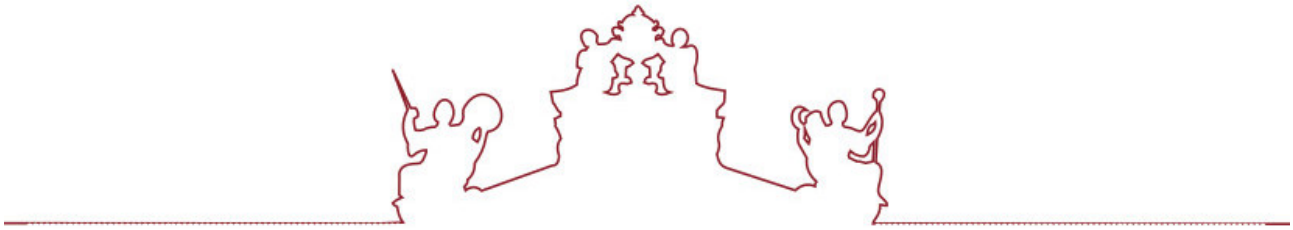


Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal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

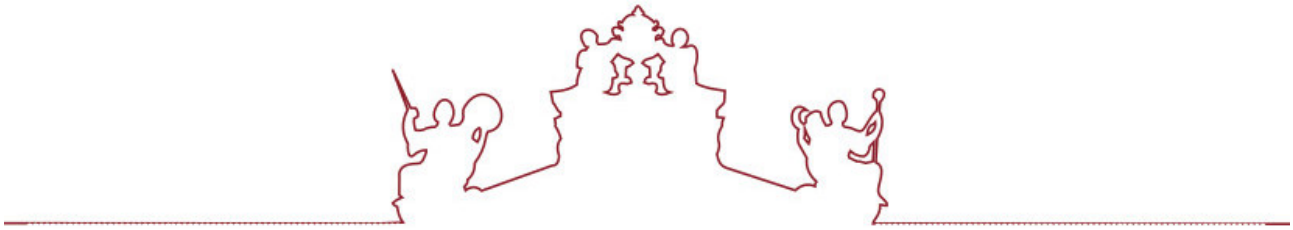
Relatório de Estágio

Boas Práticas na Prevenção de Infeção Urinária associada a Cateter Vesical na Pessoa em Situação Crítica

Ana Margarida Salgueiro Sota Martin

Orientador(es) | Maria Santiago

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

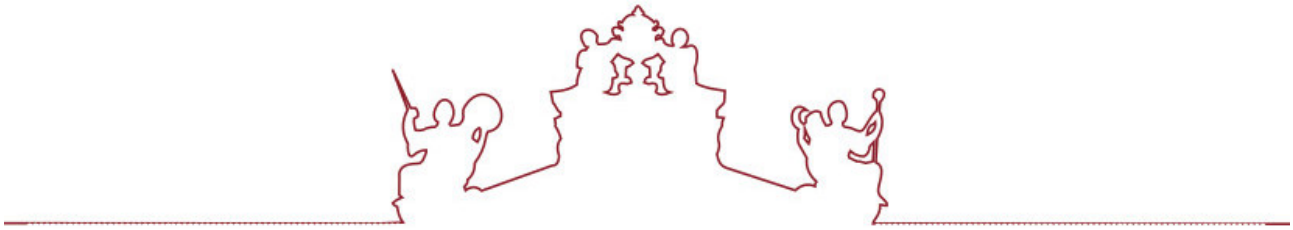
Relatório de Estágio

Boas Práticas na Prevenção de Infeção Urinária associada a Cateter Vesical na Pessoa em Situação Crítica

Ana Margarida Salgueiro Sota Martin

Orientador(es) | Maria Santiago

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	Carlos Maia (Universidade de Évora)
Vogais	Guida Maria Marques da Silva Amaral (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Arguente) Maria Santiago (Universidade de Évora) (Orientador)

Évora 2026

"A persistência é o caminho do êxito"

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

Chegar aqui é uma vitória partilhada. Quero agradecer a quem esteve "na linha da frente" comigo:

Ao meu marido, **Pedro**, por ser o meu porto seguro, o meu agradecimento mais profundo. Obrigada pela disponibilidade constante, pelo apoio incondicional e pela paciência infinita com que abraçaste este desafio ao meu lado. Sem o teu suporte, o caminho teria sido muito mais difícil.

À minha **família**, pelo incentivo que nunca falhou e por serem a minha base em todos os momentos da minha vida.

À **Vera** e ao **Carlos**, os meus grandes companheiros de curso. Vivemos de tudo: risos, desespero e muitos surtos! Obrigada por transformarem a dureza deste percurso em algo mais leve e pela amizade incrível que construímos. Realizar este percurso na vossa companhia fez toda a diferença.

À professora **Maria Dulce Santiago**, pela orientação e partilha de saber durante todo o meu percurso.

À minha chefe, **Andrea**, um agradecimento especial. Tiveste um papel fundamental neste percurso. A tua ajuda, compreensão e apoio foram decisivos para chegar a esta etapa final.

Aos meus **colegas de trabalho**, pela paciência e compreensão demonstradas durante toda esta fase de maior exigência.

A todos vocês, Obrigada!

RESUMO

Boas Práticas na Prevenção da Infeção Urinária associada a Cateter Vesical na Pessoa em Situação Crítica

O presente relatório de estágio, realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, visa analisar as atividades desenvolvidas neste percurso e o seu contributo para a aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista e Mestre em enfermagem nos contextos de estágio.

A temática central foca-se nas boas práticas na prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical na pessoa em situação crítica, por ser uma área crucial dada a elevada suscetibilidade desta população e a necessidade de cuidados seguros e baseados na evidência.

Suportado pelo Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências de June H. Larrabee, o documento explana uma análise crítico-reflexiva sobre as aprendizagens desenvolvidas, com destaque para as experiências em contexto de estágio.

O percurso realizado permitiu a consolidação de competências comuns, específicas e de mestre, demonstrando a integração da evidência científica como determinante para a qualidade dos cuidados e segurança do doente.

PALAVRAS-CHAVE

Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; Controlo de Infeção; Boas Práticas; Cateter vesical; Infeção urinária.

ABSTRAT

Best Practices for the Preventions of Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Critically ill Patients

This internship report, developed within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, aims to analyze the activities carried out throughout this journey and their contribution to the acquisition of common and specific competencies as a Clinical Nurse Specialist and Master of Nursing in clinical practice settings.

The central theme focuses on best practices in the prevention of catheter-associated urinary tract infections in critically ill patients, a crucial area given the high susceptibility of this population and the need for safe, evidence-based care.

Supported by June H. Larrabee's Model for Evidence-Based Practice Change, this document provides a critical-reflective analysis of the learning outcomes achieved, highlighting the experiences gained during the clinical placements.

The path undertaken allowed for the consolidation of common, specific, and master's level competencies, demonstrating the integration of scientific evidence as a determining factor for quality of care and patient safety.

KEYWORDS

Critical Care Nursing; Infection Control; Best Practices; Urinary Catheter; Urinary Tract Infection.

ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS/SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
APA – *American Psychological Association*
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BIS – *Bispectral Index Scale*
BO – Bloco Operatório
BPS - *Behavioral Pain Scale*
CAM-ICU - *Confusion Assessment Method for the Intensive Care*
CDC - *Centers for Disease Control*
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CVC – Cateter Venoso Central
DGS – Direção-Geral da Saúde
ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*
ECG – Eletrocardiograma
EE – Enfermeiro Especialista
EEMIH – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar
EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPC - Enterobacteriales Produtoras de Carbapenemases
EPI – Equipamento de Proteção Individual
EVA – Escala Visual Analógica
IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
ICN – *International Council of Nurses*
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
ITLS – *International Trauma Life Support*
NEWS - *National Early Warning Score*
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAI – Pneumonia Associada à Intubação
PAPA – Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos
PBCI – Precauções Básicas do Controlo de Infeção
PCC – População, Conceito, Contexto
PDA - *Personal Digital Assistants*
PNSD – Plano Nacional da Segurança do Doente
PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

MRMI – *Medical Response to Major Incidents*

MRSA - M*ethicillin-resistant Staphylococcus aureus*

NIHSS - *National Institutes of Health Stroke Scale*

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAV – Suporte Avançado de Vida

SAVP – Suporte Avançado de Vida Pediátrico

SE – Sala de Emergência

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPICI – Síndrome do Pós-Internamento em Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TAS – Técnico Auxiliar de Saúde

TISS-28 - *Therapeutic Intervention Scoring System-28*

TSV – Taquicardia Supraventricular

UC – Unidade Curricular

UHD – Unidade de Hospitalização Domiciliária

UL-PPCIRA – Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Antimicrobianos

ULS – Unidade Local de Saúde

UR – Unidade Regional

VA – Via Aérea

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

VV – Via Verde

Índice

INTRODUÇÃO **13**

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL **16**

1.1. MODELO PARA MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS DE JUNE H. LARRABEE 16

1.1.1. Conceitos Metaparadigmáticos 18

1.2. INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 19

1.3. INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 21

1.4. BOAS PRÁTICAS NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 22

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM **27**

2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA 28

2.1.1. Aspetos estruturais, recursos e dinâmica organizacional 28

2.1.2. Análise da Gestão e Produção de Cuidados 31

2.1.3. Análise SWOT relativa às Boas Práticas na Prevenção da Infeção Urinária associada a Cateter Vesical na Pessoa em Situação Crítica 32

2.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA 33

2.2.1. Aspetos estruturais, recursos e dinâmica organizacional 34

2.2.2. Análise da Gestão e Produção de Cuidados 35

2.2.3. Análise SWOT relativa às Boas Práticas na Prevenção da Infeção Urinária associada a Cateter Vesical na Pessoa em Situação Crítica 38

2.3. UNIDADE LOCAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS 39

2.3.1. Aspetos estruturais, recursos e dinâmica organizacional 40

2.3.2. Análise da Gestão e Produção de Cuidados 41

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM **44**

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM 45

3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 46

3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade 50

3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados 55

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais 60

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM 64

3.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica 64

3.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação 70

3.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência

orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas 75
CONCLUSÃO **81**
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **83**
ANEXOS **91**
Anexo A - Gestão Do Doente Crítico: Implementação da Bundle ABCDEF 92
Anexo B – Vias Verdes Coronária, Sépsis, AVC e Trauma 94
Anexo C – Medical Response to Major Incidents 96
Anexo D - Webinar Catástrofe 98
Anexo E - Jornadas Em Enfermagem À Pessoa Em Situação Crítica: *Situações De Catástrofe E Exceção,* 100
Anexo F - (RE)AGIR: Quando o Impossível Acontece – Gestão de Recursos em Emergência e Catástrofe 102
Anexo G – Simpósio Digital: Prevenção e Controlo de Infeção em Ambientes Críticos 104
APÊNDICES **106**
Apêndice A - Diagrama de *Flow* 107
Apêndice B - intervenção de enfermagem na inserção e manutenção e remoção do cateter vesical 109
Apêndice C - Plano de sessão da formação realizada no SMI 111
Apêndice D – Poster sobre o controlo da dor aguda no conforto do doente crítico: *scoping review* 113
Apêndice E - Poster sobre fatores preditivos na eficácia dos cuidados de saúde numa situação de catástrofe 115
Apêndice F - Plano de sessão da formação realizada na UL-PPCIRA 117
Apêndice G – E-Poster sobre as boas práticas na prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical na pessoa em situação crítica 119

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Resultados da Scoping Review.....22
Tabela 2 – Análise SWOT do SUMC.....33
Tabela 3 – Análise SWOT do SMI.....38

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio desenvolve-se no âmbito da Unidade Curricular [UC] de Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório, inserida no plano de estudos do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na vertente de Enfermagem Médico-Cirúrgica [EMC] na Pessoa em Situação Crítica [PSC], a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora nos anos letivos 2024-2025 e 2025-2026.

A realização do relatório de estágio resulta do percurso académico desenvolvido através da componente prática dos estágios e da componente teórica. A UC de Projeto em EMC na PSC teve como objetivo realizar uma autorreflexão sobre o desenvolvimento de competências, o aprofundamento e apresentação de uma problemática e, por fim, a construção do projeto formativo. A escolha do tema que sustentou esta UC, os estágios e a elaboração do relatório de estágio, surgiu após o autodiagnóstico das competências comuns do enfermeiro especialista [EE], das competências específicas do EE em EMC na área de enfermagem à PSC e das competências de Mestre em enfermagem. Após a realização do autodiagnóstico, e com base no interesse pessoal, foi escolhido o tema e delineadas as atividades a desenvolver para a aquisição destas competências nos contextos de estágio.

A PSC está sujeita a diversas técnicas e procedimentos invasivos, aumentando o risco de contrair infeções associadas aos cuidados de saúde [IACS], sendo estas um desafio para a segurança dos doentes. Assim, o EE deve atuar de forma eficaz na prevenção e controlo de infeção mobilizando competências e conhecimentos de forma a responder de forma atempada e holística à pessoa e família (Regulamento n.º 429/2018). Dentro das IACS, as infeções urinárias são das mais frequentes, sendo maioritariamente associadas a cateter vesical. O enfermeiro tem um papel ativo e vital na prevenção destas infeções, devendo atuar de forma a reduzir as complicações decorrentes da utilização do cateter vesical, reduzindo o tempo de internamento e os custos associados (*Centers for Disease Control* [CDC], 2024). Perante a escolha do tema foi realizada uma *scoping review* com o título Boas Práticas na Prevenção da Infeção Urinária associada a Cateter vesical na PSC.

No presente relatório é realizada uma análise crítica e reflexiva sobre as atividades propostas e desenvolvidas nos campos de estágio à luz das competências que contemplam o exercício do EE em EMC na área de enfermagem na PSC, de Mestre em enfermagem e dos Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem à PSC sob orientação da Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago.

Na profissão de enfermagem, a identificação de lacunas e a prática baseada em evidências são considerados focos centrais para a prestação de cuidados de qualidade. Esta prática conjuga a prestação de cuidados com a melhor evidência científica, adquirida através de pesquisas que fornecem suporte à tomada de decisão durante o exercício da profissão (Larrabee, 2011). Desta forma, o Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências de June H. Larrabee foi considerado como suporte teórico para o desenvolvimento desta temática.

O local escolhido para a realização do Estágio em Enfermagem à PSC integrado no plano de estudos do 1ºano, foi a Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos [UL-PPCIRA] durante um período de 9 semanas. A escolha deste local foi estratégica tendo por base a temática selecionada e assentou na necessidade pessoal de colmatar a lacuna sentida referente ao controlo de infeção. O 2º ano do plano de estudos do mestrado integra a UC Estágio em Enfermagem à PSC com Relatório. Esta UC é composta por dois contextos de estágio, com duração de 9 semanas cada um. O primeiro foi realizado num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica [SUMC] onde foi possível integrar a equipa e atuar nos diferentes setores deste serviço. O segundo decorreu num Serviço de Medicina Intensiva [SMI] abrangendo a integração da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar [EEMIH] durante dois dias e a participação nas Consultas de *Follow-up*. Durante o estágio nestes serviços, e enquanto estudante de mestrado, foi realizada uma análise reflexiva sobre a temática alvo de estudo bem como a sua aplicação em cada contexto, tendo por base as competências exigidas ao EE.

No que respeita aos objetivos deste relatório, foi definido como objetivo geral realizar uma análise crítica e reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na área da PSC e de Mestre em enfermagem. Como objetivos específicos pretende-se:

- Fundamentar a temática através da evidência científica, referenciais teóricos e normativos da profissão;
- Relacionar a temática com o modelo teórico de June H. Larrabee;
- Caracterizar os contextos de estágio da prática especializada de enfermagem;
- Analisar as atividades desenvolvidas para a aquisição das competências comuns do EE, competências específicas do EE em EMC na área da PSC e competências de Mestre em enfermagem;
- Fundamentar a aquisição e o desenvolvimento das competências acima citadas com base em modelos teóricos e na recente evidência científica;
- Identificar as atividades desenvolvidas sobre a temática;
- Servir de instrumento de avaliação.

O relatório encontra-se dividido em três capítulos: Enquadramento Teórico e Conceptual, Caracterização dos Contextos da Prática Especializada em Enfermagem e Análise reflexiva da aquisição de competências do EE e de Mestre em enfermagem. No primeiro capítulo são explanados os principais achados da literatura, a conceptualização da temática abordada e o modelo teórico de enfermagem que sustentou a temática desenvolvida na UC de Projeto, nos estágios e no presente Relatório de estágio: Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências de June H. Larrabee. No segundo capítulo é realizada a caracterização dos contextos de estágio e uma análise dos mesmos com base nos referenciais teóricos que os suportam. Adicionalmente, foi realizada uma análise das *Strengths*, *Weaknesses*, *Opportunities* e *Threats* [SWOT] para o contexto de estágio no SUMC e SMI no que respeita à temática estudada. Por último, o terceiro capítulo é composto pela análise reflexiva relativa à aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE, competências específicas do EE em EMC na PSC e competências de Mestre em enfermagem, desenvolvidas durante e em cada contexto de estágio.

O presente Relatório atende ao novo acordo ortográfico, à exceção de citações diretas, segue as normas de citação e referenciação da *American Psychological Association* [APA] (APA, 2020) 7ªEdição e atende às normas de elaboração de Trabalhos Académicos e Científicos escritos pela Universidade de Évora, da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

O enquadramento teórico e conceptual que sustenta o presente relatório, constitui um alicerce para o percurso desenvolvido. Este capítulo desenvolve uma abordagem do modelo teórico de enfermagem que serviu de suporte ao tema e à realização do relatório de estágio. O modelo selecionado é o Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências de June H. Larrabee. Adicionalmente, é explanado o tema central do projeto que destaca a temática Boas Práticas na Prevenção da Infeção Urinária associada a Cateter Vesical na PSC, como etapa fundamental da UC de Projeto, e como referencial para a aquisição e desenvolvimento de competências durante os contextos de estágio.

1.1. MODELO PARA MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS DE JUNE H. LARRABEE

Em Portugal, todo o cidadão tem direito à proteção da saúde, através da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, cuidados continuados e cuidados paliativos ao longo da vida (Lei n.º 95/2019). A enfermagem é a profissão que visa a prestação de cuidados de enfermagem ao ser humano, esteja ele são ou doente, durante o seu ciclo de vida. Para o exercício da profissão, é essencial que o enfermeiro consiga identificar problemas da pessoa/família, formular diagnósticos e elaborar e realizar planos para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Para que os cuidados sejam adequados às necessidades da pessoa, é necessária uma avaliação contínua dos cuidados de enfermagem bem como dos seus resultados, reformulando as intervenções sempre que necessário (Decreto-Lei n.º 161/96). Para a correta avaliação e para a implementação de intervenções de enfermagem atuais, é necessário assegurar a atualização dos conhecimentos, procurando a excelência do exercício de enfermagem. A análise regular e a identificação de lacunas na prática de enfermagem são atitudes que devem estar presentes diariamente durante a prestação de cuidados do enfermeiro, permitindo a adequação e implementação de normas bem como a atualização contínua da prática baseada na evidência (OE, 2015a).

Na profissão de enfermagem, a identificação de lacunas e a prática baseada na evidência são consideradas focos centrais para a prestação de cuidados de qualidade. Esta prática conjuga a prestação de cuidados com a melhor evidência científica adquirida através de pesquisas que fornecem suporte à tomada de decisão durante o exercício da profissão (Larrabee, 2011).

O uso de teóricas de enfermagem tem como finalidade a melhoria dos cuidados prestados e, consequentemente, dos resultados obtidos. A prática baseada em evidência constitui uma base sólida para as equipas, interligando a prática com a evidência científica mais atual. Esta prática suporta não só os cuidados como o ensino e a investigação, prevendo fenómenos e fundamentando a tomada de decisão (Larrabee, 2011).

O Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências de June H. Larrabee (Larrabee, 2011) defende a melhoria da prática, aumentando a qualidade dos cuidados prestados através da investigação e pesquisas baseadas na evidência. Este salienta que a prática baseada na evidência é mais importante que a experiência individual e a opinião pessoal. Desta forma, incentiva a investigação e a utilização de resultados promovendo o raciocínio clínico. Assim, é possível mudar atitudes e práticas de saúde, com o intuito de melhorar os cuidados e consequentemente os serviços de saúde (Larrabee, 2011).

Este modelo assenta em seis etapas:

- Avaliar a necessidade de mudança da prática;
- Localizar as melhores evidências;
- Fazer uma análise crítica das evidências;
- Projetar a mudança da prática;
- Implementar e avaliar a mudança da prática;
- Integrar e manter a mudança da prática.

Na primeira etapa é essencial identificar e incluir os *stakeholders* do problema da prática, que nesta temática escolhida evidenciam-se como os doentes e os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. A recolha de dados internos e a comparação dos mesmos com dados externos possibilita a identificação do problema e das intervenções necessárias para a mudança da prática. Na segunda etapa, prevê-se a identificação das fontes de evidência. Neste caso em concreto, esta etapa foi cumprida através da realização da *scoping review* e da consulta das mais recentes *guidelines* nacionais e internacionais. A análise e a avaliação destes resultados permitem sintetizar as melhores evidências e avaliar a sua viabilidade, riscos e benefícios, o que remete para a epata três. A realização da análise rigorosa dos artigos encontrados bem como a aplicabilidade de critérios de inclusão e exclusão explana a importância desta etapa. Perante a realização desta *scoping review* foi possível identificar os principais fatores necessários para prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical na PSC. Através destes fatores, é possível projetar a implementação das intervenções com vista à melhoria dos cuidados, tal como é esperado na etapa quatro deste modelo (Larrabee, 2011). As últimas duas etapas deste modelo, referentes à implementação da mudança e à avaliação dos resultados, não foram operacionalizadas durante os contextos de estágio, uma vez que implicam capacidade de decisão organizacional, mobilização de recursos e monitorização de indicadores de qualidade durante

um longo período. Apesar destas etapas ultrapassarem o âmbito de intervenção enquanto estudante, encontram-se inerentes à prática de enfermagem especializada enquanto futura EE no que concerne à prática autónoma com competências de liderança, gestão da mudança e avaliação continua da qualidade dos cuidados. Contudo, importa salientar que, o cumprimento das etapas iniciais permitiu desenvolver competências ao nível da prática baseada na evidência, da análise crítica da literatura e da identificação de focos de melhoria, constituindo assim, um contributo relevante para o exercício da prática especializada em enfermagem (Larrabee, 2011).

Com a aplicabilidade deste modelo, é possível identificar lacunas passíveis de serem colmatadas através de fontes de informação, desenvolver e melhorar os processos de tomada de decisão conscientes e modificar os padrões de qualidade, melhorando a prática de enfermagem (Larrabee, 2011).

Este modelo salienta ainda a importância do papel do enfermeiro gestor enquanto responsável pela mudança de mentalidades na equipa. Desta forma, este deve supervisionar os cuidados e gerir os recursos existentes com o objetivo de incentivar a equipa e promover a adoção de boas práticas sustentadas na evidência científica mais atual disponível (Larrabee, 2011).

Este modelo suporta a necessidade de abordar as boas práticas de enfermagem com o intuito de prevenir complicações provenientes dos cuidados de saúde. Sendo as IACS um fenómeno comum associado às práticas de saúde, torna-se crucial desenvolver e aprofundar competências de forma a conseguir evitá-las. Tal como descrito acima, a PSC é alvo de inúmeros procedimentos invasivos e múltiplas terapêuticas, deixando-a mais suscetível às infeções. Se os profissionais de enfermagem estiverem despertos para as boas práticas relacionadas com as suas intervenções, é possível prevenir complicações, diminuindo o risco para a pessoa, o tempo de internamento e os custos hospitalares.

1.1.1. Conceitos Metaparadigmáticos

O Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências, é considerado uma teoria de médio alcance, por se apresentar como concreta e específica. Este tipo de teorias de Enfermagem, prescindem de metaparadigmas, sendo estes pilares fundamentais na disciplina de Enfermagem, identificando o conteúdo e o domínio da profissão (Fawcett, 2005).

Desta forma, importa identificar e explanar os conceitos metaparadigmáticos na prática profissional da enfermagem definidos pela OE: Saúde, Pessoa, Ambiente e Enfermagem. A saúde envolve o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Sendo também uma construção mental, a saúde assume uma dimensão subjetiva, pois depende da forma como cada pessoa interpreta e sente o seu próprio estado. A pessoa é

definida como um ser único, com dignidade e direito à autodeterminação, cujos comportamentos refletem os seus valores e crenças. Interage continuamente com o ambiente, influenciando-o e sendo influenciada por ele, enquanto procura equilíbrio e bem-estar. Também é afetada por processos não intencionais, como as funções fisiológicas, o que reforça a sua natureza única e indivisível. O ambiente onde a pessoa vive é composto por fatores humanos, físicos, culturais, económicos e organizacionais, que influenciam os estilos de vida e a perceção de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros devem centrar a sua intervenção na relação dinâmica e interdependente entre a pessoa e o ambiente. O exercício da enfermagem baseia-se numa relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa, família ou comunidade, reconhecendo os valores, crenças e desejos individuais de cada um. O enfermeiro, pela sua formação e experiência, deve atuar com sensibilidade cultural, evitando juízos de valor. A relação terapêutica é construída em parceria com a pessoa, valorizando as suas capacidades e promovendo a sua participação ativa na concretização do seu projeto de saúde, envolvendo, sempre que necessário, as pessoas significativas do seu contexto de vida (OE, 2001).

