025.

[Redacted], 12 de janeiro de 2026

[Redacted]
[Redacted]
Presidente do Conselho de Administração

**ANEXO AC – CERTIFICADO DA “FORMAÇÃO EM INTELIGÊNCIA
EMOCIONAL”**



**ANEXO AD – CERTIFICADO DO 1º CONGRESSO ENFERMAGEM ESTILO DE
VIDA “CUIDAR COM PROPÓSITO E VISÃO SUSTENTÁVEL”**



CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Rita Ana Rita Galindro**, participou **1º Congresso ENFERMAGEM ESTILO DE VIDA: Cuidar com Propósito e Visão Sustentável**, uma iniciativa da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora, de âmbito nacional, reuniu uma rede multidisciplinar de investigadores, docentes, estudantes e profissionais de saúde e decorreu no dia 06 de Outubro de 2025.

Évora, 07 Outubro de 2025



Anabela Pereira Coelho

Professora Doutora Anabela Coelho
Comissão Organizadora do 1º Congresso ENFERMAGEM ESTILO DE VIDA: Cuidar com Propósito e Visão Sustentável

ANEXO AE– WEBINAR "DESAFIOS DO MERCADO DE TRABALHO 2025"



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA RITA MOREIRA GALINDRO

membro nº **65128** desta Ordem, esteve presente no Webinar dinamizado pela Secção Regional da Madeira da Ordem dos Enfermeiros: **"Desafios do Mercado de Trabalho 2025"**, realizado no dia **18 de Setembro de 2025**, com duração total de **2h30**, no(a) **Plataforma online Cisco Webex**.