A utilização do Modelo de June H. Larrabee permite a transposição da evidência científica para a prática clínica, garantindo que os cuidados são prestados de forma holística segundo os conceitos metaparadigmáticos. Assim, é possível a implementação de intervenções seguras e de elevada qualidade.

1.2. INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O termo infeção está definido como um "Processo patológico: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo" (*International Council of Nurses* [ICN], 2020, p.77). As IACS são uma das maiores preocupações e complicações nos cuidados de saúde, por se destacarem como intervenientes a nível da morbilidade, mortalidade e custos (DGS, 2017b). A PSC está sujeita a diversas técnicas e procedimentos invasivos, aumentando o risco de contrair IACS, sendo estas um desafio para a segurança dos doentes (Regulamento n.º 429/2018). Desta forma, ao longo dos anos, foi necessária a adoção de medidas com o objetivo de prevenir e controlar a prevalência das infeções. *Florence Nightingale*, no século XIX, desenvolveu e implementou medidas de higiene rigorosas que se têm mantido até aos dias de hoje. Essas medidas têm como objetivo a prevenção da transmissão de doenças e a diminuição do número de infeções. Nessa altura,

Florence Nightingale destacava a individualização do cuidado, a redução do número de camas por cada enfermaria, o isolamento e a dieta adequada, prevenindo as infeções cruzadas (Nunes, 2003). Em 2004, a Organização Mundial de Saúde [OMS] definiu como prioridade global a segurança do doente com o lançamento da *World Alliance for Patient Safety*. Este reconhecimento advém de uma preocupação mundial pelo dano evitável decorrente dos cuidados de saúde, sendo uma delas as IACS. Em Portugal, em 2013 foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA] como um programa de saúde prioritário, com o objetivo de reduzir as IACS, promover o uso correto de antimicrobianos e diminuir a taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos (Despacho n.º 10901/2022). Em 2021, a Ordem dos Enfermeiros [OE] publicou o Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em Prevenção e Controlo de Infeção, com o objetivo de fortalecer a cultura de segurança, a gestão de riscos e a qualidade dos cuidados na prevenção e controlo de infeções (Regulamento n.º 674/2021). Para a implementação do Programa Nacional para a Segurança dos Doentes [PNSD] de 2021-2026, o PPCIRA foi atualizado no que respeita à sua missão, adaptando a sua estrutura aos desafios atuais de todo o Serviço Nacional de Saúde [SNS] (Despacho n.º 10901/2022). O PNSD 2021-2026 objetiva a promoção da segurança durante a prestação de cuidados de saúde, quer nos sistemas de saúde, domicílio ou telessaúde. No Pilar 5, Objetivo estratégico 5.2, foi definido como meta para 2026 a implementação de práticas seguras em diversas áreas e no Objetivo estratégico 5.3, prevê-se a redução das IACS e as resistências aos antimicrobianos (Despacho n.º 9390/2021). A nível mundial, encontra-se em vigor o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 que tem como objetivo garantir a coesão do trabalho em equipa, monitorizações rigorosas, análise crítica de ambientes de risco e implementação de protocolos para o desenvolvimento de melhores práticas (OMS, 2021). Em 2022, a Direção-Geral da Saúde [DGS] anunciou a adesão de 22 hospitais ao Programa *STOP* Infeção Hospitalar 2.0, com o objetivo de reduzir em 50% as infeções hospitalares em três anos. Integrado no PNSD 2021-2026, este projeto visa também diminuir em 30% as infeções associadas a dispositivos médicos, alinhando-se com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 (Despacho n.º 10901/2022). Contudo, apesar das medidas adotadas ao longo dos tempos, a taxa de infeção urinária associada a cateter vesical mantém-se elevada (*European Center for Disease Prevention and Control* [ECDC], 2024).

1.3. INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Dentro das IACS, as infeções urinárias são das mais frequentes, sendo maioritariamente associadas a cateter vesical (CDC, 2024). A nível europeu, o ECDC, evidenciou uma taxa de 59,5% de infeções urinárias associadas a cateter vesical no ano de 2012 (ECDC, 2013). Em Portugal, nesse mesmo ano, a prevalência das infeções urinárias era de 21,1%, sendo que 7,4% das pessoas eram portadoras de cateter vesical ou tinham sido submetidas ao procedimento da algaliação nos últimos 7 dias (Soares, 2023). Num estudo realizado em 2013, Portugal destacou-se como o país com maior incidência das IACS, tendo as infeções urinárias associadas a cateter vesical uma taxa de 60% com uma mortalidade entre 10-13% (Lobão & Sousa, 2016). Em 2024, o ECDC revelou os mais recentes dados a nível europeu, onde prevalece uma taxa de 61,9% das infeções urinárias associadas a cateter vesical (ECDC, 2024).

O enfermeiro tem um papel ativo e vital na prevenção das infeções urinárias, devendo atuar de forma a reduzir as complicações decorrentes da utilização do cateter vesical, reduzindo o tempo de internamento e os custos associados. Existem estratégias de intervenção, passivas ou interventivas, que reduzem a taxa de incidência das infeções associadas a cateter vesical. As passivas dirigem-se aos sistemas de vigilância e feedback atempado dos resultados, sendo que as interventivas são divididas a nível da educação, de processo e do sistema. Colocar em prática estas estratégias implica uma mudança de comportamento nos profissionais de saúde e das culturas organizacionais das instituições de saúde. Desta forma, torna-se imprescindível a utilização destas estratégias de forma preventiva, diminuindo o número de algaliações desnecessárias e adotando boas práticas na inserção, manutenção e remoção do cateter vesical. A utilização de estratégias de intervenção eficazes resulta numa redução estimada de 60 a 70% de infeções urinárias associadas a cateter vesical (Lobão & Sousa, 2016).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC definem diretrizes para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, sendo essencial que o EE se guie por elas na sua prática diária (Regulamento n.º 361/2015). Após a análise integral dos Padrões mencionados anteriormente, o tema selecionado enquadra-se na Prevenção de Complicações, na Prevenção e Controlo de Infeção associada aos Cuidados e consequentemente na Satisfação do Cliente (Regulamento n.º 361/2015).

Posto isto, é essencial identificar quais as boas práticas, com base na evidência científica atual, na prevenção das infeções urinárias associadas a cateter vesical na PSC.

1.4. BOAS PRÁTICAS NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Com vista a identificar as Boas Práticas na Prevenção da Infeção Urinária associada a Cateter Vesical na PSC, foi realizada uma *scoping review* com o objetivo de mapear a evidência científica atual sobre a temática. A questão como ponto de partida para a sua realização foi: Quais as Boas Práticas na Prevenção de Infeção Urinária associada a Cateter Vesical na Pessoa em Situação Crítica? As etapas desta pesquisa encontram-se discriminadas no Diagrama de *Flow* segundo a metodologia PRISMA 2020 (Apêndice A).

Entre os principais resultados, identificou-se um conjunto de boas práticas na prevenção desta infeção. Os resultados foram integrados em dois grupos: Competências Técnicas e Competências Não Técnicas, como descrito na Tabela 1:

Tabela 1.

Resultados da *scoping review*

Competências Técnicas	Competências Não Técnicas
Vigilância Epidemiológica	Formação dos Profissionais de Saúde
Normas e Protocolos atualizados	Aspetos Socioadaptativos
Remoção precoce do Cateter Vesical	Auditorias
Registos Clínicos	Educação dos Doentes

Fonte: Autoria própria.

Competências Técnicas

Citada em 3 dos 8 artigos selecionados, a Vigilância Epidemiológica é um dos critérios essenciais para a compreensão da incidência da infeção urinária associada ao cateter vesical (Gyesi-Appiah et al., 2020; Júnior et al., 2023; Shadle et al., 2021). A existência de programas de prevenção e controlo de infeção - e de resistência aos antimicrobianos - é imprescindível para a realização destas vigilâncias (Meddings et al., 2020; Al-Sayaghi et al., 2023). O PPCIRA é um programa de saúde prioritário, com o objetivo de reduzir as IACS, promover o uso correto de antimicrobianos e diminuir a taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos. Um dos pilares de atuação é o desenvolvimento de programas de vigilância epidemiológica de forma a identificar e auxiliar na resposta às infeções identificadas (Despacho n.º 10901/2022).

A utilização de Normas e Protocolos Atualizados foi identificada em todos os artigos. A DGS (DGS, 2022a) e o Despacho n.º 10901/2022 destacam a importância da existência de

normas e protocolos atualizados com foco na uniformização dos cuidados baseados na mais atual evidência científica. Os artigos destacaram um conjunto de intervenções como sendo prioritárias na prevenção desta infeção, todas elas em consonância com o Feixe de Intervenções da DGS (DGS, 2022):

- higiene das mãos antes e após o procedimento (Gyesi-Appiah et al., 2020; Al-Sayaghi et al., 2023; Soudaram et al., 2020);
- técnica assética (Gyesi-Appiah et al., 2020; Meddings et al., 2020; Shadle et al., 2021, Al-Sayaghi et al., 2023);
- conhecimento sobre os critérios específicos para o uso de cateter vesical (Gyesi-Appiah et al., 2020; Júnior et al., 2023);
- higiene do meato urinário e do períneo (Júnior et al., 2023; Soudaram et al., 2020; Al-Sayaghi et al., 2023);
- sistema de drenagem fechado (Soudaram et al., 2020);
- cateter vesical fixo e desobstruído (Soudaram et al., 2020; Shadle et al., 2021);
- saco coletor acima do nível do chão e abaixo da bexiga (Soudaram et al., 2020; Shadle et al., 2021; Al-Sayaghi et al., 2023);
- cateter vesical de baixo calibre (Soudaram et al., 2020; Shadle et al., 2021; Al-Sayaghi et al., 2023);
- gel lubrificante esterilizado e de uso único (Soudaram et al., 2020; Shadle et al., 2021; Al-Sayaghi et al., 2023).

A Remoção Precoce, mas não precipitada, do Cateter Vesical foi reconhecida como o principal fator na prevenção da infeção urinária descrito em 5 dos artigos (Gyesi-Appiah et al., 2020; Giles et al., 2020; Meddings et al., 2020; Júnior et al., 2023; Shadle et al., 2021). Interligada a esta intervenção, foi referida a avaliação diária da necessidade de permanência do cateter vesical saliente em 2 artigos (Gyesi-Appiah et al., 2020; Júnior et al., 2023). Uma sugestão de implementação e de melhoria foi o desenvolvimento de protocolos de remoção de cateter vesical pela equipa de enfermagem (DGS, 2022a).

Por último, os Registos Clínicos Adequados e completos foram destacado por 6 artigos (Gyesi-Appiah et al., 2020; Giles et al., 2020; Meddings et al., 2020; Soudaram et al., 2020; Shadle et al., 2021; Al-Sayaghi et al., 2023). Para uma correta vigilância epidemiológica, é essencial que os profissionais de saúde registem todas as intervenções realizadas em processo clínico informático de forma adequada, contendo o motivo da inserção do cateter vesical, a data de inserção e remoção, calibre e avaliação da possibilidade de remoção (Gyesi-Appiah et al., 2020; Shadle et al., 2021; Meddings et al., 2020; Soudaram et al., 2020; Giles et al., 2020; Al-Sayaghi et al., 2023; DGS, 2022a). Os registos de enfermagem, apesar da sua relevância para a qualidade e segurança dos cuidados, continuam condicionados por fatores organizacionais e culturais, como a sobrecarga de trabalho e a escassez de recursos

humanos, que comprometem a sua valorização e qualidade. Persistem lacunas na perceção da sua importância, refletidas em não conformidades como registos incompletos, pouco específicos ou ausência de documentação da terapêutica. A adoção de uma postura crítica e reflexiva sobre as intervenções e respetiva documentação contribui para a melhoria contínua dos cuidados e para a utilização eficiente de recursos. Quando reconhecida a relevância dos registos na qualidade dos cuidados, na redução do tempo de internamento e dos custos hospitalares, verifica-se maior adesão às boas práticas e aperfeiçoamento do desempenho profissional (Serra et al., 2022).

Competências Não Técnicas

A Formação dos Profissionais de Saúde, nomeadamente dos enfermeiros, foi referenciado por 7 dos artigos selecionados (Gyesi-Appiah et al., 2020, Giles et al., 2020, Meddings et al., 2020, Júnior et al., 2023, Shadle et al., 2021, Al-Sayaghi et al., 2023, Sabbah et al., 2021). Esta tem como objetivo a capacitação dos profissionais no que respeita à prática e na gestão da prioridade no controlo de infeção associada ao cateter vesical (Gyesi-Appiah et al., 2020), o desenvolvimento de mentalidades partilhadas (Meddings et al., 2020) e de trabalho em equipa multidisciplinar (Giles et al., 2020). Suportado pela revisão dos artigos, é dado especial ênfase à formação sobre:

- riscos associados ao cateter vesical (Giles et al., 2020; Sabbah et al., 2021), como o aumento da taxa de mortalidade e a hospitalização prolongada (Gyesi-Appiah et al., 2020);
- microbiologia da infeção: conhecer os diferentes tipos de microrganismos, os fatores que afetam o desenvolvimento da infeção e a cadeia de infeção;
- mecanismos de defesa: conhecer as linhas de defesa do organismo, a imunidade adaptativa e reconhecer as fontes de infeção;
- precauções básicas do controlo de infeção: alocação de doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização do Equipamento de Proteção Individual [EPI], descontaminação do equipamento, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho;
- prevenção da transmissão de infeção cruzada: isolamentos de contacto, respiratório, gotículas e de proteção;
- infeções associadas aos cuidados de saúde, como a infeção urinária associada a cateter vesical (Sabbah et al., 2021).

Em Portugal, a corroborar com os dados dos artigos, a Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015a) no seu Artigo 109.º alínea c), salienta que os enfermeiros devem "manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as

tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas". O Despacho n.º 10901/2022 salienta, igualmente, a importância da realização de ações de formação.

As intervenções de enfermagem constituem uma boa prática ao integrarem a avaliação e a intervenção nas dimensões sociais, culturais e relacionais, promovendo cuidados holísticos centrados na pessoa (McCormack & McCance, 2017). É essencial identificar e aliar os Aspetos Socioadaptativos - capacidade de adaptação, envelhecimento da população e rede de apoio - à comunicação clara e eficaz dos profissionais de saúde (DGS, 2019), de forma a contribuir para a promoção da autonomia e para uma melhoria dos resultados em saúde, em estreita consonância com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC (Regulamento n.º 361/2015). Assim, é possível reconhecer desafios e criar estratégias para os resolver, com foco na construção de equipas de sucesso. Esta prática conjuga a prestação de cuidados com a melhor evidência científica, adquirida através de pesquisas que fornecem suporte à tomada de decisão durante o exercício da profissão (Meddings et al., 2020). Na profissão de enfermagem, a identificação de lacunas e a prática baseada na evidência são consideradas focos centrais para a prestação de cuidados de qualidade (Larrabee, 2011).

As Auditorias, sobretudo realizadas pelos enfermeiros gestores, foi outro aspeto referenciado em 4 dos artigos (Gyesi-Appiah et al., 2020; Giles et al., 2020; Meddings et al., 2020; Soudaram et al., 2020). A realização destas auditorias deve ter especial enfoque na avaliação da adesão da equipa a práticas seguras e atualizadas. O *feedback* do desempenho profissional após cada auditoria é um dos fatores mais importantes (Gyesi-Appiah et al., 2020; Meddings et al., 2020). Estas auditorias têm como objetivo:

- recolha de dados para avaliação de necessidades corretivas e proposta de soluções;
- identificação de não conformidades nos registos clínicos de enfermagem;
- avaliação da qualidade dos cuidados.

Através dos tópicos supracitados, é possível potencializar a excelência, reduzir os custos, promover a capacitação das equipas através da identificação e sinalização de ocorrências, acompanhar o desenvolvimento das competências dos profissionais bem como sensibilizar as equipas (Serra et al., 2022). A Norma clínica n.º 019/2015 da DGS (DGS, 2022a) salienta a importância de auditorias internas de preferência trimestralmente.

A Educação dos Doentes, como parte integrante do cuidado, foi mencionado em 3 dos artigos (Gyesi-Appiah et al., 2020; Giles et al., 2020, Sabbah et al., 2021). A literacia em saúde é considerada uma meta de saúde pública a nível global, tendo como objetivo a promoção da saúde através de estratégias de educação e de comunicação (Carvalho et al., 2020). Esta meta tem como objetivo aumentar a qualidade de vida e de bem-estar da população (DGS, 2019). As ações de educação para a saúde estão intrínsecas no Feixe de Intervenções para

a Prevenção da Infeção Urinária associada a Cateter Vesical. Esta norma, salienta a importância da educação do doente/cuidador/família sobre os cuidados na manutenção do cateter vesical, através de folhetos informativos, reuniões de sensibilização entre cuidadores e profissionais e treino da prática com o doente (DGS, 2022a).

Os resultados desta *scoping review* permitiram identificar as boas práticas na prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical na PSC e demonstraram a importância do papel do enfermeiro na prevenção e controlo desta infeção. Através da implementação e melhoria das competências técnicas e não técnicas descritas, o enfermeiro consegue garantir a aplicação de protocolos e a vigilância constante. Desta forma, os resultados demonstram que o enfermeiro é um elemento determinante para o sucesso terapêutico e para a segurança do doente.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

O presente capítulo caracteriza os diferentes contextos de estágio que serviram de percurso, enquanto estudante de especialidade e de mestrado, para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE, das competências específicas do EE em EMC na área de enfermagem na PSC e das competências de Mestre em enfermagem. Primeiramente, é realizada uma caracterização da Unidade Local de Saúde [ULS] que permitiu a realização dos estágios. Seguidamente, são efetuadas uma descrição e uma análise da gestão e produção de cuidados em cada contexto. Esta reflexão permite a análise dos serviços e dos cuidados prestados, identificando oportunidades de melhoria contínua através do olhar de futura EE.

A ULS onde foram realizados os estágios constitui uma entidade pública empresarial com autonomia administrativa, financeira e patrimonial. A instituição demonstra uma grande aposta na formação contínua, ensino e investigação, expandindo através de parcerias com instituições académicas, promovendo a inovação e o desenvolvimento profissional. Atua através de princípios como a centralidade na pessoa, o trabalho em equipa, a integração dos cuidados, gestão participativa e orientação para os resultados, com foco nos elevados níveis de qualidade e eficiência organizacional[1]. A existência de um sistema de gestão de risco disponível para os profissionais, possibilita o registo de eventos adversos de forma a contribuir para a melhoria continua da ULS, assumindo-se como um indicador de qualidade de estrutura (OE, 2007).

A ULS agrega três hospitais públicos, três agrupamentos de Centros de Saúde, quatro Serviços de Urgência Básico [SUB], um Centro de Medicina Física e de Reabilitação e uma Unidade de Hospitalização Domiciliária [UHD], num total de 995 camas. A totalidade das camas deve dar resposta aos 467,495 residentes permanentes, triplicando este número na época sazonal do verão. Os últimos dados estatísticos referentes a esta ULS, remontam para um total de 6721 profissionais ao serviço dos quais 2346 são enfermeiros[2].

A instituição possui uma organização interna estruturada em departamentos clínicos e serviços de apoio, que incluem áreas de Urgência e Medicina Intensiva, Cuidados Primários, Saúde Pública, Psiquiatria e Saúde Mental e Cuidados Continuados e Paliativos. O

[1] Regulamento Interno da Unidade Local de Saúde, [s.d.];
[2] Relatório de Gestão de Contas de 2024 da Unidade Local de Saúde.

departamento de urgência e medicina intensiva é composto pelo Serviço de Urgência [SU], SMI, Anestesiologia, Viatura Médica de Emergência e Reanimação [VMER], ambulâncias de Suporte Imediato de Vida [SIV] e EEMIH[1].

A UC de Estágio em Enfermagem à PSC com Relatório é constituída pelo cumprimento da componente prática em contexto de SU e de SMI num período total de 18 semanas. Relativamente à UC de Estágio em Enfermagem à PSC, sendo o contexto de caráter opcional, este foi estrategicamente escolhido na UL-PPCIRA, durante 9 semanas, alinhando-se ao tema escolhido como suporte para a realização dos estágios e do presente relatório.

2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA

O SUMC está descrito como sendo o segundo nível de atendimento a situações de urgência. Este deve dar apoio diferenciado à rede de SUB, sendo apoiado pelo Serviço de Urgência Polivalente [SUP] nas situações que exijam cuidados mais diferenciados ou apoio a especialidades que não existam nos SUMC. Estes serviços devem ser compostos por uma Sala de Emergência [SE] e uma área de cuidados intermédios, com equipas especializadas, sendo apoiada pelo SMI sempre que necessário. Relativamente aos acessos, os SUMC devem ser de fácil acesso ao exterior, bem como aos meios complementares de diagnóstico e bloco operatório [BO]. Os corredores devem manter-se desimpedidos e o fluxo de doentes pré-estabelecido consoante a problemática/prioridade. Os SUMC devem possuir uma VMER, onde a equipa pode participar na prestação de cuidados à PSC no SUMC, contudo esta participação não deve colocar em causa a sua operacionalidade. No que respeita à formação, as equipas deste serviço devem manter formação permanente em Transporte de Doente Crítico e Suporte Avançado de Vida [SAV] (Despacho n.º 10319/2014).

2.1.1. Aspetos estruturais, recursos e dinâmica organizacional

O SUMC onde o estágio foi realizado situa-se no 1º piso do hospital com ligação direta ao exterior do edifício. Este piso foi estrategicamente construído permitindo a proximidade entre o SUMC, o serviço de urgência pediátrica, o BO, o serviço de imagiologia, o hospital de dia de oncologia, a cirurgia de ambulatório, o SMI, o serviço de sangue, o laboratório, o serviço de anatomia-patologia e a unidade de acidente vascular cerebral [AVC][1].

O serviço é composto pela área de admissão de doentes, sala de espera exterior, sala de espera interior, sala de triagem de prioridades, SE, SE para doentes respiratórios, sala de acondicionamento de equipamento e material de apoio à SE, sala de enfermagem/pré-

atendimento, posto de eletrocardiograma [ECG], sete gabinetes médicos, sala de pequena cirurgia, gabinete de ortopedia, área de decisão clínica e área dedicada ao doente com patologia infeciosa respiratória. Como apoio à prestação de cuidados aos doentes, o SUMC possui ainda um gabinete de serviço social, gabinete do enfermeiro gestor, gabinete da direção do SU, armazém de material clínico e sala de acondicionamento de roupa suja e resíduos hospitalares. No que respeita à abordagem da PSC, além da SE e do SMI, existe a unidade de cuidados intermédios, inserida na unidade de AVC, e a unidade de observação que contempla 3 camas na área da decisão clínica. Esta unidade de observação encontra-se equipada e possibilita a monitorização constante de doentes agudos[3].

A caracterização da SE será apresentada com particular detalhe, uma vez que constituiu o principal local da realização do estágio, permitindo o desenvolvimento da maioria das competências esperadas. Esta encontra-se fisicamente separada do restante SUMC, situando-se perto da sala de triagem de prioridades e no corredor junto à porta de entrada/saída permitindo o acesso fácil aos tripulantes de ambulância com doentes emergentes. Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] esta deve possuir dois acessos separados de entrada e saída de doentes. Perante a entrada de doentes emergentes, a equipa destacada para este setor é ativada através da campainha da SE ou do telemóvel da SE, tal como é recomendado. Este setor deve ser composto por meios adequados para abordagem, estabilização e reanimação da PSC, devendo possuir um espaço amplo e aberto com capacidade para duas unidades individuais. A ACSS salienta ainda a possibilidade de postos adicionais na SE, mediante a organização do hospital (ACSS, 2019). A respetiva SE é ampla e é organizada, no seu interior, em efeito espelho para melhor orientação dos profissionais. Possui dois postos de atendimento a doentes emergentes, existindo ainda possibilidade de alocar um terceiro doente com acesso a todo o material e equipamento necessários. Nas macas é possível abordar o doente na sua totalidade (360º), realizar vários posicionamentos, raio x e fixar bombas e seringas infusoras, monitor e ventilador portátil como é recomendado pela ACSS (2019).