Funchal, 18 de Setembro de 2025

Presidente do Conselho Directivo Regional

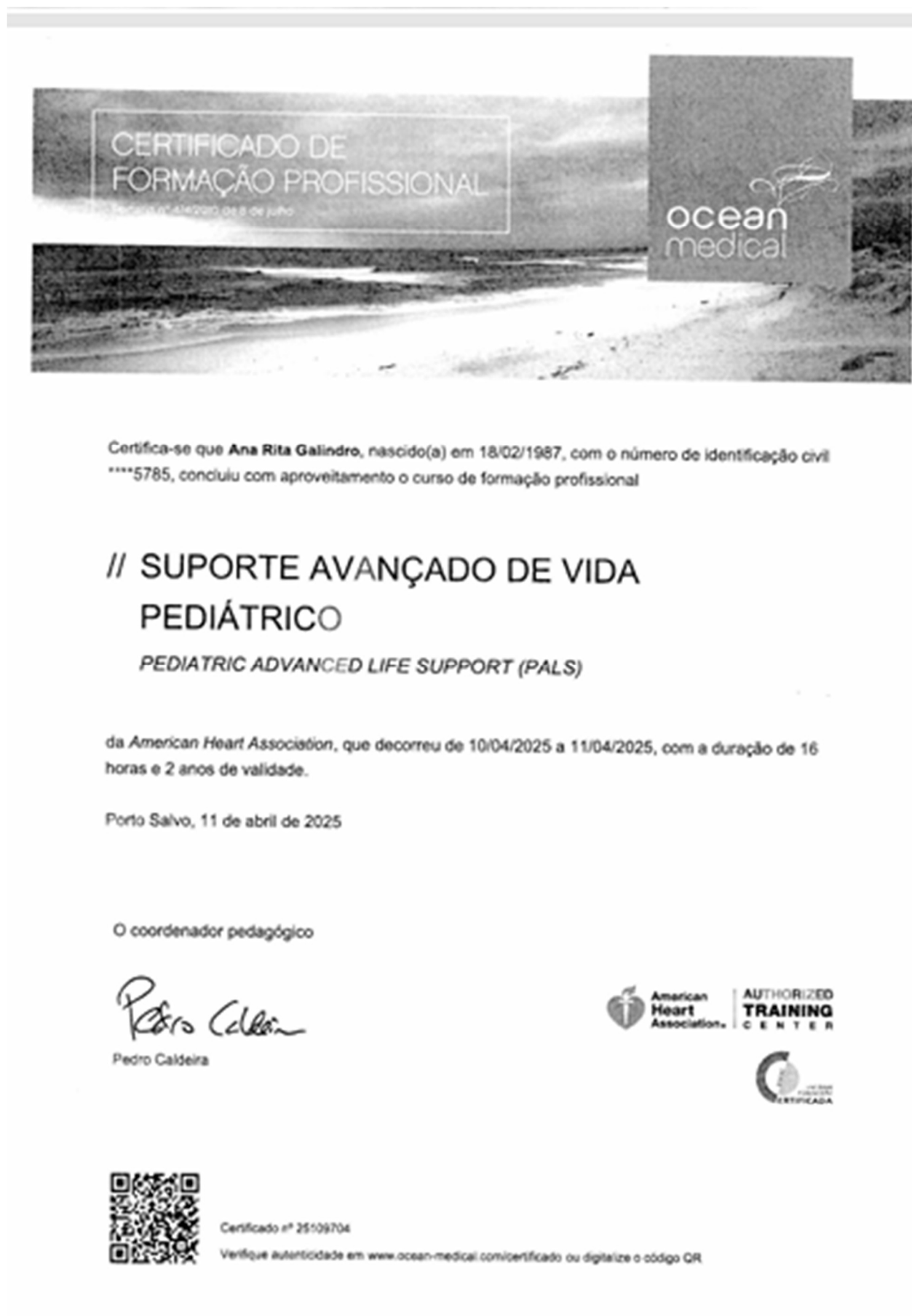
Teresa Espírito Santo

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,38** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Actividades Formativas.

**ANEXO AF – CERTIFICADO DO CURSO “ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE
SUPPORT (ACLS)”**



ANEXO AG- CURSO “PEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT (PALS)”



ANEXO AH – CURSO “INTERNATIONAL TRAUMA LIFE SUPPORT (ITLS)”



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 Rita Moreira Galindro

**has completed the
Advanced Provider**

date
6/7/2025

course site
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-P2-0083 CME 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.cape.org/Cert/Tools/Feedback.aspx>

CME Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0029)

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 220
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

415784-58796

Ana Rita Moreira Galindro

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 **58796**

Course Location **Ocean Medical,
PORTO SALVO,**

**ANEXO AI- CURSO “AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO À PESSOA VÍTIMA DE
INTOXICAÇÃO**

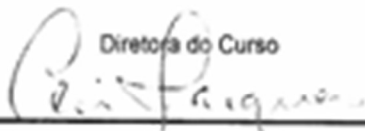


UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Pós-Graduação Cuidados de Saúde em Emergência e Urgência

CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Rita Moreira Galindro**, participou no seminário
"Avaliação e Intervenção à Pessoa Vítima de Intoxicação" realizado
dia 14 de Novembro no auditório da Escola Superior de Enfermagem
São João de Deus em Évora, com a **duração de 4 horas**, no âmbito da
unidade curricular "Cuidados de Saúde de Urgência e Emergência em
Trauma" do curso de Pós-Graduação em Cuidados de Saúde em
Emergência e Urgência.


Diretora do Curso

Professora Doutora Maria do Céu Marques

certificações



protocolos



**ANEXO AJ-CERTIFICADO “I ENCONTRO DE ENFERMEIROS
ESPECIALISTAS-ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA-INOVAÇÃO
SEGURANÇA E HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO”**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que a **Ana Rita Moreira Galindro**, frequentou a formação I Encontro de Enfermeiros Especialistas – Enfermagem Médico-Cirúrgica – Inovação Segurança e Humanização no Cuidado, com a duração de 4 horas, no dia 31 de outubro de 2025.

12 de janeiro de 2026

Presidente do Conselho de Administração

**ANEXO AK- CERTIFICADO DA FORMAÇÃO “INSTRUÇÃO DE TRABALHO:
CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CATETER DE HEMODIÁLISE**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que a **Ana Rita Moreira Galindo**, frequentou a formação Atualizar e Uniformizar... Para Melhorar... - Instrução de Trabalho: Cuidados de Enfermagem ao Catéter de Hemodiálise, com a duração de 60 minutos, no dia 28 de janeiro de 2026.

[Redacted], 23 de fevereiro de 2026

[Redacted]
[Redacted]
Presidente do Conselho de Administração

**ANEXO AL-CERTIFICADO DA FORMAÇÃO “AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE
CRÍTICO”**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que a **Ana Rita Moreira Galindro**, frequentou a formação Atualizar e Uniformizar... Para Melhorar... - Avaliação e Registo da Dor no Doente Crítico, com a duração de 60 minutos, no dia 28 de janeiro de 2026.

[Redacted] de fevereiro de 2026

[Redacted]

[Redacted]
Presidente do Conselho de Administração

**ANEXO AM –CERTIFICADO DA FORMAÇÃO “REGISTOS INFORMÁTICOS
PATIENT CARE”**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que a **Ana Rita Moreira Galindo**, frequentou a formação Atualizar e Uniformizar... Para Melhorar...: Registos Informáticos Patient Care, com a duração de 60 minutos, no dia 28 de janeiro de 2026.

3 de fevereiro de 2026

Presidente do Conselho de Administração

ANEXO AN –APRESENTAÇÃO DA EQUIPA DE EMERGÊNCIA INTERNA



Declaração

Para os devidos efeitos se declara que *Ana Rita Moreira Galindro* participou como Formanda da ação:

Apresentação da Equipa de Emergência Interna

Esta sessão letiva realizou-se no dia 10 de março de 2025, e teve a duração total de 60 minutos.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o carimbo em uso no Centro de Formação Multiprofissional.

 23 de abril de 2025

Centro de Formação Multiprofissional

UI 
- 


**ANEXO AO –CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “SEMINÁRIO - (RE) AGIR:
QUANDO O IMPOSSÍVEL ACONTECE”**



Certifica-se que **Ana Rita Moreira Galindro**, nascido(a) em 18/02/1987, com o número de identificação civil ****5785, 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



Certificado nº 26070184

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

**ANEXO AP –CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO PÓSTER “SEISMIC
CATASTROPHE:IMPACT ON NURSES’ PSYCHOLOGICAL FATIGUE IN
RESPONDING TO CRISES SCENARIOS”**



SEI-CIM Nursing

1st International Seminar on
Implementation Science and Nursing
8th April 2025

Certificate of Poster Presentation

This is to certify that [REDACTED]; Ana Galindro; [REDACTED] 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

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'

SAUDE
POLITÉCNICO SETÚBAL
SCHOOL - POLYTECHNIC UNIVERSITY
www.ess.ips.pt



ANEXO AQ –CERTIFICADO DO *WEBINAR* “CATÁSTROFE



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA RITA MOREIRA GALINDRO

membro nº **65128** desta Ordem, participou no(a) **"Webinar - Catástrofe"**, realizado no(s) dia(s) **no dia 23 de Setembro de 2025**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex"**.

Lisboa, 23 de Setembro de 2025

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Dora Franco

**ANEXO AR-CERTIFICADO DE FORMADORA- RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA
E PRECAUÇÕES BÁSICAS CONTROLO INFEÇÃO NO SEC**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que a **Ana Rita Moreira Galindro**, foi formadora na ação de formação Resistência Anti-Microbiana e Precauções Básicas de Controlo de Infecção no SEC, com a duração de 8 horas, no dia 12 de agosto de 2025.

14 de janeiro de 2026

Presidente do Conselho de Administração

**ANEXO AS –CERTIFICADO DO “XII CURSO DE CONTROLO DE INFEÇÃO
E DAS RESISTÊNCIAS AOS
ANTIMICROBIANOS DA ULS”**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Declaração

Para os devidos efeitos se declara que *Ana Rita Moreira Galindo* participou como Formanda da ação:

XII Curso de Controlo de Infecção e das Resistências aos Antimicrobianos da ULSLA

Esta sessão letiva realizou-se nos dias 20 e 21 de fevereiro de 2025, e teve a duração total de 11 horas.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o carimbo em uso no Centro de Formação Multiprofissional.

[Redacted Signature] de março de 2025

Centro de Formação Multiprofissional



**ANEXO AT –CERTIFICADO DO CURSO “PREVENÇÃO DA INFECÇÃO
RESPIRATÓRIA”**



CERTIFICADO

Certifica-se que ANA RITA GALINDRO concluiu o curso "**Prevenção da Infecção respiratória**", com a classificação de **84.0%** - correspondente a 1 ECTS e 35 horas. Este programa formativo está integrado no consórcio "Norte+Saúde - Transição Digital e Inovação do Ensino em Saúde", iniciativa apoiada pelo PRR - Programa de Recuperação e Resiliência e pela União Europeia - Fundo Next Generation EU.

(Antônio Luis Carvalho)

President

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Curso financiado por:

Platygaster *affinis* (part).