Cada unidade de abordagem ao doente emergente possui um monitor com avaliação não invasiva e invasiva com capnografia, um ventilador, bombas e seringas infusoras, material para via aérea [VA] básica e avançada, material para punção venosa periférica e sistema de aspiração, rampas de oxigénio e de ar comprimido. Adicionalmente, existem *Kits* de cateter venoso central [CVC], cateter arterial, sonda nasogástrica, cateter vesical, drenagem torácica, pequena cirurgia, pericardiocentese, queimados e traqueostomia para uma abordagem mais rápida e eficaz. A medicação encontra-se igualmente disposta em espelho, permitindo o acesso célere de cada unidade. Como apoio a toda a SE, existe um carro com material para

[3] Manual de Enfermagem do Serviço de Urgência Médico-Cirurgico da Unidade Local de Saúde, 2024;

abordagem à VA difícil que contém dispositivos supraglóticos, videolaringoscópio e introdutor frova, bem como dois monitores-desfibrilhadores com marcapasso externo para uma abordagem intra-hospitalar ou transferência inter-hospitalar. Está disponível ainda uma estufa de aquecimento de fluidos e um frigorífico para fármacos. A SE contempla uma mala para abordagem do doente com via verde [VV] AVC. Estão ainda disponíveis 3 computadores. Para a intervenção em doentes com trauma, estão disponíveis, nas duas unidades da sala, estabilizadores laterais da cabeça, colares cervicais, cintas de contenção pélvica e torniquetes. Na sala de acondicionamento de equipamento e material de apoio à SE, encontra-se o plano rígido, a maca de vácuo, duas malas de transferência de doentes inter-hospitalar e uma mala de transferência apenas destinada à VV coronária. As VV estão intrínsecas na prática diária de todos os profissionais de saúde deste serviço. As VV coronária, trauma e AVC são, maioritariamente, notificadas à SE através do Centro de Orientação de Doentes Urgentes [CODU]. Para uma resposta mais atempada no que respeita à VV sépsis, foi recentemente implementada a *National Early Warning Score* [NEWS] na sala de triagem de prioridades, possibilitando um tratamento mais célere. A SE para doentes respiratórios encontra-se equipada com todo o material acima citado, incluindo uma máquina de gasometria arterial. Toda a composição da SE, encontra-se alinhada com o proposto pela ACSS (ACSS, 2019).

Em situação de exceção e catástrofe, o SUMC dispõe de um plano de catástrofe com o respetivo material necessário para abordagem a multivítimas, acondicionado num armário junto da SE.

Relativamente ao controlo de infeção, cada unidade da SE deverá ter uma área máxima de 25m^2 com distância entre macas de pelo menos 2,40m. É expectável que a saída da SE tenha um circuito único, sem que haja contacto com outros doentes ou salas de espera (ACSS, 2019).

Todo o SUMC é apoiado pelo serviço de imagiologia, com disponibilidade de Raio X convencional durante 24h00; tomografia axial computorizada [TAC] durante 24h00, contudo entre as 00h00 e as 8h00, é necessária autorização do chefe de equipa para a sua realização, sendo o relatório feito através de telemedicina; ecografia disponível das 8h às 24h00, sendo que apenas existe um médico radiologista dedicado ao exame das 12h00 às 20h00[3].

O serviço é composto por uma equipa multidisciplinar, que dispõe de médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde [TAS], assistentes técnicos administrativos, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e assistentes sociais. A nível da gestão clínica, o SUMC é composto por um médico diretor clínico, um enfermeiro gestor/ em funções de gestão e um enfermeiro com funções de substituição de gestão. No período das 8h00 às 24h00, o serviço dispõe ainda de um técnico de cardiopneumologia para realização ECG[3]. No que respeita à equipa de enfermagem, esta é composta por 89 enfermeiros: 1 enfermeiro gestor,

1 enfermeiro de substituição de gestor, 5 EE na área de enfermagem de saúde comunitária e saúde pública, 4 EE em enfermagem de reabilitação, 1 EE em EMC na área de enfermagem Pessoa em Situação Crónica e 10 EE em EMC na área de enfermagem à PSC.

2.1.2. Análise da Gestão e Produção de Cuidados

O número de residentes permanentes e o elevado número de residentes na época sazonal requerem um SUMC bem estruturado com uma equipa multidisciplinar organizada e capacitada para dar a melhor resposta às necessidades dos doentes. No ano de 2025, o SUMC registou 100.693 episódios, contando com um aumento de aproximadamente de 3,3% em relação ao ano de 2024 (SNS, s.d.).

A equipa de enfermagem cumpre com turnos das 08h00 às 20h00 e das 20h00 às 08h00 com uma média de 16 enfermeiros por cada turno. Está previsto que 50% da mesma seja composta por EE em EMC na área de enfermagem à PSC com formação em SAV e que estes estejam presentes durante as 24h00. Cabe ao EE na área da PSC assumir setores de trabalho como o de triagem de prioridades e o da SE (Despacho n.º 10319/2014). Apesar de não se verificar as dotações seguras no que respeita ao EE na área da PSC, estes profissionais encontram-se estrategicamente distribuídos pelos setores de maior relevância, como a SE e a sala de triagem de prioridades. Esta dinâmica evidencia uma necessidade na gestão de recursos humanos alinhada com a qualidade e com a segurança tal como recomendado pelo Regulamento n.º 743/2019. Segundo os dados atuais, houve um aumento de, aproximadamente, 23,5% de triagens de prioridade laranja no ano de 2025 em comparação com o ano de 2024 (SNS, s.d.). Isto salienta a importância da alocação de EE na área da PSC neste setor, para uma identificação e encaminhamento mais célere consoante as necessidades do doente. Os tempos de espera devem também ser considerados focos de análise, pois refletem a brevidade com que os doentes são atendidos e com que os cuidados são prestados. O tempo de espera dos doentes entre a admissão e a triagem de prioridades aumentou em 14,3% no ano de 2025. No que respeita ao tempo de espera entre a triagem e a observação médica, este aumentou em 45% (SNS, s.d.). Considera-se que estes aumentos estão diretamente ligados à falta de recursos humanos neste serviço, refletindo o atraso na resposta e na prestação de cuidados.

Neste serviço, o método de trabalho é essencialmente o método individual. Este método baseia-se na conceção e execução total dos cuidados a um ou mais doentes por um enfermeiro. Através da utilização deste método de trabalho, o enfermeiro presta cuidados de forma não fragmentada, assumindo total responsabilidade dos cuidados prestados (Ventura, 2024). Na abordagem à PSC destaca-se o trabalho em equipa e a clareza na definição de

papéis, contribuindo para intervenções rápidas, coordenadas e seguras. A monitorização e a vigilância constantes dos doentes na SE, bem como a garantia de acesso imediato a cuidados diferenciados representam um alinhamento com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em PSC (Regulamento n.º 361/2015)**.** A garantia da adequada dotação de material na SE permite uma resposta mais eficaz e diferenciada, o que reflete uma priorização nas áreas de maior risco.

No que respeita à estrutura física da SE, esta cumpre com a maioria das recomendações propostas pela ACSS (2024). Contudo, a entrada única da SE e a ausência de circuito unidirecional para a PSC salientam as limitações estruturais que o SUMC apresenta, surgindo como um desafio no que respeita à privacidade e ao controlo de infeção.

A metodologia de passagem de turno apresenta uma variabilidade entre os diferentes setores de trabalho deste serviço. Na SE, pela complexidade do doente, esta decorre segundo a metodologia ISBAR por ser uma ferramenta padronizada de comunicação em saúde, promovendo a segurança do doente na transição de cuidados. Esta transição exige uma comunicação precisa e atempada, reduzindo a ocorrência de erros e lacunas na continuidade dos cuidados (DGS, 2017a).

A formação interna e externa realizada pelos profissionais é também um pilar fundamental para a qualidade e segurança dos cuidados prestados, promovendo a aquisição e a consolidação de competências e contribuindo para a uniformização das práticas com base na evidência científica atual. Estas formações fomentam uma cultura de aprendizagem contínua, reflexão crítica e partilha de conhecimento entre pares, fortalecendo a coesão da equipa e a capacidade de resposta perante cenários complexos e exigentes.

A existência de elementos na equipa identificados como Elos de Ligação quer na área da reanimação, na área do medicamento, segurança na identificação dos doentes e na área do controlo de infeção, assegura a melhoria contínua da qualidade do serviço. Estes elos permitem a realização de auditorias e identificação de lacunas/focos de melhoria, permitindo a promoção de cuidados de qualidade.

2.1.3. Análise SWOT relativa às Boas Práticas na Prevenção da Infeção Urinária associada a Cateter Vesical na Pessoa em Situação Crítica

Para uma melhor caracterização do serviço no que respeita à temática estudada, foi realizada uma análise SWOT como demonstra a Tabela 2.

Esta SWOT teve como objetivo identificar os fatores que influenciam a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical na PSC, através da avaliação de elementos internos e externos que impactam a prática de enfermagem e a segurança do doente. Assim,

é possível identificar lacunas formativas, práticas menos uniformizadas e oportunidades de melhoria alinhadas com as recomendações mais recentes.

Tabela 2.

Análise SWOT SUMC

Forças	**Fraquezas**
Formação em cuidados à PSC	Falta de uniformização da aplicação do Feixe de Intervenções da DGS
Conhecimento sobre higiene das mãos e das PBCI	Norma Hospitalar desatualizada
Existência de kits de cateter vesical	Registos clínicos incompletos
Oportunidades	**Ameaças**
Formação sobre PBCI e IACS pelo PPCIRA	Rotatividade de profissionais
Implementação de auditorias	Pressão pelo elevado fluxo de doentes
Diretrizes nacionais e internacionais	Tempo limitado para práticas preventivas

Fonte: Autoria própria

Enquanto aluna de mestrado e futura EE, foi aplicado um questionário à equipa de enfermagem, mantendo o anonimato, através da plataforma *GoogleForms*, com o objetivo de verificar o conhecimento relativamente às diretrizes da DGS publicadas em 2022 - Feixe de Intervenções para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical. A análise dos resultados evidenciou fragilidades na atualização do conhecimento e inconsistências na aplicação das recomendações mais recentes, na existência de uma norma hospitalar desatualizada e nos registos clínicos incompletos. Perante estes dados, foi proposta a revisão e atualização da norma institucional, com vista à uniformização das práticas e ao reforço da sensibilização da equipa para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical (Apêndice B). Esta intervenção procurou potenciar as forças identificadas e aproveitar as oportunidades disponíveis. A implementação e a divulgação desta norma, permitem o acesso a todos os profissionais de saúde da ULS. Adicionalmente, comporta ainda, em anexo, um *template* para a realização de registos clínicos uniformes. Desta forma, objetivou-se a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, o alinhamento com as boas práticas e o reforço da segurança do doente.

2.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

A Medicina Intensiva é uma área sistémica e diferenciada que aborda a prevenção, diagnóstico e tratamento da doença aguda que possa ser potencialmente reversível, em doentes com falência de uma ou mais funções vitais (Paiva et al., 2016). É expectável que o

SMI seja responsável pela PSC em qualquer local do hospital, fazendo parte integrante da EEMIH (Ordem dos Médicos, 2024). Esta equipa dá resposta à SE, unidade de cuidados intermédios, internamento e consultas, permitindo a prevenção e deteção precoce de doença crítica, minimizando a utilização de camas intensivas, redução do tempo de internamento e os custos associados (Paiva et al., 2016). Adicionalmente, devem estar articuladas com o SU, BO e com acesso facilitado ao elevador e heliporto (ACSS, 2024). Os SMI são responsáveis pelos critérios de admissão e alta, planificação e hierarquização de tratamentos bem como pelo estabelecimento de limites éticos de atuação, em articulação com o médico assistente e família (Paiva et al, 2016). Colaboram ainda, na deteção e manutenção de dadores de órgãos e tecidos (Ordem dos Médicos, 2024). Este serviço pode conter camas de nível II e/ou camas de nível III. As camas de nível II são designadas como intermédias, que são destinadas a doentes que necessitem de monitorização e suporte orgânico, sem necessidade de ventilação mecânica invasiva [VMI]. As camas de nível III ou intensivas, destinam-se a doentes com duas ou mais disfunções orgânicas, potencialmente fatais (Paiva et al., 2016). A nível nacional existem 941 camas das quais 179 são de isolamento com regulação de pressões atmosféricas.74,7% das camas são de nível III e 25,3% são de nível II. Contudo, 4,8% da totalidade das camas estão encerradas motivado pela falta de recursos humanos (Ordem dos Médicos, 2024).

2.2.1. Aspetos estruturais, recursos e dinâmica organizacional

O SMI é constituído por um gabinete administrativo, uma sala de reuniões, um gabinete do diretor clínico, um gabinete do Enfermeiro Gestor, uma adufa, uma sala de apoio para equipamento e material clínico, dois armazéns, uma zona de sujos, um posto de trabalho de enfermagem, duas salas amplas com unidades individuais, dois postos de vigilância centralizada, uma sala de descanso do pessoal e um quarto do médico em concordância com a ACSS (ACSS, 2024).

Em cada sala existe um posto de vigilância centralizada que favorece a visualização e acesso rápido a todos os doentes. Próximo deste posto, encontra-se uma sala destinada à zona de trabalho, nomeadamente onde se encontra o dispensador de terapêutica *Athos Dosys*[r] que é diariamente reposto pelos serviços farmacêuticos. Atualmente, existem 9 unidades ativas havendo capacidade para 12 unidades em caso de necessidade, cumprindo as Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos (ACSS, 2024), que salientam um mínimo de 6 e um máximo de 16 unidades. As unidades são em *open space*, todas em redor do posto de vigilância centralizado, cada uma separada por cortinas. Cada sala deste SMI, possui um quarto de isolamento, com área superior às

unidades individuais, um deles com antecâmara de acesso, mas ausência de regulação de pressões atmosféricas como é recomendado. Estes quartos de isolamento e a antecâmara de acesso garantem a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes e dos profissionais de saúde no que respeita ao controlo de infeção. Adicionalmente, existe uma adufa, pontos de desinfeção individuais para cada unidade e um ponto de lavagem das mãos em cada uma das salas. Todas estas especificidades vão ao encontro da ACSS de 2024.

Cada unidade é constituída por um sistema de monitorização de parâmetros vitais e hemodinâmica com pressões invasivas e sistema de Índice Bispectral [BIS], rampas de oxigénio, ar comprimido e de vácuo para aspiração, equipamentos de infusão, ventilador para VMI e ventilação mecânica não invasiva [VMNI], insuflador manual bem como duas gavetas com material de apoio. A estrutura e disposição da mesma permite o acesso ao doente na sua totalidade, tal como recomendado pelo ACSS (ACSS, 2024). Adicionalmente, o SMI possui ainda um ecógrafo, eletrocardiógrafo, máquina de gasometria arterial, broncofibroscópio, carro de emergência, *Kit* de abordagem a VA difícil, mala de transferência, desfibrilhador, *pacemaker* intracavitário provisório, equipamento para terapêutica de substituição renal e plasmaferese, *cough assist* e equipamento de oxigenoterapia por óculo nasal de alto fluxo.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares administrativos, técnicos auxiliares de saúde, fisioterapeuta, assistente social e terapeuta da fala. A equipa de enfermagem é constituída por 33 enfermeiros, dos quais 1 enfermeiro gestor, 1 enfermeiro de substituição de gestor, 10 EE em EMC na área de enfermagem à PSC, 8 EE em enfermagem de reabilitação, 1 EE na área de enfermagem de saúde comunitária e saúde pública e 13 enfermeiros de cuidados gerais.

As visitas aos doentes nos SMI são mais restritas, contudo o familiar de referência pode estar presente entre as 11h00 e as 20h00. As restantes visitas ficam limitadas apenas a três horas específicas com duração de 15minutos.

2.2.2. Análise da Gestão e Produção de Cuidados

O contexto de estágio no SMI é composto por camas de nível II e nível III, sendo considerada uma unidade mista para melhor gestão de recursos (ACSS, 2024).

A equipa médica garante a presença de um médico intensivista, para cada 3 a 4 camas, de serviço 24h00 todos os dias da semana como indicador de qualidade de estrutura (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, s.d.). Diariamente, é realizada a visita clínica multidisciplinar, onde está presente toda a equipa médica, o enfermeiro gestor, o enfermeiro de reabilitação, o fisioterapeuta e o enfermeiro responsável do doente em questão, cumprindo

com o indicador de qualidade de processo (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, s.d.). Com isto, é possível uma definição de estratégias e objetivos clínicos em equipa, garantindo a mínima perda de informação e a continuidade dos cuidados, tal como referido por Paiva et al. (2016) e pela Ordem dos Médicos (2024).

A EEMIH é assumida pelos profissionais deste serviço todos os dias da semana, como é recomendado pela Ordem dos Médicos (2024), demonstrando um alinhamento com os padrões de qualidade. Em cada turno, encontra-se destacado um enfermeiro e um médico, sendo acionados através do número 43112 por qualquer serviço do hospital.

No que respeita à equipa de enfermagem, segundo Regulamento n.º 743/2019 da OE, é recomendado que as equipas sejam compostas por 50% de EE preferencialmente na área da PSC, que devem estar presentes nas 24h00. No que concerne aos EE em reabilitação, está recomendado que, nos SMI de nível I e II, seja assegurado um rácio de 12h para cada 8 doentes todos os dias da semana. Já no nível III pressupõe-se um rácio de 12h por cada 5 doentes todos os dias da semana. Verifica-se, desta forma que, mais de 50% da equipa de enfermagem é composta por EE, no entanto, apesar da sua maioria ser EE na área da PSC, estes não constituem 50% como é preferencial, o que pode representar um desafio face às recomendações associadas às dotações seguras. Em contrapartida, os EE na área de reabilitação, estão em permanência no turno da manhã, assegurando 8h00 de trabalho, traduzindo uma mais-valia na promoção da funcionalidade, prevenção de complicações associadas à restrição física e preparação para a transição de cuidados. Segundo o Regulamento n.º 743/2019 da OE, está prevista uma relação enfermeiro/doente de 1:1 nas camas de nível III e de 1:2 nas camas de nível II. No contexto de estágio no SMI, é utilizado o Sistema de Quantificação da Carga de Trabalho de Enfermagem diariamente, possibilitando a monitorização das horas de cuidados por doente, constituindo um instrumento relevante na gestão eficiente dos recursos e na adequação das dotações seguras. A utilização deste sistema é considerada um indicador de qualidade de estrutura (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, s.d.). O número de camas disponíveis no SMI, aliado ao cumprimento das dotações seguras e à utilização do sistema de quantificação da carga de trabalho, permite calcular uma média de cerca de 5 enfermeiros por turno.

Neste serviço, o método de trabalho é igualmente o método individual, permitindo a prestação de cuidados centralizada na sua totalidade por um só enfermeiro, garantindo a qualidade e a segurança do doente.

As consultas de *follow-up* surgem da necessidade de seguimento, em ambulatório, do doente e da família, permitindo acompanhar a evolução de eventuais problemas bem como identificar novos componentes para o desenvolvimento da Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos [SPICI]. Esta síndrome representa um conjunto de problemas que surgem com o decorrer da doença crítica podendo-se perpetuar após a alta hospitalar,

exprimindo-se em dimensões físicas, psicológicas, cognitivas e socioeconómicas, afetando tanto o doente como a família. Importa ter em consideração a prevenção da SPICI, avaliando os fatores de risco existentes e atuando sobre eles. A atual *bundle* ABCDEF sistematiza as medidas preventivas da SPICI:

- A: *assess, prevent and manage pain* e *Awakening trials and choice of sedation;*
- B: *Breathing trials (spontaneous);*
- C: *Coordination of awakening and breathing trials;*
- D: *Delirium assessment, prevention and management;*
- E: *Early exercise, mobility and rehabilitation;*
- F: *Family communication and involvement and follow-up referral* (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2024). A presença diária de EE na área de reabilitação e a existência das consultas de *follow-up* são relevantes na resposta a dois dos indicadores de qualidade de resultados dos SMI: Qualidade de vida após alta hospitalar e estado funcional após alta hospitalar (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, s.d.).

A passagem de turno de enfermagem é realizada num período de 30 minutos junto de cada doente com a presença do enfermeiro gestor, segundo a metodologia ISBAR. Adicionalmente, a nota de entrada e a nota de alta encontram-se padronizadas segundo esta metodologia dando resposta positiva ao indicador de qualidade de processo.

O sistema informático utilizado é o *PatientCare* da *BSimple* próprio para SMI. Este contempla toda a informação necessária do doente incluindo as escalas de vigilância consideradas necessárias para este serviço. Contribuindo, igualmente, para os cuidados de excelência e cumprindo os indicadores de qualidade, de processo e de resultado, este sistema informático integra:

- avaliação neurológica e de sedação através da Escala de Coma de *Glasgow* e de *Richmond Agitation-Sedation* Scale [RASS];
- avaliação da dor através da Escala Visual Analógica [EVA], *Behavioral Pain Scale* [BPS] e BIS;
- avaliação do *delirium* através da *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* [CAM-ICU];
- avaliação do risco de lesão por pressão através da Escala de *Braden*;
- avaliação do risco de queda através da Escala de *Morse*.

No sistema *PatientCare* existe ainda um registo continuado de infeções associadas a dispositivos através da incorporação dos Feixe de Intervenções da prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical, prevenção da pneumonia associada à intubação [PAI], prevenção da infeção associada ao local cirúrgico e prevenção da infeção relacionada com o CVC, como indicadores de qualidade de resultados (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, s.d.).

Este serviço destaca-se pela existência de normas e protocolos atualizados e pela formação interna mensal o que reflete uma cultura de qualidade, continuidade dos cuidados e investimento para a melhoria da prática clínica.

Tal como no SUMC, o SMI possui Elos de Ligação na área da reanimação, na área do medicamento, segurança na identificação dos doentes e na área do controlo de infeção, possibilitando a monitorização das práticas clínicas, a identificação de lacunas e o planeamento da melhoria dos cuidados.

Relativamente às visitas, a existência de um horário fixo para a presença da família junto do doente é um dos indicadores de qualidade de processo estipulados para os SMI (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, s.d.). Na admissão ao serviço, é fornecido à família/cuidador um guia e realizada uma entrevista de acolhimento, de forma a integrá-lo nos cuidados ao doente.

O controlo de infeção é um elemento preponderante. Além dos EPI rigorosamente utilizados, existem rastreios de MRSA e EPC, distância adequada entre cada unidade, cortinas e áreas de higienização e desinfeção das mãos. Adicionalmente, as visitas mantêm-se sempre com o EPI em todo o serviço, e deslocam-se apenas acompanhadas por um profissional de saúde. Estas exigências pressupõem um controlo ambiental e de infeção mais rigoroso, tendo em conta a tipologia de doentes.

2.2.3. Análise SWOT relativa às Boas Práticas na Prevenção da Infeção Urinária associada a Cateter Vesical na Pessoa em Situação Crítica

No que concerne à temática estudada, tal como no primeiro contexto de estágio, foi realizada uma análise SWOT, representada na tabela 3, com o objetivo de identificar os fatores que influenciam a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical.

Tabela 3.

Análise SWOT do SMI

Forças	**Fraquezas**
Formação em cuidados à PSC	Falta de uniformização da aplicação do Feixe de Intervenções da DGS
Conhecimento sobre higiene das mãos e das PBCI	Sobrecarga de trabalho
Sistema informático que inclui os Feixe de Intervenções	Dificuldade na educação para a saúde ao doente e família
Oportunidades	**Ameaças**
Formação sobre PBCI e IACS pelo PPCIRA	Complexidade e fragilidade do doente
Implementação de auditorias	Rotatividade de profissionais
Diretrizes nacionais e internacionais	Resistência à mudança cultural

Fonte: Autoria própria

Após a análise e perante a fraqueza identificada da falta de uniformização da aplicação do Feixe de Intervenções da DGS, foi realizada uma formação em serviço, cujo plano de sessão se encontra no Apêndice C, de forma a sensibilizar a equipa para esta infeção e promover a melhoria da prática clínica baseada na atual evidência científica. Esta formação possibilitou a discussão do tema em equipa, a identificação de novas estratégias de melhoria bem como o reforço para ultrapassar a resistência à mudança cultural. Sabendo que a PSC se encontra mais suscetível a infeções, torna-se imprescindível a identificação de estratégias e a adoção de boas práticas, na realidade de cada serviço, para a prevenção e diminuição da incidência das infeções urnárias associadas a cateter vesical.

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

A nível mundial, a OMS desenvolveu a *Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance* em 2001, tendo sido atualizada em 2012 com o objetivo de reduzir a transmissão de microrganismos multirresistentes. Na Europa, o ECDC criou sistemas de vigilância epidemiológica de IACS, microrganismos resistentes e consumo de antimicrobianos. Em Portugal, foi criado em 2013 o PPCIRA, tendo sido atualizado em 2022. Este programa foi considerado como um programa de saúde prioritário, tendo como objetivo reduzir a taxa de IACS, promover o uso correto de antimicrobianos e diminuir a taxa de microrganismos resistentes (Despacho n.º 10901/2022).

A estrutura do PPCIRA assenta em três patamares:

- Central, que consiste na direção geral do programa que está integrada na DGS;
- Regional, através das unidades regionais [UR] do PPCIRA que integram cada Administração Regional de Saúde e que reportam à direção nacional do programa;
- Local, através das UL-PPCIRA, sendo eles os Agrupamentos dos Centros de Saúde, hospitais, ULS e unidades de internamento da rede nacional de cuidados continuados integrados [RNCCI] (Despacho n.º 10901/2022).

A UL-PPCIRA, atualmente já funciona como um serviço, devendo ter um diretor clínico e um enfermeiro gestor com dedicação total ao mesmo. A restante equipa multidisciplinar conta com médicos, enfermeiros e farmacêuticos. O médico/ equipa médica deve contemplar pelo menos 28h de atividades dedicadas por cada 250 camas. Para além do enfermeiro gestor, a equipa deve dispor de um enfermeiro com dedicação total no horário por cada 150 camas (Despacho n.º 10901/2022).

O trabalho desenvolvido nas UL-PPCIRA consiste, essencialmente, na Vigilância Epidemiológica, Consultadoria, Auditoria e Formação. No que respeita à vigilância epidemiológica importa vigiar e notificar microrganismos-problema e microrganismos de alerta, colaborar na notificação de doenças de declaração obrigatória e promover a investigação de surtos. Através da consultadoria e da formação, a UL-PPCIRA promove práticas de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos, promove práticas locais de isolamento, assegura a gestão racional de recursos, garante o fluxo de informação entre serviços e garante o cumprimento das normas nacionais do PPCIRA e da DGS. Relativamente às auditorias, cabe à UL-PPCIRA implementar auditorias internas, garantindo o cumprimento das PBCI e precauções baseadas na via de transmissão. É através desta atuação que a UL-PPCIRA realiza o plano e relatório anual da UR-PPCIRA e da direção nacional do PPCRIA com objetivo de promover a melhoria contínua (Despacho n.º 10901/2022).

2.3.1. Aspetos estruturais, recursos e dinâmica organizacional

A UL-PPCIRA onde foi realizado o estágio situa-se no 6º andar da ULS. A equipa multidisciplinar é composta por 1 diretora clínica, 3 vogais médicos, 1 enfermeiro gestor, 3 vogais de enfermagem, 1 vogal farmacêutica e 1 assistente técnica administrativa.

Para o desenvolvimento do trabalho realizado na UL-PPCIRA, é esperado a existência de uma ferramenta informática que permita a produção de dados em tempo real. Esta ferramenta constitui um indicador de qualidade e possibilita assim a vigilância epidemiológica da infeção do local cirúrgico, da bacteriemia relacionada com o CVC, da PAI, da infeção urinária relacionada com o cateter vesical, do cumprimento dos Feixe de intervenções, do consumo de antimicrobianos e de resistências a antimicrobianos (Despacho n.º 10901/2022).

Segundo o Despacho n.º 10901/2022, todas as entidades prestadoras de cuidados do SNS, nomeadamente as instituições hospitalares e ULS devem implementar o Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica [PAPA]. Este programa visa a otimização da terapêutica antimicrobiana, evitando a sua utilização desnecessária, o seu prolongamento inadequado e, consequentemente, o seu impacto ecológico alargado. É pressuposto que o PAPA avalie e valide todas as prescrições de quinolonas, carbapenemes, ceftolozano/tazobactam, cefatazidima/avibactam, colistina, vancomicina, linezolide, daptomicina e outros novos antibióticos que entrem no mercado, em pelo menos 72horas. A utilização do PAPA é um dos indicadores de qualidade do PPCIRA bem como o consumo global hospitalar de antibióticos e de carbapenemes.

2.3.2. Análise da Gestão e Produção de Cuidados

A equipa médica contempla as 28h destinadas à UL-PPCIRA no seu horário laboral, não cumprindo com as dotações horárias médicas recomendadas. No que concerne à equipa de enfermagem, esta é constituída por um EE na área de EMC, por um enfermeiro com competência acrescida diferenciada em enfermagem em prevenção e controlo de infeção e por um enfermeiro de cuidados gerais, assumindo todos eles o horário completo neste serviço.

Neste contexto de estágio, o programa informático utilizado como ferramenta de trabalho é o *HEPIC*. É através deste programa que é possível realizar uma correta vigilância epidemiológica dos microrganismos epidemiologicamente importantes através da criação de dossiers de cada cultura positiva, bem como acompanhar a sua abordagem durante o internamento. Segundo o Relatório de Atividades[4], são considerados MEI: *Staphylococcus aureus* resistentes à oxaxilia/meticilina [MRSA]; *Enterococcus* resistentes à vancomicina; Enterobacterales como a *Escherichia Coli* e a *Klebsiella* ESBL +; Enterobacterales produtoras de carbapenemases [EPC]; *Pseudomonas aeruginosa*; *Acinetobacter baumannii*; *Clostridióides difficile*; *Mycobacterium tuberculosis*.

Relativamente aos quatro Feixes de Intervenções da DGS de 2022, importa referir que, apesar da ferramenta informática, a equipa apenas realiza a vigilância epidemiológica da PAI e da bacteriemia relacionada com o CVC. A monitorização da infeção do local cirúrgico encontra-se comprometida pela submissão incompleta dos dados clínicos por parte da equipa cirúrgica. Relativamente às infeções urinárias associadas a cateter vesical, até à data ainda não era realizada vigilância pelo elevado fluxo de culturas existentes e pela lacuna identificada nos registos médicos e de enfermagem. Posto isto, não é possível responder perante os indicadores de qualidade de redução de, pelo menos, 10% da taxa de infeção do local cirúrgico e da infeção urinária associada a cateter vesical (Despacho n.º 10901/2022). A taxa de adesão ao primeiro momento da higiene das mãos igual ou superior a 90% é um indicador do índice de qualidade. A monitorização desta prática iniciou-se em 2009, após a adesão de Portugal à Campanha de Higiene das Mãos criada pela OMS. Em 2014, o PPCIRA implementou a Estratégia Multimodal das Precauções Básicas, com objetivo de minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada. Adicionalmente ao índice de qualidade, existe o indicador de participação no Programa *STOP* Infeção Hospitalar 2.0. (DGS, 2017b). Na presente ULS, os Elos de ligação do controlo de infeção de cada serviço são responsáveis pela realização da auditoria referente à Campanha da Higiene das Mãos. Esta consiste na realização de 200 avaliações, no mínimo, sendo posteriormente entregue à UL-PPCIRA para tratamento de dados e preparação do relatório anual. Os últimos dados estatísticos

[4] Relatório de Atividades da Unidade Local de Saúde de 2023;

disponíveis remontam a 2023 com uma taxa de adesão de 82,6%[4]. Este valor, apesar de relevante, encontra-se abaixo do preconizado a nível nacional – adesão igual ou superior a 90% (Despacho n.º 10901/2022). Relativamente ao programa *STOP* Infeção Hospitalar 2.0, a instituição não foi aceite para a participação no mesmo.

A consultadoria é realizada diariamente através de contato direto ou contato telefónico no sentido de transmitir informações relevantes relativas aos microrganismos/medidas de isolamento necessárias ou de esclarecimento de dúvidas por parte de cada serviço. Perante a presença de um isolamento confirmado, a equipa além de comunicar com o serviço em questão, regista no sistema informático *Alert* e/ou *SClinic*. Este registo permite a segurança do doente e dos profissionais bem como a continuação de cuidados de qualidade. Após o cumprimento dos dias de isolamento, a equipa da UL-PPCIRA contacta os respetivos serviços e partilha informação sobre a correta limpeza e desinfeção da enfermaria, consoante o tipo de microrganismo. Adicionalmente à limpeza e desinfeção, a ULS possui a máquina de peróxido de hidrogénio, utilizada essencialmente após a desinfeção de isolamentos de EPC e de *Clostridióides*. Relativamente à presença de isolamentos respiratórios, importa referir que dada a ausência de quartos de pressão negativa na ULS, o sistema de ventilação é desligado em todo o sector. Esta medida possibilita a prevenção da propagação do vírus através da ventilação. Contudo, a não ventilação nas restantes enfermarias impossibilita a renovação do ar circulante.

É de salientar a atuação da UL-PPCIRA a nível da formação, que engloba todos os profissionais de saúde, no mínimo uma vez por ano. Estas formações dão enfoque a todas as PBCI, isolamentos e Feixe de Intervenções em vigor, permitindo o incentivo às boas práticas e à formação regular dos profissionais.

Relativamente às auditorias, é realizada anualmente uma auditoria a todos os serviços do hospital sobre PBCI. Posteriormente, os dados são tratados e são devolvidos aos enfermeiros gestores. Esta prática facilita na identificação de lacunas nos serviços de forma a implementar medidas corretivas. Esta organização aponta para uma abordagem estratégica e transversal à segurança do doente, possibilitando uma vigilância sistemática e a promoção, de forma contínua, de práticas baseadas em evidência junto de cada serviço. Atualmente, no contexto de estágio, o PAPA não se encontra em vigor desde a aposentadoria da presidente em julho de 2023, que dispunha da totalidade das horas de trabalho dedicadas à UL-PPCIRA. Esta situação compromete tanto a monitorização como a otimização da terapêutica antimicrobiana no tempo expectável, limitando a intervenção preventiva na resistência bacteriana.

Não foi considerada a realização de uma análise SWOT neste contexto de estágio, pela sua natureza transversal, estratégica e consultiva, focada na monitorização, formação, auditoria e apoio à implementação de boas práticas a nível da instituição. Estas intervenções

não incidem diretamente na prestação de cuidados de apenas um serviço, mas sim no suporte organizacional e na promoção de políticas de controlo de infeção. Desta forma, sendo a análise SWOT uma ferramenta utilizada para a caracterização de equipas/serviços concretos, não se revela a metodologia mais ajustada na avaliação da dinâmica e impacto das atividades desenvolvidas pela UL-PPCIRA.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Os cuidados de enfermagem adotam uma exigência técnica e científica cada vez mais elevada, existindo uma maior necessidade de diferenciação e especialização na profissão. No âmbito da especialidade, está previsto o aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, garantindo a certificação de competências clínicas especializadas (Regulamento n.º 140/2019). O EE é descrito como "(...) aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)" (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744). Desta forma, o EE é detentor de um conjunto de capacidades, conhecimentos e habilidades que garantem a sua atuação em todos os contextos e em diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019).

O Regulamento das Competências Comuns do EE define os seus quatro domínios de atuação: "a) Responsabilidade profissional, ética e legal"; "b) Melhoria contínua da qualidade"; "c) Gestão dos cuidados"; "d) Desenvolvimento de aprendizagens" (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Por sua vez, as competências específicas do EE em EMC na área de enfermagem na PSC estão descritas em três domínios:

> a) Cuida da Pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
>
> b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
>
> c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento n.º 429/2018, p. 19359).

No que respeita à obtenção das competências de Mestre em enfermagem, é estabelecido no 15º artigo do Decreto-Lei n.º 65/2018 que os profissionais devem:

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

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

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

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

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

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

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei n.º 65/2018, p. 4162).

Ao longo deste capítulo serão descritas as atividades desenvolvidas e as experiências vivenciadas nos três contextos de estágio refletindo o seu contributo para o desenvolvimento das competências acima citadas. As competências para obtenção do título de Mestre em enfermagem estarão articuladas com as competências comuns do EE e com as competências específicas do EE em EMC na área de enfermagem na PSC, sendo realizada a sua análise e reflexão em conjunto.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O Regulamento n.º 140/2019 descreve as competências comuns como

competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao

> exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são "a) 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" e "b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais" (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

Para a realização da análise reflexiva da aquisição e desenvolvimento deste domínio, associa-se a competência de Mestre em enfermagem

> c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem (Decreto-Lei n.º 65/2018, p. 4162).

O Estatuto da OE previsto na Lei n.º 156/2015, no seu artigo 8º alínea 3 reconhece o EE com competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em cada uma das áreas de especialidade da profissão. Face a esta competência, segundo o artigo 103º, o enfermeiro tem o dever de proteger e defender a vida humana em qualquer circunstância e deve respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual de cada pessoa. Durante o exercício das suas funções, o enfermeiro deve, ainda, adotar uma atitude responsável, ética e deontológica no respeito pelos interesses e direitos da pessoa, atuando com a dignidade e autonomia técnico-científica da profissão de enfermagem (Decreto-Lei n.º 161/96; Regulamento n.º 613/2022). Contudo, Nunes (2020) salienta a existência de limites na ação dos profissionais de saúde. Estes limites podem surgir da ciência e técnica, dos seus deveres e da vontade da pessoa relativa à aceitação ou não do que lhe é proposto. Assim, é previsto que o EE avalie sistematicamente as melhores práticas e analise e interprete situações específicas de cuidados especializados com base nos domínios da ética e da deontologia (Regulamento n.º 140/2019).

A enfermagem confronta-se diariamente com situações de natureza complexa, que dão origem a dilemas e problemas éticos, que exigem uma tomada de decisão fundamentada. É,

desta forma, importante analisar as situações recorrendo aos princípios e valores éticos para sustentar as decisões (Nunes, 2016).

Sabendo que a PSC "é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica" (Regulamento n.º 429/2018, p 19362) e que os estágios se realizaram nos contextos do SMI e do SUMC, é imprescindível ter em consideração a tipologia de doentes e a necessidade de uma tomada de decisão rápida, mas ponderada. Contudo, estas decisões devem ter por base, a autonomia do doente como um princípio, mas também o dever de agir em situações de emergência com a finalidade de manutenção ou recuperação das funções vitais (Decreto-Lei n.º 161/96). A autonomia refere-se à liberdade de cada ser humano que dispõe de condições mínimas para se autorrealizar (Nunes, 2017). Porém, existem vários fatores que limitam a autonomia individual, nomeadamente, crianças, adolescentes ou pessoas com capacidades diminuídas/sem capacidade de decisão. Nestes casos, a autonomia estende-se à família (Nunes, 2017).

A Lei de Bases da Saúde, Base II alínea e), assume que todas as pessoas têm direito

> a ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar (Lei n.º 95/2019, p. 56).

Desta forma, é imperativo na ética profissional, que todas as ações estejam dependentes do consentimento informado, livre e esclarecido (Nunes, 2017). Este assenta no respeito pela dignidade humana e nos princípios da bioética e ética nos cuidados de saúde, refletindo o direito moral do doente à integridade corporal e o direito da sua autonomia na tomada de decisão (DGS, 2013).

O artigo 6.º da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano (Ministério Público, 2001) em concordância com a DGS (2013) salientam que, quando o doente carece de capacidade para decidir de forma autónoma, a obtenção da autorização para certos cuidados de saúde está dependente do seu representante legal, procurador de cuidados de saúde ou de uma autoridade, pessoa ou instância designada pela lei. No entanto, em circunstâncias específicas, o profissional de saúde pode alegar o privilégio terapêutico, de forma a anular a responsabilidade de informar e esclarecer (Nunes 2017), prevalecendo o dever de agir assente no Princípio da Beneficência e da não Maleficência (DGS, 2013; DGS, 2010)

No SUMC, a maioria dos doentes não se encontravam acompanhados de família/pessoa de referência nem tinham capacidade para decidir sobre si mesmos, devido à alteração de

estado de consciência consequente da doença aguda. Desta forma, a atuação era pautada pelo melhor para o doente com base no Princípio da Beneficência como acima citado. Numa fase posterior, aquando da presença de familiares/pessoa de referência e em conjunto com o doente – caso este se encontrasse com capacidade de compreensão - eram reportadas as intervenções realizadas e fornecidas informações sobre o plano terapêutico previsto. Desta forma, é possível garantir o direito à informação explanada na Lei de Bases da Saúde, Base II alínea e) (Lei n.º 95/2019).

Já no SMI, os doentes encontravam-se, na sua grande maioria, sedados estando igualmente sem qualquer capacidade de decisão. Neste sentido, e em conformidade com o SUMC, os profissionais de saúde atuavam com base no privilégio terapêutico para o doente. Após a entrada do doente neste serviço, a equipa médica e a equipa de enfermagem reunia posteriormente com o familiar/pessoa de referência, de forma a fornecer as informações necessárias sobre o estado de saúde do doente, perceber quais as suas crenças e valores e delinear um plano terapêutico. Este envolvimento reconhece à família o seu direito sobre decisões clínicas que sejam benéficas para o doente, tal como descrito por Nunes (2017).

Durante os estágios, a privacidade foi considerada como um fator imperativo de reflexão, devido às características físicas anteriormente descritas de cada contexto. A Lei de Bases da Saúde descreve na Base II, o direito das pessoas à proteção da saúde, tendo por base a igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade (Lei n.º 95/2019). Assim, o enfermeiro deve respeitar a intimidade e a privacidade da pessoa e salvaguardar este respeito nas tarefas delegadas (OE, 2015a). Ao encontro desta premissa, a Carta dos Direitos do Doente Internado salienta o direito à privacidade em qualquer ato clínico, salvaguardando ainda que, nas situações de urgência deva ser mantida a privacidade e o respeito pelo pudor apesar da celeridade das intervenções (DGS, 2010).

No SMI e na SE do SUMC, pela capacidade limitada de alocação de doentes e estando cada unidade individualizada por cortinas, é possível manter a privacidade da PSC mesmo com a necessidade de intervenções rápidas. Contudo, a área da decisão clínica do SUMC é um espaço amplo em *open space* que suporta um elevado número de doentes. Desta forma, nem sempre estão disponíveis recursos materiais, como cortinas ou biombos, e espaçamento entre macas para fazer cumprir o direito da pessoa à privacidade. Durante o estágio, verificou-se que sempre que os recursos materiais estavam disponíveis, os doentes eram resguardados sendo prestados cuidados com respeito pela dignidade do mesmo. Quando os recursos eram inexistentes, havia um esforço da equipa em tentar salvaguardar os doentes para realização de procedimentos que necessitassem de uma maior exposição. Segundo o Artigo 109º do Deontologia Profissional de Enfermagem, o enfermeiro tem o dever “d) Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes,

as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados" (OE, 2015a). Por conseguinte, é função do Enfermeiro Gestor a contribuição para o desenvolvimento de cuidados de excelência, através da utilização de recursos materiais (OE, s.d.). Desta forma, é dever da equipa de enfermagem reportar a necessidade de recursos materiais ao enfermeiro gestor, garantindo a dignidade do doente. Com isto, assume-se a necessidade de dotar os SU de recursos materiais garantindo o cumprimento dos direitos dos doentes.

Correlacionado com o direito à privacidade, surge a importância de refletir sobre o dever do sigilo profissional. Segundo a Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015a), o enfermeiro tem o dever de manter confidencial a informação relativa ao doente e família, partilhando apenas com profissionais que estejam integrados nos cuidados, assegurando o bem-estar, a segurança e os direitos do doente. O artigo 106.º reforça ainda que a informação só pode ser divulgada nas situações previstas na lei. A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019), Base 28, reforça o dever dos profissionais de saúde de guardar sigilo sobre as informações que detenham decorrente do exercício da profissão. Complementarmente, a Carta dos Direitos do Doente Internado (DGS, 2010) salienta o direito à confidencialidade da identificação e da informação clínica. As informações prestadas devem estar adequadas às características de cada doente, sempre num contexto de confidencialidade e privacidade. É imperativo sublinhar a importância da prestação de informações por telefone, devido à incerteza do interlocutor, sendo necessário manter a confidencialidade (OE, 2015a).

Perante o referido acima, verifica-se a ligação entre o direito à privacidade e o dever do sigilo, principalmente no que respeita ao local de estágio do SUMC. As limitações estruturais e falta de recursos materiais descritas assumem um papel importante, pois condicionam o direito à privacidade e confidencialidade. A prestação de informações aos doentes, bem como as passagens de turno, decorrem na mesma área da decisão clínica, no local onde o doente se encontra alocado. Desta forma, os profissionais de saúde encontram-se perante um dilema ético entre o dever da continuidade de cuidados e o dever do sigilo. Perante o exposto, importa que os profissionais de saúde adotem estratégias para mitigar esta vulnerabilidade, como a adequação do tom de voz ou seleção de informação essencial a transmitir no espaço comum.

Relativamente ao contexto do SMI, reforçar que são realizadas reuniões com os familiares em sala própria, mantendo a confidencialidade e sigilo relativamente às informações transmitidas. Por outro lado, quando os doentes já se encontram capacitados para receber informações sobre a sua saúde, este é transmitido na unidade na sala em *open space*, tornando vulnerável o dever do sigilo.

O local de estágio da UL-PPCIRA enquadra-se neste dever no sentido em que existe sigilo total relativamente à proteção dos dados tratados. Salientar que estudos desenvolvidos pelos profissionais da UL-PPCIRA para apresentação em jornadas ou congressos, são

sujeitos a autorização pela comissão de ética e conselho administrativo, após analise da proposta solicitada.

Este domínio de competência do EE assume uma notável importância aliando-se à procura permanente da excelência dos cuidados com o intuito de maximizar o bem-estar dos doentes (Regulamento n.º 361/2015). Salientar a importância das UC de Ética e Deontologia de enfermagem e de Relação e Comunicação em Saúde no Cuidados à PSC, permitindo realizar uma análise reflexiva das situações expostas num olhar de EE.

Aliado a este domínio encontram-se os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem em PSC, nomeadamente a satisfação do cliente, a promoção da saúde e bem-estar e autocuidado (Regulamento n.º 361/2015).

3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

As competências que correspondem a este domínio são "a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica", "b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua" e "c) Garante um ambiente terapêutico e seguro" (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

Para a análise da aquisição e desenvolvimento deste domínio, correlaciona-se as competências de Mestre em enfermagem

> *b*) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
>
> *d*) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
>
> *e*) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei n.º 65/2018, p.4162).

Por ser enfermeira num Serviço de Medicina há 10 anos e a vertente na PSC ser uma área de interesse pessoal, houve necessidade de aprofundar conhecimentos, bem como desenvolver competências nesta área de atuação, objetivando a melhoria contínua dos cuidados prestados. A excelência do exercício de enfermagem está dependente da avaliação e da implementação de intervenções, mantendo a atualização dos conhecimentos (OE, 2015a). Para isso, é essencial que o EE identifique lacunas, investigue e realize pesquisas

baseadas na evidência, de forma a melhorar atitudes e práticas (Larrabee, 2011). A mobilização de habilidades e conhecimentos baseados em evidência científica permite melhorar a qualidade dos cuidados prestados, tal como é previsto na Unidade de Competência B1.1 do Regulamento das Competências Comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019).

O ingresso na especialidade e a conclusão, com sucesso, das UC de Enfermagem e Formação, Investigação em Enfermagem, Políticas e Gestão em Saúde e Segurança da Pessoa em Situação Crítica, contribuíram para o desenvolvimento destes conhecimentos e possibilitou a sua transposição para a prática durante os contextos de estágio. A formação contínua e permanente bem como a atualização contínua dos conhecimentos está descrita como promotora para o desenvolvimento profissional e da qualidade dos cuidados (OE, 2015a). Assim, importa salientar as formações que foram realizadas de forma a desenvolver e aprofundar os conhecimentos na área da PSC, com o intuito de prestar cuidados mais consistentes, atuais e baseados na evidência:

- 1ª Jornadas de Enfermagem em Urgência e Emergência da ULS do Algarve;

- *Webinar*: Farmacologia de Urgência e Emergência - Abordagem Terapêutica nas Taquicardias e Bradicardias para Enfermeiros;

- O Papel do Enfermeiro na Prevenção e Identificação Precoce da Paragem Cardiorrespiratória;

- *1st International Seminar on Implementation Science and Nursing* no Instituto Politécnico de Setúbal;

- Gestão do Doente Crítico: Implementação da *Bundle* ABCDEF (Anexo A).

A participação na formação sobre a *bundle* ABCDEF revelou-se uma mais-valia no que respeita à posterior participação nas consultas de *follow-up* do SMI. Consideram-se estas consultas imprescindíveis no acompanhamento do doente e da família pelo enfermeiro e pelo médico, através da aplicação de escalas para a monitorização da força, *delirium*, pesadelos, insónia, memórias, medo, stress pós-traumático e vontade de viver.

No decorrer dos estágios, foram realizadas as seguintes formações em serviço na ULS correspondente: Vias Verdes Coronária, Sépsis, AVC e Trauma (Anexo B); Ventilador de Transporte *Oxylog 3000 Plus*; Formação Contínua em Enfermagem - Reflexão e Prática; Interpretação de Traçados Eletrocardiográficos.