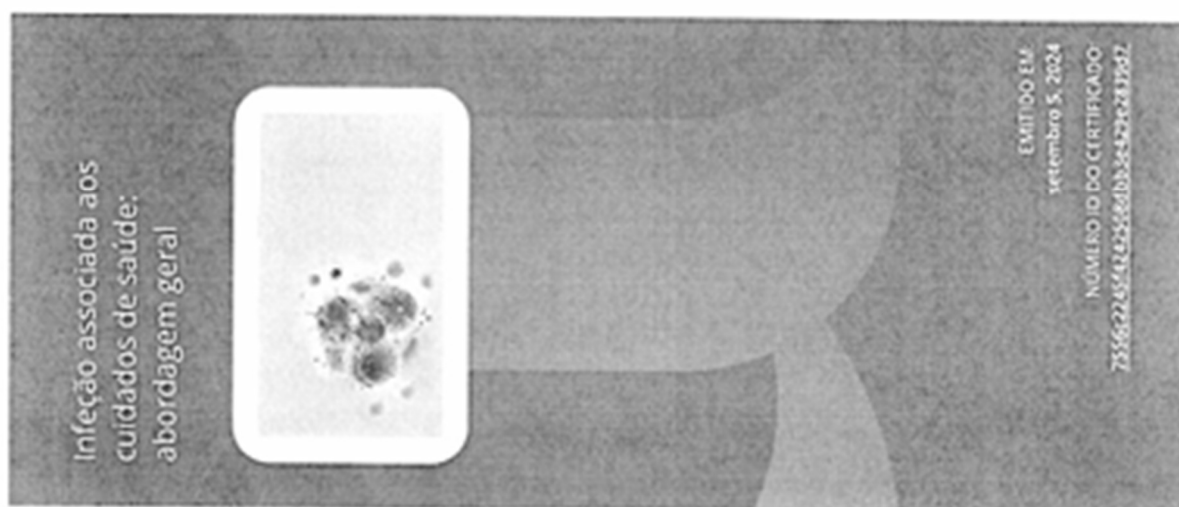
REPÚBLICA
PORTUGUESA

Finanziato dalla
Unione Europea
NextGenerationEU



A pessoa mencionada neste certificado compareceu, lidou as atividades relativas ao plano de qualificação para a área de administração de empresas. Este certificado é uma prova de aprendizagem, não sendo qualquer validade formal (como prova de qualificação) e não servindo como base para a emissão de diplomas de conclusão de curso.

**ANEXO AU –CERTIFICADO DO CURSO “INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS
DE SAÚDE: ABORDAGEM GERAL”**



nau SEMPRE
A APRENDER

esep
escola superior de enfermagem
universidade de Évora

CERTIFICADO

Certifica-se que ANA RITA MOREIRA GALINDRO concluiu o curso **"Infeção associada aos cuidados de saúde: abordagem geral"**, com nota de **100.0%**, com 1 ECTS e tempo de contacto de 8 horas. Este programa formativo está integrado na "Platform for Global Health", iniciativa apoiada pelo PRR - Programa de Recuperação e Resiliência e pela União Europeia - Fundo Next Generation EU.

(António Luís Carvalho)
Presidente

Escola Superior de Enfermagem do Porto



A pessoa mencionada neste certificado cumpriu todos os requisitos necessários para a sua obtenção. Este certificado é uma prova de aprendizagem, não sendo qualquer validade formal como prova de qualificação no curso de formação.

**ANEXO AV-CERTIFICADO DO CURSO “PREVENÇÃO DA INFEÇÃO NOS
CUIDADOS DE SAÚDE: PRECAUÇÕES
BÁSICAS DE ISOLAMENTO”**

Prevenção da infeção nos
cuidados de saúde:
precauções básicas e
isolamento



EMITIDO EM:
setembro 6, 2024

NÚMERO ID DO CERTIFICADO:
b432466ead2848b98dce41dc0d1c80c6



CERTIFICADO

Certifica-se que ANA RITA MOREIRA GALINDRO concluiu o curso **"Prevenção da infeção nos cuidados de saúde: precauções básicas e isolamento"**, com nota d e **100.0%**, com 1 ECTS e tempo de contacto de 16 horas. Este programa formativo está integrado na "Platform for Global Health", iniciativa apoiada pelo PRR – Programa de Recuperação e Resiliência e pela União Europeia – Fundo Next Generation EU.