O EE deve participar na realização e disseminação de projetos institucionais na área da qualidade (Regulamento n.º 140/2019). Em resposta a esta competência, nomeadamente à unidade de competência B1.2 foi realizada uma ação de formação relativamente ao tema Boas Práticas na Prevenção da Infeção Urinária associada a Cateter Vesical na PSC em contexto do SMI e um Estudo Epidemiológico Retrospetivo e posterior apresentação de resultados sobre a Caracterização dos Resultados de Uroculturas em Contexto Hospitalar:

Contributos para as Boas Práticas na Prevenção de Infeção Urinária associada a Cateter Vesical no âmbito da UL-PPCIRA. A primeira ação de formação teve como objetivo divulgar os resultados obtidos após a realização da *scoping review* e sensibilizar a equipa para as boas práticas com a finalidade da melhoria da qualidade. No que respeita ao Estudo Epidemiológico Retrospetivo realizado, surgiu em resposta à ausência de vigilância epidemiológica no que respeita à infeção urinária por parte da UL-PPCIRA como mencionado no capítulo anterior. Este estudo teve como objetivo verificar a taxa de uroculturas positivas em doentes com cateter vesical, quais os microrganismos prevalentes bem como o tratamento associado. Não obstante o curto friso temporal, os dados obtidos deste estudo revelaram-se pertinentes na compreensão da realidade e dos resultados a nível hospitalar.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem [REPE] (Decreto-Lei n.º 161/96), os enfermeiros devem contribuir na área da investigação e formação no sentido da evolução dos cuidados, através da realização de protocolos e participação em estudos essenciais à restruturação, atualização e valorização da profissão. Em concordância, o Ato do Enfermeiro (Regulamento n.º 613/2022), evidencia que os enfermeiros devem conceber, organizar, coordenar, implementar, supervisionar e avaliar intervenções de enfermagem, participando na elaboração e concretização de protocolos. O EE avalia as práticas e os seus resultados, realizando uma revisão das mesmas para a implementação da melhoria contínua, como descrito na Competência B2 do Regulamento das Competências Comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019). No SUMC, como primeiro contexto de estágio, foi realizado um questionário através do *GoogleForms* com o objetivo de verificar o conhecimento relativamente às diretrizes da DGS publicadas em 2022 - Feixe de Intervenções para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical. Através das respostas ao questionário, percebeu-se que não existia uniformização dos cuidados prestados no que respeita a esta nova diretriz. Adicionalmente, verificou-se a desatualização da Norma Hospitalar: Intervenção de Enfermagem na Inserção e Manutenção e Remoção do Cateter Vesical. Posto isto, foi realizada a proposta de atualização da mesma, tendo sido aceite, validada e posteriormente publicada e divulgada na Intranet da ULS. A presente norma, além das diretrizes técnicas, preconiza a uniformização dos registos clínicos e evidencia um algoritmo de atuação para uma consulta rápida. Com o objetivo de promover a literacia em saúde bem como o envolvimento do doente e família nos cuidados, encontra-se anexo à norma, materiais informativos e pedagógicos sobre os cuidados com o cateter vesical bem como o despejo do saco coletor. Assim, é possível a padronização dos procedimentos e registos por parte dos enfermeiros, bem como a capacitação do doente e da família, promovendo a transição de cuidados. Como aluna de especialidade, esta intervenção permitiu desenvolver a competência B2 e foi ao encontro da competência B3.2.8 proposto pelo Regulamento das Competências Comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019).

Adicionalmente, apesar de não ter existido a nível institucional uma ação de sensibilização dirigida aos doentes e família, estando a norma disponível para todos os profissionais de saúde, possibilita a sensibilização e envolvimento dos doentes e familiares no que respeita ao tema promovendo a segurança do doente, como descrito no Objetivo Estratégico 1.3 do PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021).

A segurança do doente assenta em princípios como a comunicação, cultura de segurança e implementação de práticas seguras em ambientes complexos (Despacho n.º 9390/2021). Segundo o Objetivo Estratégico 3.2 do PNSD 2021-2026, a comunicação entre profissionais deve ser segura, devendo existir normativos na transição dos cuidados permitindo melhorar a comunicação e a segurança no processo (Despacho n.º 9390/2021). Na SE do SUMC e no SMI da ULS onde se realizaram os estágios, a transmissão de informação durante a passagem de turno, a nota de entrada e a nota de alta seguiam a metodologia ISBAR. Esta é uma ferramenta de padronização da comunicação em saúde sendo considerada oportuna, atempada, completa e compreendida pelo recetor, promovendo a segurança do doente. O ISBAR permite olhar o doente como um todo, evidenciando todos os aspetos essenciais para o seu cuidado (DGS, 2017a). Perante a complexidade dos doentes na SE do SUMC e no SMI, torna-se evidente a necessidade da utilização de uma ferramenta segura que garanta uma boa transmissão de informação garantindo os cuidados de qualidade. Contudo, importa mencionar que, na área do pré-atendimento e na área da decisão clínica do SUMC, a passagem de turno é feita de forma mais simples não completando todos os passos exigidos por esta metodologia. Este facto deve-se ao elevado fluxo de doentes nestas áreas, sendo necessária uma passagem de turno mais simples e célere de forma a responder mais atempadamente às necessidades dos doentes.

No que respeita à comunicação intra e inter-hospitalar, esta deve ser assegurada por meios digitais no que concerne à divulgação e utilização de normas e orientações para as boas práticas e de gestão (Despacho n.º 9390/2021). Na respetiva ULS, existe a Intranet onde todos os profissionais conseguem consultar as normas/protocolos e orientações técnicas em vigor nas diferentes áreas profissionais. Relativamente aos sistemas informáticos, durante a realização dos 3 estágios, houve oportunidade de contactar e operar com as plataformas *SClinic, PatientCare, Alert* e *HEPIC*. O *SClinic* é o sistema mais usual a nível da ULS, cruzando dados com o *PatientCare* e *Alert*. Esta interoperabilidade entre sistemas permite a arquivação e cruzamento dos dados em tempo real e a continuidade de cuidados, sendo essencial para a segurança do doente. O sistema informático *HEPIC*, utilizado apenas na UL-PPCIRA, tem acesso às informações resultantes dos outros sistemas, mas apenas dos doentes que tenham realizado rastreio microbiológico, permitindo uma visão global dos microrganismos presentes na ULS. Contudo, os dados produzidos por esta plataforma,

nomeadamente a vigilância epidemiológica, não se encontram disponíveis nos restantes sistemas informáticos.

A gestão de risco é uma das unidades de competência do EE (Regulamento n.º 140/2019). O sistema NOTIFICA consiste na notificação e gestão de incidentes decorrentes da prestação de cuidados de saúde. É um sistema confidencial e anónimo que tem como objetivo promover a aprendizagem decorrente do erro e implementar medidas de melhoria. Tanto o doente como o profissional de saúde podem e devem utilizar este sistema (DGS, 2022b). Em concordância, o PNSD 2021-2026 incentiva o seu uso relativamente à notificação de incidentes de segurança do doente, de farmacovigilância e hemovigilância. Reforça ainda, a utilização de ferramentas digitais para práticas seguras, como a ocorrência de quedas, ocorrência de lesões por pressão, identificação inequívoca de doentes, segurança na medicação e reconciliação terapêutica (Despacho n.º 9390/2021). Os erros com terapêutica, transfusões e exames complementares de diagnóstico estão associados às falhas na identificação dos doentes. Assim, é essencial que todos os doentes possuam sempre uma pulseira legível, com o seu nome completo, data de nascimento e número do processo. Concomitantemente, é essencial que todos os profissionais de saúde questionem o nome completo e a data de nascimento antes de qualquer procedimento, confirmando juntamente os dados com a pulseira do doente e com o plano terapêutico/requisição de meios complementares de diagnóstico (DGS, 2011).

A notificação e a gestão de incidentes estão implícitas nos profissionais da ULS onde foram realizados os estágios. A utilização da aplicação Registo de Incidentes – Risco Clínico permite a notificação de qualquer evento adverso decorrente dos cuidados de saúde. Estes eventos podem ser direcionados aos profissionais prestadores de cuidados diretos, doentes e familiares ou até mesmo aos serviços e profissionais prestadores de cuidados indiretos como os serviços farmacêuticos, laboratório, serviço de anatomia patológica, exames complementares de diagnóstico e serviços alimentares. A utilização da ferramenta incorporada no *SClinic* intitulada de Segurança do Doente possibilita o registo de monitorização de contenções mecânicas, lesões por pressão e quedas. Adicionalmente, a ULS instituiu o uso do *Athos Dosys*[r] e do *Personal Digital Assistant* [PDA]. O *Athos Dosys*[r] é um dispensador de terapêutica automático, controlado por perfil de utilizador e identificação do doente. O PDA consiste num aparelho eletrónico pequeno, que permite a leitura da pulseira do doente, fornecendo, em tempo real o seu plano terapêutico através do sistema operativo *PharmaTRAC*. A administração de hemoderivados está igualmente associada a este dispositivo através do sistema *BTRAC*. Com isto, é possível promover a segurança do doente na área da farmacovigilância e hemovigilância, diminuindo a probabilidade de erro por parte dos profissionais de saúde. Todos estes aspetos relativos a práticas seguras devem ser submetidos a auditorias com enfoque na melhoria dos cuidados (Despacho n.º 9390/2021).

Para além da identificação na ferramenta Segurança do Doente das lesões por pressão, no SMI é realizada a monitorização das lesões por pressão dos doentes internados diariamente. Isto possibilita o rastreio de novas lesões por pressão, identificação de falhas e promoção de melhores práticas.

As auditorias da Segurança na Identificação dos doentes são realizadas por um elemento de cada equipa identificado como Elo de Ligação. O elemento realiza esta auditoria de 2 em 2 meses, elaborando posteriormente um relatório para o enfermeiro gestor. A Área do Medicamento é também sujeita a auditoria nesta ULS sendo realizada de 3 em 3 meses por um elemento específico da equipa. Posteriormente, é elaborado um relatório e enviado ao Elo de Ligação desta unidade hospitalar. No âmbito profissional, sou responsável pelo Elo de Ligação na Área de Emergência, sendo responsável pela verificação mensal do carro de emergência e mala de transferência. Esta verificação é seguidamente reportada ao enfermeiro responsável por esta área na unidade hospitalar. No âmbito dos estágios foi possível acompanhar o enfermeiro orientador do SMI no que respeita à auditoria na Área de Emergência. Esta auditoria consiste na verificação de todos os carros de emergência da unidade hospitalar, no que respeita à sua composição e validades. Foi ainda possível, como anteriormente mencionado, acompanhar o enfermeiro orientador da UL-PPCIRA nas auditorias das PBCI. É através da realização da monitorização da segurança do doente e da realização de auditorias que é possível melhorar os cuidados e promover a capacitação e a sensibilização das equipas, potencializando a excelência dos cuidados ao doente (Serra et al., 2022).

Alinhado com esta competência comum do EE, estão os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, nomeadamente a Promoção da Saúde, a Prevenção de Complicações, a Organização de Cuidados Especializados e a Satisfação do Cliente (Regulamento n.º 361/2015).

3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

O presente domínio em análise é composto por “a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

A correlacionar com este domínio, foram analisadas as seguintes competências de Mestre em enfermagem

> *b*) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
>
> c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem (Decreto-Lei n.º 65/2018, p.4162).

No domínio da gestão dos cuidados, o REPE (Decreto-Lei n.º 161/96) determina que o enfermeiro deve contribuir e ser responsável pela prestação de cuidados, ensino, investigação, gestão, formação e assessoria em detrimento das suas qualificações. Para assegurar a segurança e a qualidade da profissão, é essencial que o enfermeiro exerça funções de gestão, sendo esta imprescindível na aquisição de ganhos em saúde (Regulamento n.º 76/2018)**.**

O EE detém conhecimentos aprofundados numa especialidade específica, tendo por base as respostas aos processos de vida e aos problemas em saúde. Este demonstra um elevado nível de tomada de decisão e julgamento clínico no domínio da sua competência especializada. Esta competência consiste num conjunto de saberes associados à formação inicial e à experiência profissional adquirida ao longo do tempo. A sua ação mobiliza e combina conhecimentos, habilidades e atitudes aplicados mediante cada situação (OE, 2017a).

Segundo o Regulamento 395/2025, foi reconhecida a competência acrescida em gestão. Este reconhecimento é realizado através de um processo de certificação e validação de competências diferenciadas/avançadas.

O Enfermeiro Gestor possui um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado no que concerne à enfermagem, enquanto profissão e disciplina, e na competência efetiva demonstrada na área da gestão. É detentor de conhecimento relativo à organização e capaz de identificar e analisar fatores que possam interferir no planeamento, execução e avaliação das atividades. É o responsável pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados prestados, promovendo o desenvolvimento profissional da sua equipa. É esperado que o Enfermeiro Gestor coordene e otimize os recursos humanos, analise eventos adversos, identifique e avalie as competências dos profissionais, assegure as dotações seguras, realize a gestão de recursos materiais e gestão de *stocks* (Regulamento n.º 76/2018).

A possibilidade de acompanhamento da atividade do Enfermeiro Gestor no SMI constituiu uma oportunidade de análise da governação clínica num contexto complexo. Durante este

turno, foi possível compreender a gestão de recursos materiais, desde a monitorização de *stocks* através do PDA, no sistema operativo *EKanban* – Gestão de aprovisionamento e logística hospitalar, até à verificação de equipamentos críticos, como é o caso dos ventiladores. A monitorização de *stocks* tem uma gestão rigorosa, existindo uma revisão duas vezes por semana através da plataforma Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia. Para cumprir com a gestão rigorosa dos recursos materiais, o serviço conta com um armazém geral onde os profissionais recolhem o material necessário, e um armazém avançado. Este último serve para a reposição do primeiro, existindo um acesso mais controlado. No que respeita aos recursos humanos, a participação no planeamento das dotações para os turnos posteriores e a elaboração da escala mensal permitiu compreender a complexidade da gestão horária consoante as competências de cada enfermeiro da equipa, salvaguardando a segurança dos cuidados e respondendo às necessidades específicas da mesma. O acompanhamento da gestão horária do período do Natal foi uma mais-valia no que respeita à articulação da equipa, gestão de conflitos e resolução de problemas. Importa salientar o papel do Enfermeiro Gestor durante as passagens de turno e nos *debriefings*. As reflexões realizadas em conjunto, com partilha de sensações positivas e negativas, incentivada pelo Enfermeiro Gestor possibilitou a compreensão do seu papel enquanto elemento fulcral para a melhoria e qualidade dos cuidados prestados. A realização deste turno possibilitou uma visão integrada do papel do Enfermeiro Gestor, realçando a sua importância a nível da manutenção de um ambiente seguro para os doentes e para os profissionais, garantindo que os recursos estão disponíveis para a excelência dos cuidados.

Como complemento, na ausência do enfermeiro gestor, existe a função de responsável de turno. Esta função compete aos EE de cada serviço, sendo estes os profissionais com mais qualificações na área da gestão. O responsável de turno deve possuir as competências comuns e específicas na sua área de especialização. Assim, este é detentor de conhecimento, capacidades e habilidades centradas na cultura organizacional do serviço, antecipando respostas às necessidades, prevenindo complicações e promovendo respostas adequadas e seguras (OE, 2017b).

Nos SU, é expectável que os profissionais a exercer funções de chefe de equipa sejam EE em EMC na área de enfermagem à PSC pelo elevado nível de complexidade dos doentes e a necessidade de uma avaliação diagnóstica e monitorização constantes (OE, 2015b). Nos SMI estes especialistas devem exercer funções de chefia, sendo necessária a sua distribuição equitativa pelos diferentes turnos (OE, 2018).

Durante o estágio no SUMC, apesar do enfermeiro orientador não assumir o papel de chefia de equipa, assumia a responsabilidade exclusiva da SE. Este cargo envolvia não só a vertente da prestação de cuidados, como também a gestão técnica e logística, abrangendo a verificação, manutenção e resolução de problemas existentes. O acompanhamento do

enfermeiro responsável pela SE possibilitou a compreensão do seu papel preponderante no que respeita à liderança situacional, como na gestão da equipa e na atribuição de funções durante a prestação de cuidados. Concomitantemente, a participação na gestão logística e na manutenção da SE proporcionou uma visão integrada sobre a dimensão da gestão do enfermeiro. Já no SMI, o enfermeiro orientador assumia o cargo de responsável de turno, cuja atuação, para além da prestação de cuidados direta, se estendia à governação clínica do serviço. Salientar que, nos turnos da tarde, noite, fins de semana e feriados, a responsabilidade da gestão do serviço, quer na componente de recursos humanos e/ou materiais, quer na gestão de doentes, era da responsabilidade do mesmo. Adicionalmente, acrescia o cargo de auditor na área de emergência e de elemento integrante da EEMIH. Apesar de ser parte integrante da EEMIH, constava da distribuição de profissionais para o cumprimento das dotações seguras. Este aspeto revelou-se de extrema importância no que concerne à gestão de cuidados e gestão de tempo, mantendo a qualidade dos cuidados prestados e a resposta atempada sempre que necessário. A observação da responsabilidade inerente aos diferentes cargos permitiu compreender a versatilidade do EE na área de EMC na PSC, como um elemento diferenciador nas diferentes áreas de atuação, garantindo a translação do conhecimento para a prática.

A gestão de recursos humanos, nomeadamente o cumprimento das dotações seguras, é uma das responsabilidades inerentes ao cargo do Enfermeiro Gestor (Regulamento n.º 76/2018). A dotação adequada de enfermeiros é um dos pilares na segurança e qualidade dos cuidados. Para o cálculo das dotações seguras devem ser utilizadas metodologias e critérios de avaliação para a adequação dos recursos humanos às necessidades reais de cada serviço. Este cálculo não se deve restringir ao número de horas por doente, mas ter em consideração aspetos como a competência e formação dos profissionais. É aconselhável a existência de uma norma técnica para o cálculo das dotações seguras, garantindo a proteção dos doentes bem como a proteção dos profissionais de saúde. Esta norma é um instrumento que apoia a gestão dos serviços sendo o seu preenchimento e avaliação da responsabilidade dos enfermeiros (Regulamento n.º 743/2019).

No SUMC, diariamente o Enfermeiro Gestor afixa a distribuição dos enfermeiros pelos setores de trabalho para as 24h00 seguintes. Apesar de não existir nenhuma norma ou escala para avaliação das dotações seguras, esta distribuição é realizada e modificada consoante a necessidade de cada setor de trabalho em função do fluxo de doentes. Neste serviço, estão estipuladas as seguintes distribuições: 1 enfermeiro chefe de equipa; 2 enfermeiros na sala de triagem de prioridades; 2 a 4 enfermeiros na área de pré-atendimento, sendo que um destes se encontrava responsável por transferências; 1 enfermeiro na SE; 1 enfermeiro no posto de via verde coronária, que colabora na SE; 1 enfermeiro no posto de apoio, que dá apoio à SE, pequena cirurgia e ortopedia; 3 enfermeiros na área da decisão clínica com

responsabilidade pelos doentes do pré-atendimento em macas, um destes enfermeiros encontra-se distribuído igualmente pela transferência de doentes; 2 enfermeiros no internamento geral e 2 enfermeiros na área de doentes respiratórios[1]. A avaliação do serviço relativamente ao fluxo de doentes e a mobilização de profissionais é um aspeto fundamental no que respeita à área da gestão. Este papel é assegurado pelo Enfermeiro Gestor no turno da manhã durante a semana, e pelo enfermeiro chefe de equipa nos outros turnos, salientando a importância da aquisição e desenvolvimento da competência do domínio da gestão de cuidados. No SMI, existe um sistema de qualificação de carga de trabalho de enfermagem através da ferramenta *Therapeutic Intervention Scoring System* – 28 [TISS-28] que é preenchida no turno da noite. Esta é realizada pelo enfermeiro responsável pelo doente e permite quantificar a carga de trabalho dos enfermeiros, através das atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados nas últimas 24h00. A pontuação que resulta da classificação diária, permite o cálculo do nível de cuidados planeados, do nível de cuidados utilizados e do *Work Utilization Ratio* (TISS-28). Ao longo das 9 semanas de estágio foi possível verificar a importância do preenchimento desta ferramenta e a sua utilização nos turnos seguintes, garantindo os rácios previstos. Importa referir a importância do papel do chefe de turno no que respeita ao cumprimento destes rácios na ausência do enfermeiro gestor, garantindo a prestação de cuidados de qualidade.

No decorrer dos três estágios, verificou-se o desenvolvimento de maior autonomia enquanto estudante. Assim, foi possível uma gestão de tempo e de cuidados, otimizando a tomada de decisão consoante as necessidades do doente. A prestação de cuidados em conjunto com a equipa multidisciplinar permitiu o envolvimento junto da mesma, permitindo compreender diferentes abordagens nos cuidados. Importa ainda salientar a UC de Políticas e Gestão em Saúde, que teve um papel fundamental na aquisição de competências neste domínio.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC inscritos no Regulamento n.º 361/2015, e o Domínio da Gestão de Cuidados do Regulamento n.º 140/2019 estão inteiramente ligados na medida em que uma boa gestão dos recursos humanos, materiais e na prestação de cuidados garantem a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidados e a organização de cuidados especializados. Como alicerce à gestão dos cuidados, encontra-se o modelo teórico adotado como suporte para a realização deste relatório, o Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de June H. Larrabee. É fundamental que na gestão dos cuidados se avalie a necessidade de mudança, se localize as melhores evidências, se faça uma análise crítica das mesmas e se projete, implemente, avalie, integre e mantenha a mudança da prática, com enfoque na excelência dos cuidados (Larrabee, 2011)

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais é composto pelas competências "a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade" e "b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica" (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

As competências de Mestre em enfermagem analisadas em conjunto com este domínio são

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

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

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei n.º 65/2018, p. 4162).

Para o desenvolvimento desta competência foi essencial a componente teórica lecionada no que respeita à Relação e Comunicação em Saúde no Cuidado à PSC, à Ética e Deontologia de Enfermagem e Investigação em Enfermagem. A primeira UC centraliza-se no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades de estratégias de comunicação, na gestão da comunicação, relação pessoal e de emoções[5]. A UC de Ética e Deontologia em Enfermagem visa a identificação das dimensões ética e deontológica na tomada de decisão e a reflexão crítica do processo e resultados da mesma[6]. Por último, a UC de Investigação em Enfermagem permitiu a compreensão sobre metodologias de investigação, desenvolvimento na autoaprendizagem na realização de trabalho, promoção da disseminação dos resultados bem como a promoção do desenvolvimento de práticas baseadas em evidência[7].

A autorreflexão e a tomada de consciência dos diferentes componentes da nossa personalidade permitem identificar quem somos, como somos e o que necessitamos para melhorar. Tomando consciência de nós próprios, é possível refletir sobre as nossas capacidades e aquisição de competências (Phaneuf, 2005). O EE "(...) demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo

[5] Guia da UC de Relação e Comunicação em Saúde no Cuidados à PSC.
[6] Guia da UC de Ética e Deontologia em Enfermagem.
[7] Guia da UC de Investigação em Enfermagem.

que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional" (Regulamento n.º 140/2019, p.4749).

O percurso nos três campos de estágio, além da exigência a nível de conhecimentos, impôs desafios pessoais. A exposição a três equipas multidisciplinares diferentes constituiu um desafio constante, exigindo adaptação e flexibilidade no estabelecimento de relações e integração nas diferentes dinâmicas de trabalho. No contexto do SUMC e da SMI, este desafio foi ainda testado devido à natureza da PSC, onde a instabilidade e a complexidade atuam como um fator de pressão acrescido sobre os cuidados prestados, exigindo um autoconhecimento dos limites pessoais, uma gestão emocional e uma técnica rigorosa. Os desafios impostos nos campos de estágio foram fundamentais para o desenvolvimento das aprendizagens esperadas neste domínio. A realização do *debriefing* após cada situação juntamente com o enfermeiro orientador e restante equipa multidisciplinar revelou ser um elemento essencial na autorreflexão e identificação de problemas decorrentes da prática. O *debriefing* permite a discussão bem como a reflexão da atuação da equipa e de cada profissional individualmente. Assim, é possível que as equipas multidisciplinares identifiquem e desenvolvam estratégias para melhorarem os cuidados prestados e diminuam os riscos futuros (Lino, 2023). Desta forma, este processo de comunicação contribuiu para a reflexão das atividades, análise crítica das situações, validação das competências e identificação de possíveis aspetos suscetíveis de melhoria, revelando-se como um pilar fundamental para o alcance da excelência dos cuidados.

Como já referido anteriormente, o que motivou o ingresso nesta área de especialidade, além do interesse pessoal, foi a necessidade de aprofundar e desenvolver conhecimentos atualizados para a prestação de cuidados de qualidade. A identificação desta necessidade pessoal surgiu após uma reflexão sobre o Eu enquanto enfermeira há 10 anos e sobre a importância do cuidado ao doente. Desta forma, o percurso para o desenvolvimento das aprendizagens iniciou-se durante a componente teórica do curso. A revisão exaustiva da teoria lecionada nas UC durante a componente prática do curso revelou-se um alicerce fundamental para sustentar a transição dos conhecimentos teóricos para a complexidade da prática clínica nesta área de atuação.

A UC de Projeto em EMC como suporte ao estudante no seu percurso, foi fundamental na aquisição desta competência. Esta UC assenta na autorreflexão, no desenvolvimento pessoal e profissional e na construção de um percurso único e especializado, com base nos padrões de qualidade especializados. Articula-se com as competências comuns do EE, competências específicas do EE em EMC na área de enfermagem em PSC e competências

de Mestre em enfermagem, considerando o interesse profissional e académico do estudante[8]. A realização do Autodiagnóstico das competências acima citadas foi fundamental para identificar áreas de relevo com necessidade de aprofundamento. A identificação da temática inerente ao controlo de infeção é de extrema importância, principalmente quando estamos perante doentes complexos com risco acrescido de desenvolver qualquer tipo de infeção. Em resposta à necessidade do desenvolvimento de aprendizagens nesta área, foi selecionado o tema Boas Práticas na Prevenção da Infeção Urinária associada a Cateter Vesical na PSC como acima citado e escolhido estrategicamente o campo de estágio na UL-PPCIRA. Esta temática exigiu um investimento individual acrescido, bem como um planeamento futuro das atividades a desenvolver, servindo de catalisador para ultrapassar esta necessidade, tornando-se numa ferramenta para a aquisição de competências neste domínio. A transmissão e a aplicação do conhecimento desenvolvido através desta UC, teve um papel preponderante através da realização de ações de formação do SMI e na UL-PPCIRA. Desta forma, enquanto estudante de especialidade foi possível ser um elemento facilitador de aprendizagem em contexto de estágio nesta área de interesse, promovendo as boas práticas e a evidência mais atual. Complementarmente a este projeto desenvolvido, foi realizado um Estudo de Caso no contexto de estágio do SUMC relativo a uma situação vivenciada na SE. O Estudo de Caso tem como objetivo o estudo aprofundado dos problemas e necessidades da pessoa e família, possibilitando a identificação das melhores estratégias a adotar para a resolução das necessidades identificadas[9]. O Estudo Caso relacionou-se com a Abordagem à PSC com choque séptico na SE, estando intimamente ligado à temática em estudo que delineou o percurso teórico e prático – controlo de infeção. A realização deste trabalho permitiu a reflexão posterior da situação vivenciada, identificando os diagnósticos prioritários bem como as intervenções esperadas na resposta ao choque séptico, possibilitando a análise da atuação em detrimento da teoria que a suporta. Os

> cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuadamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento n.º 361/2015, p.17241).

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do EE "O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual

[8] Guia da UC de Projeto em EMC na PSC.
[9] Guia da UC da PSC I.

e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação" (Regulamento n.º140/2019, p.4749).

O modelo teórico que suporta a elaboração do presente relatório vai ao encontro da unidade de competência D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica. A *scoping review*, o Estudo Caso e as ações de formação foram realizadas pelas mais recentes evidências. Como já citado anteriormente, para a aplicação deste modelo teórico, é essencial que o enfermeiro avalie a necessidade de mudança, localize as melhores evidências, faça uma análise crítica das evidências, projete a mudança e posteriormente implemente, avalie, integre e mantenha esta mudança da prática (Larrabee, 2011). Estas etapas estão intrínsecas no papel do enfermeiro, sendo que o *debriefing* acima descrito consiste numa ferramenta essencial para a identificação da necessidade de mudança. Com isto, é expetável identificar lacunas na prática, investigar e promover a melhoria contínua das aprendizagens e dos cuidados. No estágio do SUMC foi detetada uma lacuna no conhecimento no que respeita à prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical e detetada a desatualização da norma institucional correspondente. A *scoping review* anteriormente realizada, serviu de suporte com a melhor evidência científica para a atualização da norma e divulgação dos resultados obtidos, visando a implementação das melhores práticas.

Além do conhecimento adquirido durante os contextos de estágio e o estudo intenso da componente teórica, importa salientar a participação em ações de formação externas aos contextos de estágio. Estas formações constituíram um pilar fundamental para o desenvolvimento das aprendizagens, permitindo o contato com novas evidências e experiências fora do contexto clínico. Este investimento pessoal possibilitou a aquisição de novos conhecimentos e boas práticas, funcionando como um motor de inovação e melhoria contínua dos cuidados prestados. Adicionalmente às formações citadas no Domínio B, foram ainda realizadas:

- International Trauma Life Support [ITLS];
- SAV;
- Suporte Avançado de Vida Pediátrio [SAVP];
- WEBINAR: O papel do Enfermeiro no Seguimento da PSC - Consulta de Follow-up;
- Medical Response to Major Incidents [MRMI] (Anexo C);
- Webinar - Catástrofe (Anexo D);
- Jornadas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: *Situações de Catástrofe e Exceção* (Anexo E);
- Formação: Atuação em cenários de Crime
- (Re)agir: Quando o impossível acontece – Gestão de Recursos em Emergência e Catástrofe (Anexo F)
- Simpósio Digital: Prevenção e Controlo de Infeção em Ambientes Críticos (Anexo G).

Alinhado com esta competência encontram-se os Padrões de Qualidade: Satisfação do Cliente, Promoção da Saúde e Prevenção de Complicações (Regulamento n.º 361/2015).

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019, p 4745) as competências específicas

> são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Pressupõe-se que o EE desenvolva uma prática baseada na evidência orientada para os resultados sensíveis aos cuidados (Regulamento n.º 429/2018) em concordância com o Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de June H. Larrabee utilizado como suporte na elaboração do presente relatório. Os cuidados especializados em EMC visam a conceção, implementação e avaliação dos planos de intervenção tendo por base a resposta às necessidades das pessoas e famílias. O objetivo assenta na deteção precoce, na estabilização, na manutenção e na recuperação de situações que necessitem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 429/2018). Alinham-se diretamente aos Padrões de Qualidade Especializados, através da prevenção de complicações e promoção da saúde (Regulamento n.º 361/2015).

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

Para a análise desta competência específica, foram articuladas as seguintes competências de Mestre em enfermagem

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

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

> ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
>
> b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
>
> c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
>
> d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei n.º 65/2018, p. 4162).

Os cuidados na área da PSC

> são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018, p.19362).

Estes exigem observação, colheita e procura contínua com o objetivo de conhecer e compreender a situação da pessoa e família, prevendo e detetando precocemente complicações e assegurando intervenções concretas, precisas, eficientes e em tempo útil (Regulamento n.º 65/2018).

Uma situação de emergência está descrita como resultado de uma agressão sofrida por um indivíduo, por algo que lhe causa perda brusca e violenta de saúde, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos, colocando o indivíduo em risco de vida. Desta forma, atentando à complexidade das situações, o EE deve mobilizar conhecimentos e habilidades de forma a responder de forma célere e holística (Regulamento n.º 65/2018).

A experiência profissional num serviço de Medicina Interna, permitiu a identificação de falhas na abordagem ao doente em contexto crítico. A escassez de uma equipa com formação na área da PSC e a ausência de sistemas de monitorização rigorosa, condicionam a celeridade e a eficácia da resposta perante este tipo de situações. Esta realidade evidenciou

a necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área, visando a implementação de padrões de vigilância mais rigorosos, e uma intervenção mais precoce, garantindo a segurança e a estabilidade da PSC num serviço de Medicina Interna.

Para uma mobilização total de conhecimentos, importa salientar a importância da UC Relação e Comunicação em Saúde no Cuidado à PSC, Processos Complexos da PSC, PSC I e PSC II. A UC de Relação e Comunicação no que respeita às diferentes estratégias na comunicação, bem como no estabelecimento da relação terapêutica com o doente e famílias. A UC de Processos Complexos e PSC I no que remonta ao desenvolvimento teórico de um caso, com elaboração de diagnósticos e intervenções bem como a aplicação de protocolos terapêuticos complexos baseados na evidência científica mais atual. Salientar a importância da UC PSC II que englobava a realização dos cursos de SAV, SAVP e ITLS concluídos com aproveitamento e que serviram de base para o início da componente prática do curso.

Para a identificação precoce de focos de instabilidade e para a resposta adequada às necessidades, é essencial a mobilização de conhecimentos adquiridos, principalmente na avaliação do doente. A abordagem ABCDE é considerada uma avaliação primária que deve ser realizada de forma célere e tem como objetivo garantir a segurança da vítima, identificar e corrigir situações que coloquem em causa a vida do doente e limitar o tempo no local ao mínimo possível. Esta abordagem, criada para cenários de trauma, permite a avaliação da VA ou Airway (A), da respiração ou Breathing (B), da circulação (C), da disfunção neurológica (D) e da exposição com controlo de temperatura (E). Qualquer condição numa destas etapas deve ser abordada e corrigida se possível de imediato antes de prosseguir com a avaliação (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2012a). Desta forma, no contexto teórico, a realização de um Estudo de Caso na UC PSC I e a realização de uma Prática Simulada na UC de Processos Complexos, permitiu adquirir conhecimentos e prática relativos a esta abordagem, podendo transpô-los para a componente prática durante os estágios. Tanto no estágio do SUMC como no estágio de SMI, a avaliação do doente segundo esta metodologia foi fulcral na identificação de focos de instabilidade e consequentemente na sua intervenção atempada.

A sala de triagem de prioridades e a utilização do Sistema de Triagem de Manchester permitem identificar a prioridade dos doentes e encaminhá-los para o circuito correspondente. A possibilidade de prestar cuidados nos diferentes setores do SUMC, além da aquisição de competências, resultou na perceção e acompanhamento do circuito dos doentes após a triagem de prioridades. A equipa multidisciplinar do SUMC tem bem intrínseco e articulado a prioridade e a atuação perante as VV. As VV são circuitos que permitem o encaminhamento e a sistematização dos passos, procedimentos e responsabilidades, perante situações que beneficiam de uma abordagem precoce e estruturada (Grupo Português de Triagem, 2011). Durante o estágio no SUMC, percebeu-se que a Sala de Triagem de Prioridades era a porta

de entrada para os doentes com diagnóstico de Sépsis. Através da Triagem de Manchester e com a avaliação crítica do enfermeiro neste setor, era ativada a VV sépsis, de forma a iniciar o circuito para a SE. Posteriormente, a equipa multidisciplinar deste serviço, adicionou um novo elemento à sala de triagem, um médico, e um instrumento de avaliação – NEWS, possibilitando uma avaliação e uma resposta mais atempada neste tipo de situações. Relativamente às VV coronária, trauma e AVC, por norma, estas são ativadas ainda no pré-hospitalar através do CODU. Após a notificação precoce do elemento no posto da SE pelo médico, a equipa tem possibilidade de preparar todo o material e equipamento para a abordagem desta pessoa, permitindo uma resposta coordenada e atempada. Ao longo destas 9 semanas foi possível contatar com várias VV AVC, permitindo a aquisição de maior autonomia ao longo do tempo. Esta VV é assumida com caráter de urgência e a abordagem é multidisciplinar através da avaliação ABC, antecedentes pessoais, hora e circunstância do início de sintomas, exame objetivo geral e neurológico com aplicação da *National Institutes of Health Stroke Scale* [NIHSS] e colheita de sangue para análise, incluindo o *International Normalized Ratio*. Posteriormente, o doente realiza TAC cranioencefálico. Se o exame revelar condições para o tratamento fibrinolítico, enquanto os técnicos de imagiologia se preparam para realizar o angioTAC, o enfermeiro administra o primeiro bolús de 10% de Alteplase, consoante o peso do doente. Após a realização de angioTAC, o doente retorna à SE e cumpre com o restante tratamento fibrinolítico em 60minutos. Se o doente reunir condições para terapêutica endovascular, é ativada a transferência inter-hospitalar, sendo enviado para a unidade hospitalar que possua radiologia de intervenção. Os passos observados pela equipa multidisciplinar do SUMC vão ao encontro do preconizado pela DGS (2017c). Importa salientar, acrescido ao SAV anteriormente realizado, a formação desenvolvida pelo próprio serviço relativo às VV. Esta formação teve uma componente teórica onde foram abordados todas as evidencias científicas mais recentes, e uma componente prática onde foram apresentados casos para resolver em equipa. Esta formação permitiu não só consolidar os conhecimentos adquiridos, como também praticar a atuação, a distribuição de funções e o trabalho em equipa. Na SE foi ainda possível observar e participar em situações complexas de insuficiência respiratória com necessidade de óculo nasal de alto fluxo e VMI.

No que respeita ao estágio no SMI, sendo um ambiente controlado, mas bastante complexo, inicialmente foi disponibilizado pelo Enfermeiro Gestor dois dias para leitura e estudo dos protocolos inerentes a este serviço. Este é um aspeto considerado de alta relevância na medida em que o SMI possui protocolos terapêuticos complexos e específicos e que é necessário ter pleno conhecimento para saber agir. Durante este estágio, adicionalmente à utilização do óculo nasal de alto fluxo e à VMI, foi possível assistir a terapias contínuas de substituição renal, proceder a desmame ventilatório e testes de respiração espontânea. Salientar a possibilidade de participar, em conjunto com o médico, na realização

de uma broncofibroscopia num doente submetido a VMI com hemorragia presente. A participação e, complementarmente, a explicação pormenorizada do exame pelo médico revelou-se uma mais-valia para a aquisição de conhecimentos. Foi possível também a aplicação do protocolo complexo correspondente às taquicardias através da identificação de um traçado com taquicardia supraventricular [TSV] e a avaliação dos critérios de gravidade para definição do tratamento a realizar. A avaliação destes critérios realizou-se de forma bastante rápida permitindo uma cardioversão sincronizada o mais atempada possível.

No contexto da UL-PPCIRA importa salientar que, apesar de ser um serviço que não presta cuidados diretos ao doente, encontra-se na base para a sua adequada prestação. Neste serviço, foi verificada a gestão de microrganismos a nível hospitalar bem como o apoio prestado aos serviços de forma a promover as práticas mais seguras no que concerne ao controlo de infeção.

Alinhado à unidade de competência 1.3 relativa à gestão da dor e bem-estar da pessoa, em contexto teórico na UC de Investigação em Enfermagem, foi realizada uma *scoping review* com o título Controlo da Dor Aguda no Conforto do Doente Crítico**,** tendo sido posteriormente apresentada em formato poster nas 1ª Jornadas Internacionais de Enfermagem – Caminhos Convergentes: Enfermagem e a Integração de Cuidados na Universidade de Évora (Apêndice D). Na transposição do conhecimento teórico para a prática importa salientar a dor como o 5º sinal vital (DGS, 2003) e uma experiência sensorial e emocional desagradável presente no doente (Hamadeh et al., 2024). Por conseguinte, o conforto é positivo e multidimensional, sendo um objetivo alcançável através de intervenções de enfermagem (Gonçalves, 2019). A dor e o desconforto além de causarem sofrimento, originam complicações graves e protelam altas (Pérez et al., 2023). Desta forma, é imperativo que o enfermeiro antecipe e implemente estratégias na sua prevenção (Hamadeh et al., 2024). A analgesia preventiva e o controlo precoce da dor diminuem a incidência de dor crónica, ansiedade e promovem o conforto (Kumar et al., 2023). Devem ser utilizadas escalas de avaliação da dor, adaptadas a cada doente, reduzindo a administração de opióides e sedativos. Adicionalmente, devem ser implementadas medidas não farmacológicas, como terapias complementares e integrativas como massagem, musicoterapia e espiritualidade (Xiao et al., 2024). O tratamento da dor é desafiante, mas obrigatório na PSC. Desta forma, é essencial que os enfermeiros possuam conhecimentos atualizados na avaliação, controlo e tratamento da dor.

No SUMC a dor é avaliada em todos os setores, sendo maioritariamente avaliada através da Escala Numérica da Dor ou através da EVA. Na SE são imperativos a abordagem e o controlo da dor em qualquer tipologia de doente. No que respeita ao SMI, a abordagem ao 5º sinal vital é mais complexa. Maioritariamente os doentes encontram-se sedados, analgesiados e curarizados. Desta forma, é necessária a utilização de diferentes escalas para a monitorização do conforto do doente com o intuito de prevenir complicações. O conforto do

doente não está apenas inerente à dor, mas também à prevenção do *delirium* e à monitorização rigorosa da sedação. As escalas utilizadas são na sua maioria a RASS, BPS, BIS e CAM-ICU. Com a sua aplicação é possível gerir a concentração de sedação, curarização e analgesia administrados, promovendo assim o conforto, a eficácia do tratamento, o bem-estar e a segurança do doente. O protocolo terapêutico da dor no SMI é iniciado com Fentanilo como terapêutica de primeira linha, seguido da Morfina. Associados a estas medicações, encontram-se o Ceterolac e o Paracetamol. No que respeita ao protocolo terapêutico da sedação, este inicia-se com o Propofol, seguido da Cetamina e do Midazolam.

Integrada nesta competência específica encontra-se a comunicação. Esta é transversal à interação humana e tem sido cada vez mais valorizada em diferentes níveis: a nível global; em ambientes de prestação de cuidados de saúde específicos; no desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde; na promoção da literacia em saúde; no desenvolvimento de estratégias de capacitação e interação com cidadãos; na adoção de estratégias digitais; na avaliação da eficácia dos planos nacionais de saúde (DGS, 2023). Existem obstáculos na comunicação que dificultam a transmissão correta da mensagem do prestador de cuidados para o doente/família. Estes obstáculos prendem-se com o baixo nível de educação geral, falta de formação dos profissionais de saúde em comunicação, complexidade da linguagem clínica, barreiras linguísticas e culturais, acesso limitado a tecnologias digitais, desinformação transmitida nas redes sociais e envelhecimento da população (DGS, 2019). O PNSD 2021-2026 salienta também a importância na adequação da comunicação de informação clínica ao doente, família e cuidador, no objetivo estratégico 3.3 (Despacho n.º 9390/2021).

No SUMC a gestão da comunicação exigiu uma elevada capacidade de ajuste dada a amplitude das faixas etárias dos doentes. Na abordagem a doentes mais idosos privilegiou-se a clareza do discurso, a adequação do tom de voz e uma simplificação terminológica. Por outro lado, a comunicação com a população mais jovem constituiu-se um desafio no que respeita à desinformação digital que atualmente existe. Este aspeto exige do enfermeiro uma postura mais pedagógica, com o intuito de desconstruir mitos e divulgar e fundamentar a prática baseada na evidência científica. No pré-atendimento e na área da decisão clínica, devido ao elevado fluxo de trabalho, a comunicação com a família era restrita a apenas poucos minutos, sendo transmitida a informação essencial naquele momento. Na SE, apesar da elevada complexidade do doente, perante a situação controlada, era possibilitada a entrada de um familiar para junto do mesmo, sendo realizada uma reunião para a transmissão de informação, sendo esta adaptada às características individuais. Já no SMI, a comunicação sofre uma alteração de paradigma, uma vez que os doentes se encontram com sedo-analgesia profunda, incapacitando-os de comunicar. Nesta circunstância, como já referido anteriormente, a família assume o papel de interlocutor tornando-se o foco da equipa

relativamente ao acolhimento e transmissão de informações. A realização de reuniões multidisciplinares, num espaço para esse fim, é essencial proporcionando privacidade e serenidade, aspetos estes essenciais na construção da relação de ajuda e relação terapêutica. O estabelecimento desta relação possibilita que a equipa faça a gestão de expetativas familiares durante o internamento. Quando o doente se encontra vígil, mas com limitação na comunicação pela presença de dispositivos invasivos na VA, a equipa desenvolveu um *Kit* de comunicação que consiste em quadros, marcadores e *tablets*. O incentivo à participação do doente e o envolvimento da família são fatores determinantes para o sucesso do plano terapêutico e para a promoção da dignidade da pessoa.

Inerente à comunicação está a transmissão de más noticias. Tendo por base teórica o Protocolo SPIKES e as suas 6 etapas lecionadas na UC de Relação e Comunicação em Saúde no Cuidados à PSC, vivenciou-se um processo de conferência familiar no SMI com o objetivo de estabelecer um limite terapêutico para um doente. Doente este que se encontrava internado há vários dias e que a família tinha realizado várias reuniões com a equipa multidisciplinar. Perante esta última reunião, foi evidente a importância da relação terapêutica estabelecida previamente, permitindo à família o suporte emocional necessário para a aceitação, e acima de tudo para a confiança na decisão da equipa multidisciplinar.

Toda esta competência assenta no modelo teórico que suporta este relatório, tendo em conta que para a prestação de cuidados de elevada qualidade na resposta à PSC, é essencial que o enfermeiro detenha na sua prática a evidência científica, identificando necessidades de melhoria e investigando as evidências mais atuais, proporcionando a excelência do cuidado. Inerente à prestação de cuidados à PSC em todos estes aspetos anteriormente salientados, estão os Padrões de Qualidade Especializados: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, organização de cuidados especializados e prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados (Despacho n.º 361/2015).

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

Alinhada a esta competência, foram associadas as seguintes competências de Mestre em enfermagem

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

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

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

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

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

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei n.º 65/2018, p.4162).

O EE concebe, planeia e gere uma resposta pronta, sistematizada, eficaz e eficiente em situações de emergência, exceção e catástrofe. Esta resposta não deve negligenciar a preservação de indícios de práticas de crime. A situação de exceção consiste num desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, exigindo uma atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis. Já a situação de catástrofe está descrita, segundo a Lei de Bases da Proteção Civil, como um acidente grave ou uma sucessão de acidentes graves que provoquem elevados prejuízos materiais e vítimas, afetando as condições de vida e a atividade socioeconómica em áreas ou na totalidade do terreno nacional (Regulamento n.º 429/2018).

Perante a possibilidade de ocorrência destas situações, torna-se imperativo conhecer os potenciais riscos. O INEM (2012b) divide estes riscos em 6 categorias:

- Ameaça ou acontecimento de saúde pública: Epidemia, Pandemia;
- Acidente resultante do desenvolvimento tecnológico: Incêndio, Colapso de edifícios;
- Acidente industrial: Núclear, Radiológico, Biológico e Químico;
- Acidente com transportes: Subterrâneo, Terrestre, Aquático e Aéreo;
- Acidente de origem natural: Fenómeno sísmico, Inundação, Estado de Seca e Avalanche;
- Catástrofe relacionada com o comportamento humano: Circuitos automobilísticos, Espetáculos pirotécnicos, Atos de terrorismo, Manifestações culturais, artísticas e políticas (INEM, 2012b).

Conforme o supracitado, importa salientar que, a nível mundial, têm existido vários acontecimentos que exigem este tipo de resposta nomeadamente a pandemia por SARS-CoV-2 e os atos de terrorismo. Adicionalmente, a nível nacional estes riscos associam-se também aos incêndios e inundações, ao estado de seca, ao risco sísmico e a manifestações culturais. Desta forma, é imprescindível que as equipas de saúde possuam competências a nível da preparação e planificação, comunicação, gestão de incidentes, segurança e proteção, avaliação, intervenção e recuperação, tendo por base a componente ética e deontológica (ICN, 2019). Para além do treino e dos simulacros, as equipas devem conhecer os fluxogramas de triagem primária e secundária. Estas triagens são aquelas que permitem uma avaliação e priorização das vítimas, de forma a assegurar os cuidados necessários em tempo útil. A triagem primária é realizada através do método *Simple Triage and Rapid Treatment*, que estabelece as prioridades através de cores. A triagem secundária é assegurada por um processo contínuo baseado no Triage Revised Trauma Score estabelecendo scores associados às prioridades (INEM, 2012b).

No percurso profissional, durante a pandemia por SARS-CoV-2, houve oportunidade de ser destacada para pertencer à equipa multidisciplinar que integrou a fase 4 do Plano de Contingência com a abertura de 100 camas adicionais de apoio. Esta estrutura funcionou como retaguarda aos hospitais aliviando a pressão existente nas unidades públicas de saúde. Destas 100 camas, 6 estavam destinadas a doentes graves/críticos. Em permanência encontravam-se as equipas médica, de enfermagem e de técnicos auxiliares de saúde, com apoio dos Bombeiros Voluntários e da Proteção Civil. Adicionalmente, havia espaços disponíveis de apoio psicossocial e de aprovisionamento[10]. Durante esta experiência, foram adquiridas competências a nível da gestão de recursos humanos perante um elevado fluxo de doentes, da gestão de doentes em estado crítico que necessitavam de maior vigilância bem como da gestão de recursos materiais. A pressão existente durante as 24h00 era elevada, derivada tanto dos doentes que se encontravam deslocados da sua residência, como das famílias e da comunicação social, exigindo uma conduta ética e responsável da equipa multidisciplinar.

No percurso académico, a nível teórico, a UC de Enfermagem em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe serviu de base para o desenvolvimento desta competência ao longo da componente prática dos estágios. Importa referir a *scoping review* realizada com o título: Fatores preditivos na eficácia dos cuidados de saúde numa situação de catástrofe*,* apresentada posteriormente em formato *E-Poster* no *1st International Seminar on Implementation Science and Nursing* (Apêndice E). Adicionalmente, ainda na UC, foi

[10] Noticia do Ministério da Saúde sobre a enfermaria covid com capacidade de 100 camas no pavilhão da localidade onde se realizaram os Estágios.

construído um plano de evacuação e realizada uma simulação neste contexto. O objetivo era estabelecer prioridades na evacuação dos doentes, durante um incêndio numa unidade hospitalar, considerando as suas dependências. A incorporação de jornalistas tornou o cenário ainda mais realista, promovendo a capacitação dos estudantes na resolução de problemas adicionais perante uma situação de emergência, exceção e catástrofe.