(António Luís Carvalho)
Presidente

Escola Superior de Enfermagem do Porto



A pessoa mencionada neste certificado completou todas as atividades relativas ao curso em questão. Para mais informações sobre Certificação na plataforma NAU e requisitos para a sua obtenção visite nau.edu.pt/sobre/politica-de-certificacao. Este certificado é uma prova de aprendizagem, não tendo qualquer validade formal como prova de qualificação ou como formação conferente de grau.

<https://nau.edu.pt/certificacao/b432466ead2848b98dce41dc0d1c80c6>

**ANEXO AW –CERTIFICADO DO DA FORMAÇÃO “PRECAUÇÕES BÁSICAS
CONTROLO DE INFEÇÃO”**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
[Redacted Name]

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que a **Ana Rita Moreira Galindro**, frequentou a formação Atualizar e Uniformizar... Para Melhorar...: Precauções Básicas Controlo de Infecção, com a duração de 60 minutos, no dia 28 de janeiro de 2026.

[Redacted Signature] de fevereiro de 2026

[Redacted Signature]
[Redacted Signature]
Socorro Anzimerli Filipe
Presidente do Conselho de Administração

**ANEXO AX – CERTIFICADO DO CURSO “PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL
CIRÚRGICO”**

Prevenção da Infecção do
Local Cirúrgico



EMITIDO EM:
setembro 7, 2024

NÚMERO ID DO CERTIFICADO:
4ca0b158b2b64475913411abd1c52a6b



CERTIFICADO

Certifica-se que ANA RITA MOREIRA GALINDRO concluiu o curso "**Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico**", com nota de **100.0%**, com 1 ECTS e tempo de contacto de 8 horas. Este programa formativo está integrado na "Platform for Global Health", iniciativa apoiada pelo PRR – Programa de Recuperação e Resiliência e pela União Europeia – Fundo Next Generation EU

(António Luís Carvalho)
Presidente

Escola Superior de Enfermagem do Porto



Curso financiado por:
PRR
Plano de Recuperação e Resiliência



REPÚBLICA
PORTUGUESA



Financiado pela
União Europeia
NextGenerationEU



Plataforma NAU cofinanciada por:
PRR
Plano de Recuperação e Resiliência



REPÚBLICA
PORTUGUESA



Financiado pela
União Europeia
NextGenerationEU



A pessoa mencionada neste certificado completou todas as atividades relativas ao curso em questão. Para mais informações sobre Certificação na plataforma NAU e requisitos para a sua obtenção visite nau.edu.pt/sobre/politica-de-certificacao. Este certificado é uma prova de aprendizagem, não tendo qualquer validade formal como prova de qualificação ou como formação conferente de grau.

<https://nau.edu.pt/sobre/politica-de-certificacao>

**ANEXO AY –CERTIFICADO DO *WEBINAR* “MASTERING THE MDR GRAM-
NEGATIVE INFECTIONS”**

Certificado

Certifica-se que:

ANA RITA GALINDRO

Participou no Webinar Online com o tema
“Mastering the MDR Gram-negative infections”,
no dia 16 de setembro de 2025, com duração de
1hora.