Durante o estágio no SUMC, ocorreu o Apagão Nacional. Esta situação sujeitou a equipa a prestar cuidados com limitações decorrentes da falta de eletricidade. Além da afluência diária dita como normal num SU, neste dia o fluxo de doentes aumentou ainda mais. Verificou-se que, tal facto deveu-se, acima de tudo, ao pedido de socorro por parte de doentes respiratórios dependentes de VMNI, por incapacidade de manter o dispositivo carregado. O que, aparentemente, pode ser uma situação de fácil resolução, tornou-se difícil de gerir. Adicionalmente, durante esta experiência, por ausência de telecomunicações, não houve possibilidade de realizar transferências inter-hospitalares, aumentando a taxa de doentes no SUMC. Devido a esta situação, o Diretor Clínico e o Enfermeiro Gestor acionaram os profissionais que não se encontravam em horário de trabalho. Nas primeiras duas horas do Apagão Nacional, por falha no gerador, houve necessidade de realizar a triagem de prioridades manualmente através do *Kit* de Catástrofe existente no serviço. Colaborar, enquanto estudante de especialidade, nesta situação específica permitiu analisar pequenos pormenores e refletir sobre a necessidade de treino das equipas em resposta a estas situações. Após esta experiência, deu-se prioridade à leitura e análise do Plano de Catástrofe Externa da ULS, bem como do Plano de Contingência e Plano de Evacuação específicos do SMI da ULS. A existência destes planos bem como o seu conhecimento por parte da equipa multidisciplinar é fulcral para uma resposta célere e atempada às necessidades dos doentes/vítimas. Um Plano de Evacuação de um SMI, na sua generalidade, asseta em seis pilares essenciais:

- Estratégia de priorização de doentes: primeiro são evacuados os doentes mais próximos da zona de perigo; seguidamente, são evacuados os doentes mais leves; posteriormente, são evacuados os doentes críticos, por necessitarem de mais elementos da equipa e mais equipamentos; por último são evacuados os doentes em isolamento;
- Infraestrutura e design de segurança: existência de portas corta-fogo, válvulas de corte de oxigénio e corredores e portas largas que comportem a passagem de material;
- Recursos materiais de apoio: lençóis de deslizamento, cartões de ação e kits de emergência;
- Gestão e liderança: enfermeiro chefe ou diretor clínico e comunicação clara e eficaz;
- Continuidade dos cuidados: recursos materiais com autonomia, como ventiladores e bombas/seringas infusoras e acordos prévios com outros SMI para a transferência de doentes;

- Treino e simulação: treino para toda a equipa, preferencialmente de 2 em 2 anos, para testas práticas e rotas (Kelly et al., 2021).

Tal como descrito anteriormente, o EE deve conceber, planear e gerir uma resposta pronta sistematizada, eficaz e eficiente perante as situações de emergência, exceção e catástrofe (Regulamento n.º 429/2018). Apesar da UL-PPCIRA não ter uma intervenção direta na prestação de cuidados aos doentes, é imprescindível a sua atuação no que concerne à gestão de microrganismos e à transmissão cruzada. No decorrer deste estágio, verificou-se um surto na unidade hospitalar de Influenza A e B. Perante esta situação, foi essencial a atuação da UL-PPCIRA no apoio e nas indicações aos serviços, bem como na gestão e vigilância deste vírus. Foi imperativo uma análise rigorosa dos sinais e sintomas descritos pelos doentes, para a decisão do tempo de isolamento bem como para a necessidade de medicação dirigida. O rastreio dos contatos diretos e a alocação de doentes foram componentes essenciais no apoio prestado aos serviços pela UL-PPCIRA.

Adicionalmente, em resposta a esta competência, foi importante frequentar as Jornadas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: *Situações de Catástrofe e Exceção,* no Instituto Politécnico de Leiria, o Webinar: Catástrofe realizado pela OE e por fim realizar o curso de MRMI com nota positiva. Este curso foi criado em 2009 por um grupo de especialistas internacionais e tem como objetivo promover a educação e o treino na resposta a grandes incidentes e desastres, bem como a tomada de decisão a todos os níveis, desde o comando e coordenação até à prestação de cuidados individuais (Medical Response to Major Incidents & Disasters, s.d.) Para este curso, foram disponibilizados documentos de apoio para que cada participante pudesse ler e analisar. Durante os 3 dias de curso, existiu uma componente teórica de suporte à componente prática que se realizou posteriormente. Os participantes aquando da sua inscrição, revelaram a sua profissão de forma a facilitar a divisão de papéis. Desta forma, foram realizadas equipas aleatoriamente, nos vários cenários: cena, transporte, SE, BO, SMI, enfermarias, apoio social, coordenação e comando. Este curso possibilitou o treino direto com todas as equipas, permitindo desenvolver a capacidade de articulação com as mesmas em tempo real durante uma situação de exceção ou catástrofe. A gestão dos doentes presentes na unidade hospitalar no momento do incidente, bem como dos doentes encaminhados após evento foi de extrema relevância, no que respeita à gestão de prioridades na prestação de cuidados. À chegada à unidade hospitalar, os doentes traziam consigo uma triagem primária, sendo realizada uma triagem secundária posteriormente e estabelecida a prioridade e o destino do mesmo. A possibilidade de conhecer os diferentes setores bem como o seu papel nestes incidentes foi fulcral para a aquisição desta competência.

No que respeita à unidade de competência 2.5 “Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19364), não houve nenhuma situação que possibilitasse a atuação da equipa

perante esta realidade. Desta forma, enquanto estudante de especialidade procurou-se perceber a existência de alguma norma/procedimento ou algum treino das equipas na resposta a estas situações. Apesar da ausência de documentação divulgada no SUMC, existe um *Kit* com material específico para recolha e preservação de vestígios forenses, garantindo a cadeia de custódia desde a entrada no SUMC até ao Instituto de Nacional de Medicina Legal. Existe, igualmente, um *Kit* de abuso sexual no adulto com medicação apropriada para a situação. A realização da formação sobre Atuação em Cenários de Crime orientado pela VMER constitui-se uma ferramenta essencial para perceber toda a cadeia de custódia e correta atuação das equipas perante esta realidade. Salientar que no SUMC, existe uma Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, que dá resposta aos diferentes tipos de violência doméstica com que os profissionais se deparam no dia-a-dia. Esta equipa multidisciplinar facilita e transmite as boas práticas para os restantes elementos, de forma a dar uma resposta mais atempada e segura para o doente. A aguardar aceitação, existe uma proposta de norma de procedimento.

Perante o acima citado, o treino das equipas é um elemento fundamental na resposta a este tipo de situações, privilegiando os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, como a satisfação do cliente, prevenção de complicações, promoção da saúde e organização de cuidados especializados (Regulamento n.º 361/2015).

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

Face a este domínio, será realizada uma análise das competências englobando as seguintes competências de Mestre em enfermagem

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

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

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

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

> c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
>
> d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei n.º 65/2018, p.4162).

O exercício da profissão de enfermagem em prevenção e controlo de infeção tem como objetivo responder perante desafios na atuação multidisciplinar, apoio, orientação e suporte na prevenção de infeções consideradas evitáveis, garantindo a segurança do doente e profissional e assegurando a qualidade dos cuidados. Desta forma, a OE em 2021 reconheceu o enfermeiro com competência acrescida diferenciada em enfermagem em prevenção e controlo de infeção. Esta competência integra não só as competências do enfermeiro de cuidados gerias, como um conjunto de competências que envolvem a conceção, planeamento, implementação e gestão de um programa de prevenção e controlo de IACS. Assim, é possível assegurar uma atuação integral, preventiva, efetiva, segura e oportuna tanto aos doentes e famílias, como aos profissionais de saúde e comunidade (Regulamento n.º 674/2021).

Por outro lado, segundo o Regulamento das competências específicas do EE em EMC enfermagem à PSC, o EE também deve responder de forma eficaz na prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos

> Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018, p.19359).

As IACS estão descritas como uma “infeção adquirida no decurso da prestação de cuidados, independentemente, do local onde são prestados e do nível de cuidados (unidades de saúde, instituições de apoio social e comunidade) incluindo as infeções dos profissionais adquiridas em contexto laboral” (Regulamento n.º 674/2021, p.140).

A nível mundial, encontra-se em vigor o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 que promove o trabalho em equipa e garante monitorizações rigorosas,

análise crítica de ambientes de risco e a implementação de protocolos para o desenvolvimento de melhores práticas (OMS, 2021).

A nível europeu, em 2010, foi criado o Inquérito Europeu de Prevalência de Ponto das IACS e do uso de antimicrobianos. Este inquérito é realizado a cada 5 anos e tem como objetivo estimar a prevalência das IACS e uso de antimicrobianos; Descrever doentes, procedimentos invasivos, infeções e antimicrobianos prescritos; Descrever estruturas e processos chave para a prevenção das IACS a nível hospitalar; Divulgar resultados a nível local, regional, nacional e europeu. O último inquérito de prevalência foi realizado entre 2022-2023, com atraso de um ano devido à pandemia por SARS-CoV-2 (ECDC, 2024).

A nível nacional encontra-se em vigor, como já mencionado anteriormente, o PNSD 2021-2026. Este plano tem como objetivo promover e consolidar a segurança durante a prestação de cuidados de saúde, sem prejuízo da cultura de segurança, comunicação e implementação de práticas seguras em ambientes complexos. No seu Pilar 5 – Práticas seguras em ambientes seguros, objetivo estratégico 5.3 salienta a redução das IACS e as resistências aos antimicrobianos através da promoção da adesão à estratégia multimodal de PBCI, implementação de programas de vigilância epidemiológica para as IACS, implementação e monitorização das *guidelines* de prevenção das IACS e promoção da implementação do PAPA. No objetivo estratégico 5.4 menciona ainda a atribuição de tempo protegido aos profissionais envolvidos na prevenção, monitorização e controlo das IACS bem como no uso do PAPA e a partilha dos resultados dos indicadores definidos com o objetivo da melhoria da qualidade (Despacho n.º 9390/2021). Concomitantemente, encontra-se em vigor o programa *STOP* Infeção Hospitalar 2.0 que tem como objetivo diminuir em 50% as infeções hospitalares em 3 anos e reduzir em 30% as infeções associadas a dispositivos médicos (DGS, 2022a).

O estágio no SUMC permitiu verificar que, apesar da elevada afluência de doentes, a equipa tentava cumprir ao máximo com as PBCI. Na SE, por ser uma área mais restrita e com possibilidade de alocar três doentes, as medidas de prevenção e controlo de infeção eram asseguradas, quer nos cuidados diretos ao doente, quer relativamente à estrutura física da sala como descrito na contextualização do SUMC. Não obstante as intervenções céleres neste posto, a equipa garantia sempre a sua segurança bem como a do doente através da higiene das mãos e da utilização de EPI's. No que respeita à área da decisão clínica, em que são alocados um elevado número de doentes, apesar dos EPI's utilizados pela equipa, nem sempre é possível manter a distância entre macas, possibilitando a transmissão cruzada entre doentes. Na área de internamento geral, estes constrangimentos foram igualmente observados durante o estágio, contudo é relevante mencionar o esforço da equipa de cumprir com os rastreios de MRSA e EPC nesta área do SUMC, aos doentes com critérios. No que respeita aos doentes com patologia respiratória, desde a pandemia por SARS-CoV-2, que é realizado o rastreio de Influenza A e B, SARS-CoV-2 e Vírus Sincicial Respiratório.

Relativamente aos isolamentos, verificou-se o cuidado com o isolamento de contacto, mesmo em áreas de grande amplitude, com colocação de cortinas e cartazes afixados. Já os doentes com patologia respiratória infeciosa, cumpriam com isolamento em local destinado para esse fim. Foi no decorrer deste estágio, como já mencionado, que foi identificada a necessidade de atualização da norma hospitalar referente à Intervenção de Enfermagem na Inserção e Manutenção e Remoção do Cateter Vesical. Norma que posteriormente foi validada e divulgada a nível da ULS.

O SMI é um serviço onde todos os cuidados são prestados com detalhe e ao pormenor mantendo os elevados padrões de qualidade. Apesar da tipologia de doentes ser bastante complexa, o rácio enfermeiro/doente possibilita uma dedicação total à prestação de cuidados de qualidade, garantindo e promovendo a segurança do doente e do profissional. No decorrer do estágio, verificou-se o rigor na utilização dos EPI's e no cumprimento dos 5 momentos da higiene das mãos sempre que havia necessidade de abordar o doente. Este rigor, para além de abranger toda a equipa multidisciplinar, abrange igualmente as visitas, que são instruídas à desinfeção das mãos e colocação dos EPI's à entrada e saída da unidade. Salientar, o uso de fardamento próprio por parte de todos os profissionais que prestam cuidados diretos ao doente. No que respeita às medidas na prevenção da transmissão cruzada, verificou-se que à entrada todos os doentes são sujeitos a rastreio de MRSA e EPC e são colocados em isolamento de contacto preventivo até ao resultado negativo.

No decorrer deste estágio, foi possível realizar uma ação de formação sobre o tema Boas Práticas na Prevenção da Infeção Urinária associada a Cateter Vesical na PSC, bem como divulgar as principais atualizações impostas na norma anteriormente referida. Esta ação de formação possibilitou a sensibilização da equipa e a discussão de estratégias a adotar para melhorar as práticas. Houve ainda possibilidade de assistir, em formato online, ao Simpósio Digital – Prevenção e Controlo de Infeção em Ambientes Críticos pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem em Doente Crítico e à formação realizada pela equipa da UL-PPCIRA sobre Prevenção e Controlo de Infeção associada aos Cuidados de Saúde para Enfermeiros.

No que respeita ao estágio realizado na UL-PPCIRA, como foi descrito na contextualização do mesmo, foi possível compreender a sua importância e participar na sua atuação a nível da unidade hospitalar. A realização da vigilância epidemiológica dos MEI no que respeita às infeções nosocomiais associadas aos cuidados de saúde, às colonizações e aos vírus respiratórios revelou-se de extrema importância. A utilização da ferramenta *HEPIC* foi uma mais-valia para a compreensão e análise dos resultados e eficácia dos tratamentos dirigidos. O apoio prestado aos serviços, sempre que solicitado, ou sempre que emergia um microrganismo com necessidade de cuidados específicos, revelou-se fundamental para a qualidade dos cuidados e na prevenção e controlo destas infeções. A participação nas auditorias de PBCI e consequentemente no ensino sobre as mesmas, possibilitou a aquisição

de conhecimentos no que concerne aos parâmetros avaliados e requisitos que cada serviço deve cumprir. O cumprimento de um calendário de formações aos profissionais de saúde é um dos fatores de maior relevância no trabalho desenvolvido pela equipa. Estas formações são realizadas a cada categoria profissional com o objetivo de transmitir conhecimentos a todas as áreas de intervenção. Salientar a divulgação e explicitação dos Feixe de Intervenções durante estas formações, com objetivo da uniformização dos cuidados. Foi verificada a participação e trabalho conjunto da equipa com os Elos de Ligação de cada serviço, no cumprimento das auditorias da Campanha da Higiene das Mãos.

Desde o início do estágio, que se percebeu a ausência de vigilância epidemiológica do resultado das uroculturas colhidas. Desta forma, foi proposta a realização de um Estudo Epidemiológico Retrospetivo sobre a Caracterização dos Resultados de Uroculturas em Contexto Hospitalar: Contributos para as Boas Práticas na Prevenção de Infeção Urinária associada a Cateter Vesical. Este estudo teve como principal objetivo colmatar a lacuna referente à ausência de vigilância epidemiológica destes dados. Desta forma, num espaço temporal de 3 meses, foram verificadas todas as uroculturas colhidas em dois serviços específicos. Posteriormente, foi realizada uma análise integral sobre a existência de sinais e sintomas de infeção urinária, a presença de cateter vesical no momento da colheita ou sete dias antes, se a infeção presente era de origem nosocomial ou comunidade, quais os microrganismos presentes e o tratamento efetuado. Os resultados obtidos neste estudo, foram apresentados numa sessão de formação (Apêndice F), e permitiram realizar um diagnóstico situacional da unidade hospitalar, possibilitando à equipa da UL-PPCIRA a identificação das necessidades neste contexto, bem como adequar a sua atuação perante os resultados.

Relativamente à temática estudada sobre as Boas Práticas na Prevenção da Infeção Urinária associada a Cateter Vesical na PSC foi possível ainda participar no Congresso Internacional de Controlo de Infeção, com participação ativa através da apresentação de um E-poster (Apêndice G). Adicionalmente, encontra-se em processo de desenvolvimento o artigo com os resultados da *scoping review* para publicação em revista.

Esta competência vai ao encontro dos documentos que regem a profissão de enfermagem, nomeadamente na Lei de Bases da Saúde, na promoção do direito à proteção da saúde, na sua Base I alínea 2 (Lei n.º95/209), na Deontologia Profissional em Enfermagem (OE, 2015a) Artigo 97º que dá enfase à melhoria da qualidade dos cuidados, no REPE (Decreto-Lei n.º 161/96) Artigo 8º que salienta a prevenção de doenças e promoção da saúde e por último, nos Padrões de Qualidade Especializados na promoção da saúde, prevenção de complicações e prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados (Regulamento n.º 361/2015).

Para o desenvolvimento e aquisição desta competência específica, foi realizada ainda, uma revisão dos conteúdos lecionados através da UC Segurança da PSC – Prevenção e Controlo das IACS.

CONCLUSÃO

A elaboração do relatório de estágio foi o culminar de um percurso de reflexão crítica e aprofundada do percurso académico e profissional, que permitiu a análise das atividades desenvolvidas ao longo deste processo.

As competências comuns do EE, as competências específicas do EE em EMC na área de enfermagem à PSC e as competências de Mestre em enfermagem serviram de orientação para a construção do percurso académico, tendo em vista a aquisição e desenvolvimento de cada competência.

A realização dos estágios nos contextos no SUMC e SMI contribuíram para o desenvolvimento enquanto profissional de saúde, possibilitando a aquisição das competências perante contextos críticos, distintos e com celeridade na atuação. A gestão de protocolos complexos permitiu a translação do conhecimento teórico para a prestação de cuidados. O estágio na UL-PPCIRA realçou a importância deste serviço na ULS, sendo o controlo de infeção um foco fundamental nos cuidados de saúde e prioritário para a segurança dos doentes.

A infeção urinária associada a cateter vesical é uma das infeções mais prevalentes e decorrentes dos cuidados. Tem um papel ativo e determinante para a saúde do doente estando a sua prevenção diretamente relacionada com as competências técnicas e não técnicas de cada profissional de saúde. A PSC é mais suscetível e vulnerável à aquisição de infeções. O desenvolvimento de competências relativas à prevenção e controlo de infeção por parte do EE, é essencial para a monitorização e redução das taxas relativas à infeção urinária associada a cateter vesical na PSC.

A realização da *scoping review* permitiu a identificação das boas práticas na prestação de cuidados, tornando-as alvo de análise e consequente desenvolvimento, permitindo a atualização dos cuidados baseados em evidência e a excelência do exercício profissional.

O Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de June H. Larrabee, além de suportar toda a componente teórica da temática selecionada, sustentou ainda todo o percurso académico através da pesquisa e investigação realizadas.

Aliado à componente teórica lecionada no 1º semestre do 1º ano com os resultados obtidos relativamente à temática abordada, foi possível analisar cada contexto de estágio, possibilitando a identificação das suas necessidades. Assim, como estudante de especialidade, além do foco direcionado para a aquisição de competências, tentou-se responder a estas necessidades através da *scoping review* realizada, possibilitando a divulgação da mais recente evidência científica e a sensibilização das equipas perante o tema.

A realização de um Estudo Epidemiológico Retrospetivo, permitiu compreender a realidade da ULS, possibilitando a identificação das áreas de melhoria para posterior intervenção da UL-PPCIRA.

A realização deste Relatório de estágio permitiu a análise das competências bem como as atividades desenvolvidas, com enfoque na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e da prática especializada, enquanto estudante e profissional. A utilização da ferramenta SWOT foi imprescindível para identificar áreas de melhoria e focos de intervenção prioritários, contribuindo para o diagnóstico situacional dos serviços. A prática baseada em evidência demonstrou a importância da translação do conhecimento para a prática de enfermagem. Assim, foi possível desenvolver um papel ativo na fomentação da cultura de segurança e melhoria contínua dos cuidados prestados através de uma atuação consciente e fundamentada.

No que respeita aos desafios identificados, salienta-se a complexidade na gestão entre a vida pessoal, profissional e de estudante. Foi essencial uma autorreflexão constante bem como o desenvolvimento da capacidade de resiliência e motivação para ultrapassar esta complexidade.

O conhecimento deve estar em constante atualização. A excelência nos cuidados está dependente das evidências científicas mais recentes. Como perspetivas futuras, espera-se a publicação de um artigo científico sobre a temática que esteve inerente a este percurso, e a integração em novos projetos que permitam desenvolver ainda mais competências nesta área. É esperado, igualmente, a implementação de um projeto de melhoria contínua na área da prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical. A aplicação deste projeto visa a monitorização e redução das taxas de infeção bem como a excelência na prestação de cuidados.

Em síntese, considera-se que o desenvolvimento do projeto sobre esta temática aliado ao suporte teórico do modelo de June H. Larrabee foi fundamental neste percurso. A associação do conhecimento teórico com a componente prática foram o motor para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE, das competências específicas do EE em EMC na área de enfermagem à PSC e das competências de Mestre em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). Recomendações Técnicas para Sala de Emergência: RT 14/2019. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos: RT 13/2019, revista em 2024. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf

Al-Sayaghi, K., Alqalah, T., Alkubati, S., Alshoabis, S., Alsabri, M., Alrubaiee, G., Almoliky, M., Saleh, K., Al-Sayaghi, A., Elshatarat, R., Saleh, Z., Saleh, A. & Abdel-Aziz, H. (2023). Healthcare workers' compliance with the catheter associated urinary tract infection prevention guidelines: an observational study in Yemen. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 12(144). Doi: https://doi.org/10.1186/s13756-023-01352-7

American Psychological Association (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association.* (7ª ed.). American Psychological Association

Carvalho, C., Santos, P., Pereira, J. (2020). Literacia em Saúde. (1). Escola Superior de Saúde do Porto – Politécnico do Porto. https://doi.org/10.26537/W94N-5M64

Conselho Nacional de Saúde (2019). Plano Nacional de Saúde 2020|2030. Ministério da Saúde. https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/CNS-PNS-2020-2030-Termos-de-referencia.pdf

Centers for Disease Control. (2024). Catheter-associated urinary tract infections (cauti) prevention guidelines. https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/catheter-associated-utis/authors.html#toc.

Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde. (1996). Diário da República , I Série A , n.º 205. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documentos/REPE.pdf

Decreto-Lei n.º 65/2018 do Conselho de Ministros. (2018). Diário da República, I Série, n.º 157. https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf;

Despacho n.º 10319/2014 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2014). Diário da República: II série, n.º 153. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf

Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República: II série, n.º 187. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf

Despacho n.º 10901/2022 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2022). Diário da República: II série, n.º174. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf

Direcção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa n.º 09/DGCG: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2010). Carta dos Direitos do Doente Internado. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents_/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2011). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma n.º 015/2013: Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_actualizado%204Nov2015.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017a). Norma n.º 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017b). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-902833-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA

Direção-Geral da Saúde. (2017c). Norma n.º 015/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2019). Manual de Boas Práticas: Literacia em Saúde – Capacitação dos Profissionais de saúde. Ministério da Saúde. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx;

Direcção-Geral da Saúde. (2022a). Norma clínica n.º 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022: "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. 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. (2022b). Norma nº 017/2022: Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_017_2022_notificacao_incidentes.pdf

Direção-Geral de Saúde. (2023). Plano Nacional de Saúde 2030 – Guia de Comunicação em Saúde: Boas Práticas. DOI: 10.21814/1822.78904

Direção-Geral da Saúde. (s.d.). Projeto STOP Infeção Hospitalar 2.0. https://www.dgs.pt/em-destaque/projeto-stop-infecao-hospitalar-20.aspx

European Centre for Disease Prevention and Control. (2013). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011–2012. Stockholm. Doi: 10.2900/86011;

European Centre for Disease Prevention and Control. (2024). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2022–2023. Stockholm. Doi: 10.2900/88011;

Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. F. A. Davis Company.