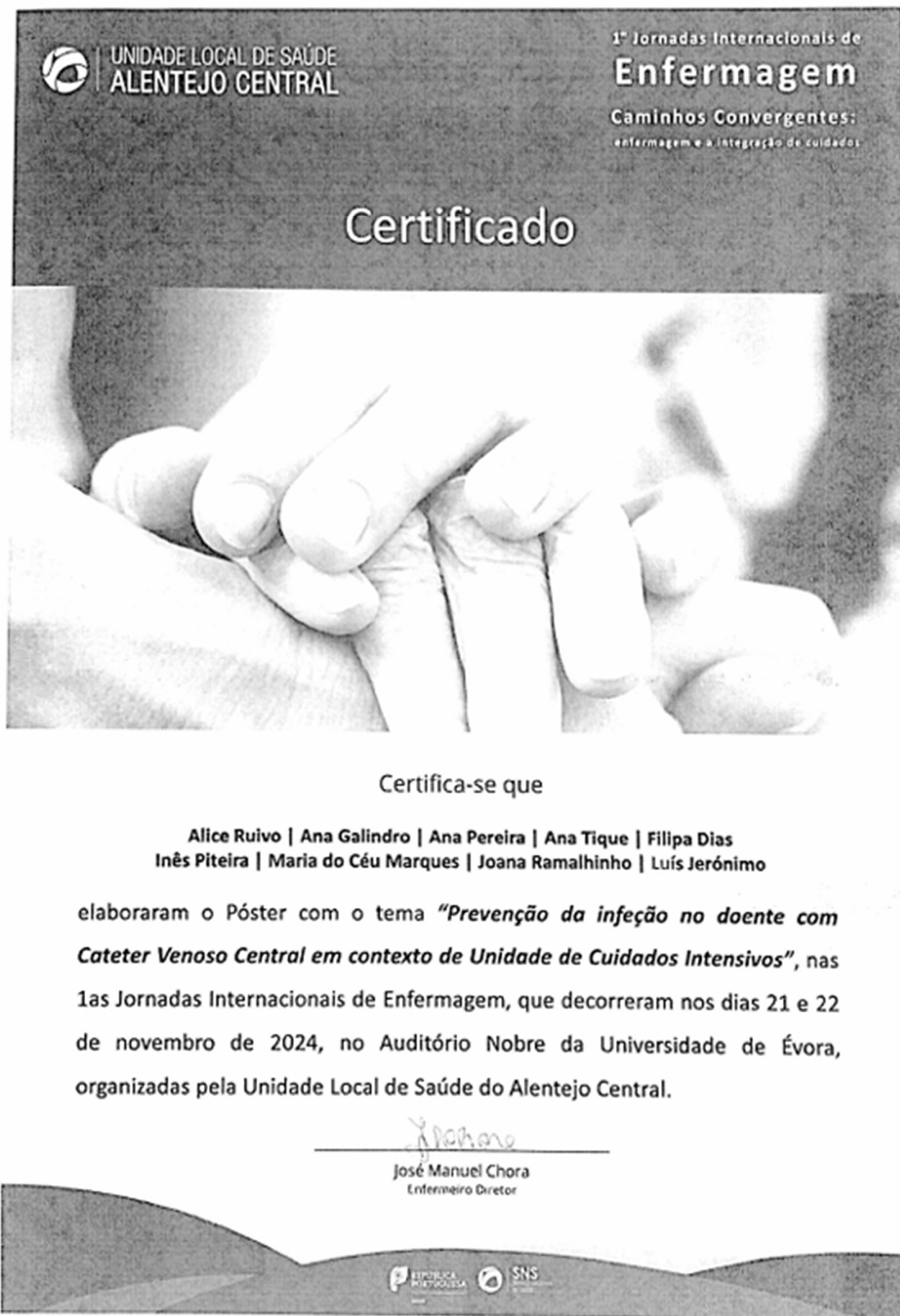
(assinatura da/o PM)

Tânia Chaves

25/09/2025



**ANEXO AZ- CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO PÓSTER “PREVENÇÃO
DA INFECÇÃO NO DOENTE COM CATETER VENOSO CENTRAL EM
CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS”**



**ANEXO AAA –CERTIFICADO DO SIMPÓSIO “PREVENÇÃO E CONTROLO DE
INFEÇÃO EM AMBIENTES
CRÍTICOS” FORMAÇÃO**



**ANEXO AAB–CERTIFICADO DE FORMAÇÃO “ESTRATÉGIA MULTIMODAL
DAS PRECAUÇÕES BÁSICAS EM
CONTROLO DE INFEÇÃO**



Certificado

Certifica-se que, **Ana Rita Moreira Galindro** frequentou a formação "Estratégia Multimodal das Precauções Básicas em Controlo de Infecção" incluindo formação prática de Observadores da higiene das mãos, que decorreu "online" nos dias 14 e 15 de outubro de 2025 das 09:30H às 13:00H.

Programa:

- Abordagem à estratégia multimodal para promoção das Precauções Básicas em Controlo de Infecção (PBCI) - Medidas Simples Salvam Vidas-, segundo o modelo conceptual da OMS;
- Prevenção da Infecção Associada Aos Cuidados de saúde (IACS). PBCI;
- Cadeia Epidemiológica da Infecção;
- Treino de Observação da Higiene das Mãos.

Lisboa, 15 de Outubro de 2025

Este é um certificado gerado automaticamente pela DGS

Código de autenticação: HGSIDHB78HF