Giles, M., Graham, L., Math, J., King, J., Watts, W., Harris, A., Oldmeadow, C., Paul, M., O'Brien, A., Parker, V., Wiggers, J. & Foureur, M. (2020). Implementation of a multifaceted nurse-led intervention to reduce indwelling urinary catheter use in four Australian hospitals: A pre- and postintervention study. *Journal of Clinical Nursing*. Doi: 10.1111/jocn.15142

Gonçalves, T. (2017). O conforto do doente crítico: cuidados de enfermagem [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/bitstreams/02be32dc-897c-463e-9677-f6ed3fa2263d/download

Grupo Português de Triagem (2011). O sistema de triagem de manchester e as vias verdes: Princípios aplicáveis, Integração e Compatibilização de Metodologias de Trabalho. Hospital Amadora-Sintra. http://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf

Gyesi-Appiah, E., Brown, J. & Clifton, A. (2020). Short-term urinary catheters and their risks: an integrated systematic review. *British Journal of Community Nursing*, 25(11);

Hamadeh, S., Lambert, G.W., Willetts, G. & Garvey L. (2024). Pain management of adult sedated and ventilated patients in the intensive care units: A survey with free text responses. *Intensive and Critical Care Nursing*, (84). https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103770

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012a). *Abordagem à Vitima Versão 2.0*. (1ª ed). https://www.prociv.azores.gov.pt/fotos/documentos/1490282498.pdf

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012b). Situação de Exceção – Manual de TAS. http://bvabrantes.pt/WebResources/SitePages/forma/manuaisInem/manualSE.pdf

International Council of Nurses (2020). CIPE – Português. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Português.pdf;

International Council of Nurses (2019). Core competencies in disaster nursing, version 2.0. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf

Júnior, V., Sousa, J., Parma, G., Schuelter-Trevisol, F. & Trevisol, M. (2023). Incidence of infections associated with the use of invasive devices in an ICU after application of the Improvement Science Methodology. *Revista Ciências em Saúde*, 13(3). https://doi.org/10.21876/rcshci.v13i3.1444

Kelly, F., Bailey, C., Aldridge, P., Brennan, P., Hardy, R., Henrys, P., Hussain, A., Jenkins, M., Lang, A., McGuire, N., McNarry, A., Osborn, M., Pittilla, L., Ralph, M., Sarkar, S. & Taft, D. (2021). Fire safety and emergency evacuation guidelines for intensive care units and operating theatres: for use in the event of fire, food, power cut, oxygen supply failure, noxious gas, structural collapse or other critical incidents. *Guidelines from the Association of Anaesthetists and the Intensive Care Society*. doi:10.1111/anae.15511

Kumar, V., Yaddanapudi., LN. & Saini, V. (2023). Correlation between Bispectral Index and Two Clinical Assessment Scales Ramsay Sedation Scale and Richmond Agitation Sedation Scale in Critically Ill Adult Patients in the ICU. *Journal of Cardiovascular Disease Research* 14(7):710–21. DOI: https://doi.org/10.48047/

Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. AMGH Editora Ltda;

Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República. (2019). Diário da República, I Série, n.º169. https://arquivos.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/16900 /0005500066.pdf;

Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: I série, n.º 181. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf

Lino, A. (2023). Debriefing Enquanto Estratégia No Cuidado À Pessoa Em Situação Crítica [Dissertação de Mestrado], Instituto de Ciências da Saúde - Lisboa, da Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/entities/publication/28b64300-ff3f-49db-aad2-8ba6f0ea3273

Lobão, M.J, & Sousa, P. (2016). Infecções Urinárias Associadas a Cateter Vesical: Contributos para a Prática Clínica. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 23(4), 65- 68. https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/v23n4a16.pdf;

McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.

Meddings, J., Greene, T., Ratz, D., Ameling, J., Fowler, K., Rolle, A., Hung, L., Collier, S. & Saint, S. (2020). Multistate programme to reduce catheter-associated infections in intensive care units with elevated infection rates. *BMJ Journals*. DOI: 10.1136/bmjqs-2019-009330;

Medical Response to Major Incidents & Disasters - Course (s.d.) https://mrmi.eu

Ministério Público. (2001). Convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: Convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina. https://dcjri.ministeriopublico.pt//sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf

Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro*. Lusociência Nunes, L. (2020). E se eu não puder decidir? Saber escolher no final da vida . Fundação Manuel Francisco dos Santos. https://biblioteca.bertrand.pt/leitor/index.html

Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Servir*, *59*(2), 7–17. https://doi.org/10.48492/servir022.23674

Nunes, R. (2017). Estudo n.º E/33/APB/17 sobre Consentimento Informado. Associação Portuguesa de Bioética. https://upbioetica.org/wp-content/uploads/2021/01/Estudo - No- E_33_APB_17_Consentimento-informado.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Revisão em Agosto de 2012. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde, Sistema de Informação de Enfermagem (SIE). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Código Deontológico. https://www.sep.org.pt/files/uploads/2016/10/sep_2012_Codigo_Deontologico_Enfermagem.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Parecer n.º 20 / 2015: Competências do enfermeiro chefe de equipa dos serviços de urgência. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_20_EnfermeiroChefeServicosUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017a). Parecer n.º 10 / 2017: Diferenciação Das Intervenções De Enfermagem Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Em Relação Ao Enfermeiro Generalista, Num Serviço De Urgência. Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017b). Parecer Conjunto n.º01/2017: Atribuição de Responsável de Turno. Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Parecer n.º 15 / 2018: Funções Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Nas Unidades De Cuidados Intensivos/Serviços De Medicina Intensiva. Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-nº15_2018-funções-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (s.d.). Referencial de competências para enfermeiros da área da gestão. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/norte/informacao/Documents/Referencial%20de%20Competencias.pdf

Ordem dos Médicos. (2024). Medicina Intensiva: Census 2024. Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva. https://ordemdosmedicos.pt/files/pdfs/GDNK-Census-Medicina-Intensiva-2024-vf.pdf

Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J. & Coutinho, P., (2016). Rede de Referenciação de Medicina Intensiva. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf

Pereira, R. & Rito, M. (s.d.). A análise swot como estratégia de (auto) avaliação: uma partilha de experiências em contextos de prática clínica supervisionada. II CONGRESSO INTERNACIONAL DE SUPERVISÃO CLÍNICA: LIVRO DE COMUNICAÇÕES & CONFERÊNCIAS. https://repositorium.uminho.pt/entities/publication/6526c3f5-e040-4198-a165-55a104fa37d1/full;

Pérez Lucendo, A., Piñeiro Otero, P,. Matía Almudévar, P,. Alcántara Carmona, S,. López López, E. & Ramasco Rueda, F. (2023). Individualised analgesia, sedation, delirium and comfort management strategies in the ICU: a narrative review. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, (70). pp 509-535. https://doi.org/10.1016/j.redare.2023.03.003

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.

Regulamento n.º 361/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República II Série, n.o123. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf

Regulamento n.º 76/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série, n.º 21. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/01/021000000/0347803487.pdf

Regulamento n. º429/2018. (2018). Diário da República, II Serie, n. o135. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf

Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, nº 184. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf

Regulamento n.º 140/2019. (2019). Diário da Republica, II Serie , n.o26. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf;

Regulamento n.º 674/2021 da Ordem dos Enfermeiros. (2021). Diário da República, II Série, n.º139. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/07/139000000/0013800154.pdf

Regulamento n.º 613/2022. (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Diário da República, Série II, n.º 131. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe /regulamento/613-2022-185836226

Regulamento n.º 395/2025 da Ordem dos Enfermeiros. (2025). Diário da República, Série II, n.º 58. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/37757/regulamento-395-2025.pdf

Sabbah, A., Zain, R., Ismael, R., Noor, S., Mohameds, M. & Samsudin, N. (2021). Developing an Infection Prevention and Control Educational Program for Critical Care Nurses:Intervention Mapping Protocol and Social Cognitive Theory. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 15(4). https://medicopublication.com/index.php/ijfmt/article/view/16716/14827

Serra, D., Costa, I., Godinho, S., Henriques, M. & Gouveia, M. (2022). As auditorias em enfermagem nas organizações de saúde: revisão narrativa da literatura. Gestão e Desenvolvimento, 30 (2022), 317-337. https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11388;

Shadle, H.N., Sabol, V., Smith, A., Stafford, H., Thompson, J. & Bowers, M. (2021). A Bundle-Based Approach to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in the Intensive Care Units. American Association of Critical Care Nurses. Doi: https://doi.org/10.4037/ccn2021934.

Sistema Nacional de Saúde. (s.d.). *Serviços de Urgência: Monitorização do SNS*. Ministério da Saúde. Consultado em 13 de Março de 2026, de https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/servicos-de-urgencia/

Soares, D. (2023). Infeções urinárias associadas à inserção de cateter vesical no serviço de urgência [Master's thesis, Escola Superior de Saúde Norte, Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositório Comum. http://hdl.handle.net/10400.26/50083;

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (s.d.). Indicadores de Qualidade Assistencial dos Serviços de Medicina Intensiva Portugueses. https://www.spci.pt/media/indicadores-de-qualidade.pdf

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2024). Recomendações para o Seguimento da Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos no Doente e Família. https://www.spci.pt/media/grupos/Recomendacoes_modelo_de_seguimento_SPICI_e_followup_doente_e_familia_SPCI_e_OM_2024.pdf

Soudaram, G., Sundaramurphy, R., Jeyashree, K., Ganesan, V., Arunagiris, R. & Carlos, J. (2020). Impact of Care Bundle Implementation on Incidence of Catheter-associated Urinary Tract Infection: A Comparative Study in the Intensive Care Units of a Tertiary Care Teaching Hospital in South India. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 24(7).

Ventura, J. (2024). *Métodos de Trabalho dos Enfermeiros no Contexto Hospitalar: Contributos para a Qualidade e Segurança dos Cuidados* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/161758/2/689661.pdf

World Health Organization. (2021). GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021–2030 - Towards eliminating avoidable harm in health care. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1.

Xiao, M., Gong, C., Mai, M., Huang, M., Xiong, A., Liu, H. & Jiang, R. (2024). Efficacy and safety of music therapy for the treatment of anxiety and delirium in ICU patients: a meta-analysis and systematic review of randomized controlled trials. *Minerva anestesiologica*, 90(5):439–51. DOI: 10.23736/S0375-9393.24.17900-X

ANEXOS

Anexo A - Gestão Do Doente Crítico: Implementação da Bundle ABCDEF

CRIAP

CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Margarida Salgueiro Sota Martin** assistiu à atividade científica - **Webinário** - sobre o tema "**Gestão do Doente Crítico: Implementação da Bundle ABCDEF**", com o(a) Orador(a) Especialista: Liliana Pereira com a duração total de 60 minutos, tendo decorrido no dia 19 de maio de 2025.

20 de maio de 2025

Ref: 202516750

A Direção Pedagógica

Drª. Adélia Magalhães

ERTIFICADA

www.criap.com | Torre das Antas, Avenida Fernão de Magalhães nº 1862, 5º piso, 4350-158 Porto | Carmo Grande, nº 2218-3, 7MIC-034 | sbna | geral@criap.com | 225 492 190

Anexo B – Vias Verdes Coronária, Sépsis, AVC e Trauma

Ministério da Saúde
Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Pessoa Coletiva nº [redacted]

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Acreditação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2009

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [redacted]

Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que ANA MARGARIDA SALGUEIRO SOTA MARTIN, titular do número de identificação 14349457-0ZY9, frequentou o curso de formação profissional VIAS VERDES CORONARIA, SEPSIS, AVC E TRAUMA, ministrado no/a UNIDADE DE [redacted] que decorreu entre 17-06-2025 e 18-06-2025, com a duração de 11h30.

ULS [redacted] 5 de janeiro de 2026

RITA ANDRE ASCENSAO
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Sede
Rua Luís Pereira, [redacted]
DSI Faro:
formacao.fr@chua.min-saude.pt
DSI Portimão:
formacao.ptm@chua.min-saude.pt

ULSALG_DEIS_02_CERT_2024

Entidade Reguladora
ACSS

GOVERNO DA REPÚBLICA PORTUGUESA
UNIÃO EUROPEIA

Anexo C – Medical Response to Major Incidents

midtc

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que **Ana Margarida Salgueiro Sota Martin**, natural de Barreiro, nascida a 30/01/1993, titular do n.º de identificação 14349457, válido até 17/04/2029, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional:

Medical Response to Major Incidents (MRMI)

De 12 a 14 de junho de 2025, com a duração de 24 horas, em Portimão.

Funchal, 30 de junho de 2025

midtc

(Assinatura do responsável da entidade formadora certificada e selo branco ou carimbo da entidade emitente)

Certificado n.º **137/2025** de acordo com o modelo publicado na Portaria nº 474/2010 de 8 de julho.
MIDTC

Entidade Formadora Certificada

Anexo D - Webinar Catástrofe

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA MARGARIDA SALGUEIRO SOTA MARTIN

membro nº **85217** 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

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 E - Jornadas Em Enfermagem À Pessoa Em Situação Crítica: *Situações De Catástrofe E Exceção,*

POLITÉCNICO DE LEIRIA | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Margarida Salgueiro Sota Martin** participou nas Jornadas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: *Situações de Catástrofe e Exceção,* realizadas no dia 27 de setembro de 2025, das 9h00 às 17h00, nesta Escola Superior de Saúde.

O Diretor,

Rui Manuel Fonseca Pinto

Anexo F - (RE)AGIR: Quando o Impossível Acontece – Gestão de Recursos em Emergência e Catástrofe

Certifica-se que **Ana Margarida Salgueiro Sota Martin**, nascido(a) em 30/01/1993, com o número de identificação civil ****9457, 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 26070165

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

Anexo G – Simpósio Digital: Prevenção e Controlo de Infeção em Ambientes Críticos

SIMPÓSIO DIGITAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO EM AMBIENTES CRÍTICOS

CERTIFICADO

Certifica-se que

MARGARIDA MARTIN

participou no **Simpósio Digital - Prevenção e Controlo de Infeção em Ambientes Críticos**, na modalidade **Online**, que se realizou no Auditório da ARKA Medical, em Vila Nova de Famalicão, no dia 1 outubro 2025, com a duração de 7 horas.

Vila Nova de Famalicão, 1 outubro 2025

PRESIDENTE DA DIREÇÃO DA SPEDC

MÁRCIO CARVALHO

PRESIDENTE DO CONSELHO CONSULTIVO E CIENTÍFICO DA SPEDC

RICARDO CONCEIÇÃO

SPEDC

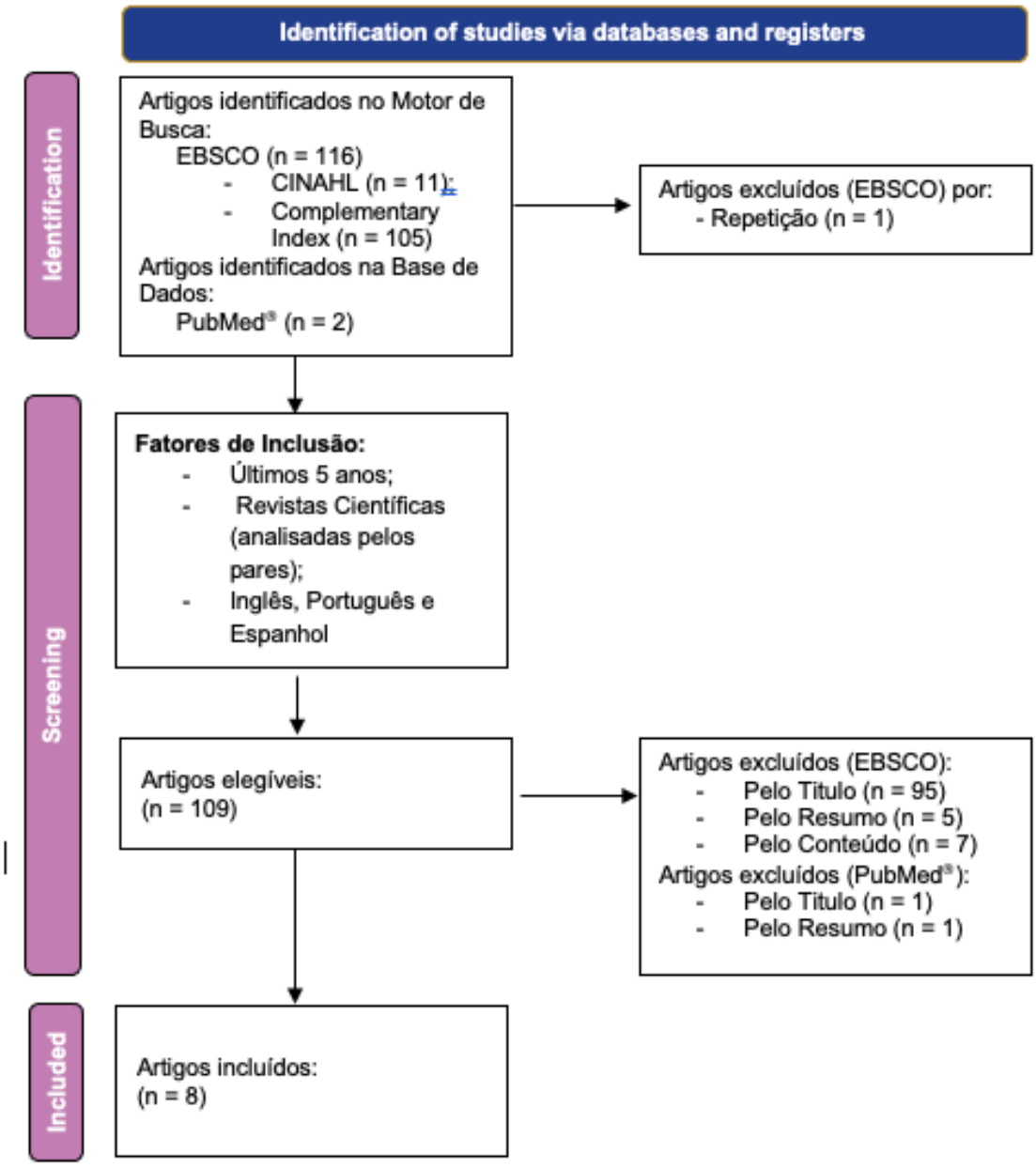
SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM EM DOENTE CRÍTICO

ARKA

protecting life

APÊNDICES

Apêndice A - Diagrama de *Flow*


Identification of studies via databases and registers
Identification
Artigos identificados no Motor de Busca:
EBSCO (n = 116)
- CINAHL (n = 11);
- Complementary Index (n = 105)
Artigos identificados na Base de Dados:
PubMed® (n = 2)
Artigos excluídos (EBSCO) por:
- Repetição (n = 1)
Screening
Fatores de Inclusão:
- Últimos 5 anos;
- Revistas Científicas (analisadas pelos pares);
- Inglês, Português e Espanhol
Artigos elegíveis:
(n = 109)
Artigos excluídos (EBSCO):
- Pelo Titulo (n = 95)
- Pelo Resumo (n = 5)
- Pelo Conteúdo (n = 7)
Artigos excluídos (PubMed®):
- Pelo Titulo (n = 1)
- Pelo Resumo (n = 1)
Included
Artigos incluídos:
(n = 8)

Apêndice B - intervenção de enfermagem na inserção e manutenção e remoção do cateter vesical

[redacted]	NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	NP 1/IV/E Data: 14/11/2025	Página 1/14
ASSUNTO: **INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA INSERÇÃO E MANUTENÇÃO E REMOÇÃO DO CATETER VESICAL** UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [redacted]		[redacted] **9ªVersão revista por:** [redacted] Enfª Ana Margarida Martin; [redacted] Em: 13/11/2025	
DIVULGAÇÃO: **Manual Hospitalar – Manual Enfermagem – Capítulo IV – Eliminação**		**APROVADO POR:** **Enf. Diretor** **Documento Aprovado** **Original Arquivado**	
ENTRADA EM VIGOR: Imediata		**Em: 14/11/2025**	
SUBSTITUI: NP 1/IV/E, de 09/08/2021 (8ª Versão)		**A REVER EM:**	
PALAVRAS-CHAVE: Algaliação		**Outubro 2028**	

Apêndice C - Plano de sessão da formação realizada no SMI

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [redacted]

Ficha de Curso

1. **Curso: Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infeção Urinária associada a Cateter Vesical**

Ação: Formação de Enfermeiros

Fundamentação

As infeções associadas aos cuidados de saúde [IACS] são uma das maiores preocupações e complicações nos cuidados de saúde, por se destacarem como intervenientes a nível da morbilidade, mortalidade e custos. A Pessoa em Situação Crítica é sujeita a diversas técnicas invasivas aumentando o risco de contrair IACS. Todos os enfermeiros têm um papel preponderante na prevenção e controlo das infeções associadas ao cateter vesical, mantendo as boas práticas baseadas na mais atual evidencia científica.

Objetivos gerais

Promover a consciencialização da equipa para as boas práticas na prevenção de infeção, nomeadamente na prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical

Objetivos específicos

Compreender a importância da prevenção de infeções em ambientes críticos;
Divulgar as estatísticas mais recentes no que respeita à infeção urinária associada a cateter vesical;
Apresentar as intervenções recomendadas pela DGS para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical;
Sensibilizar a equipa para a importância da formação contínua e da adesão às normas institucionais e nacionais no que respeita ao controlo de infeção.

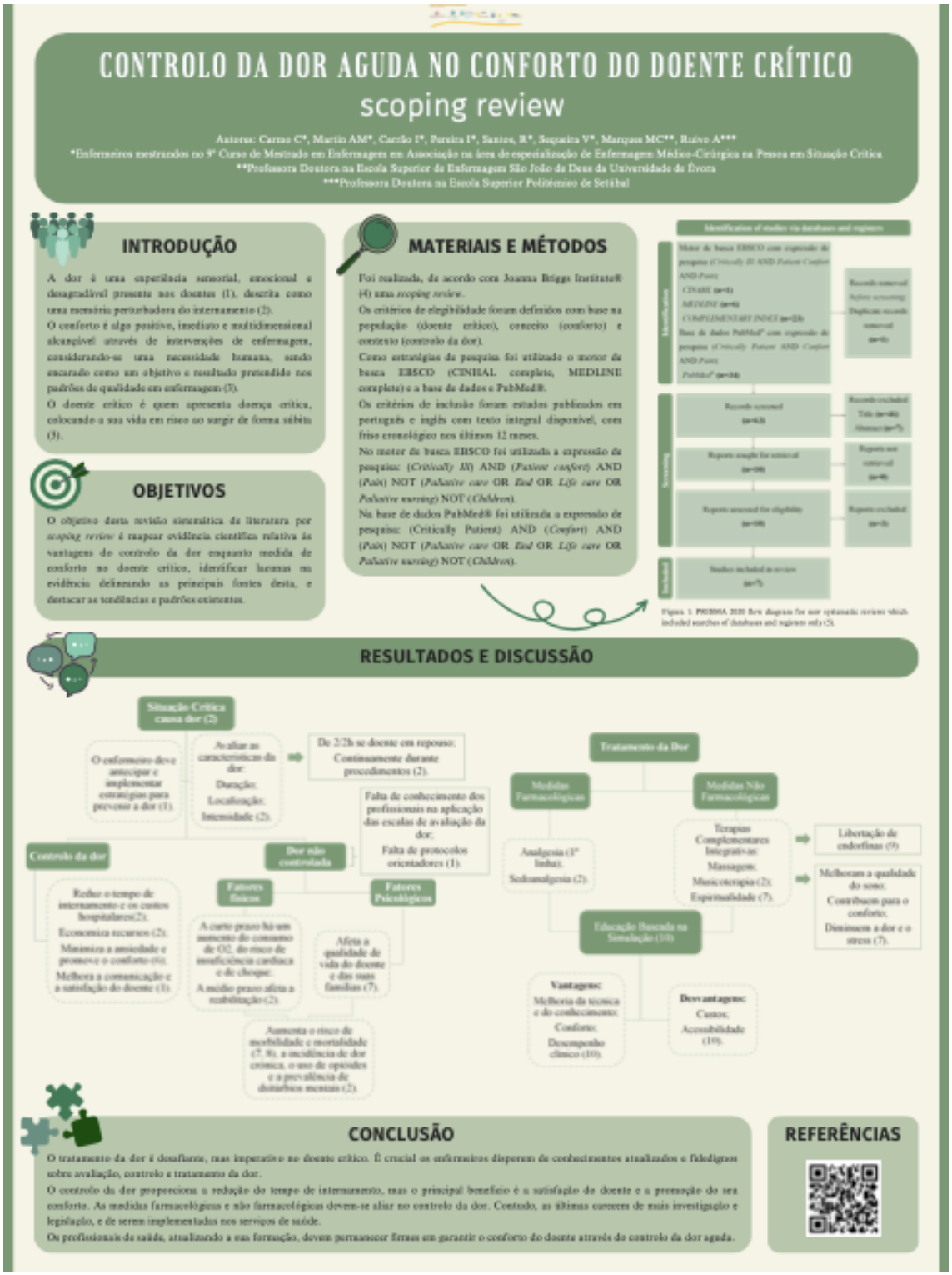
Conteúdo programático (resumo)

Prevenção de infeção; Importância da Prevenção de Infeção em Ambientes Críticos; Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical; Papel do Enfermeiro Especialista na Pessoa em Situação Crítica.

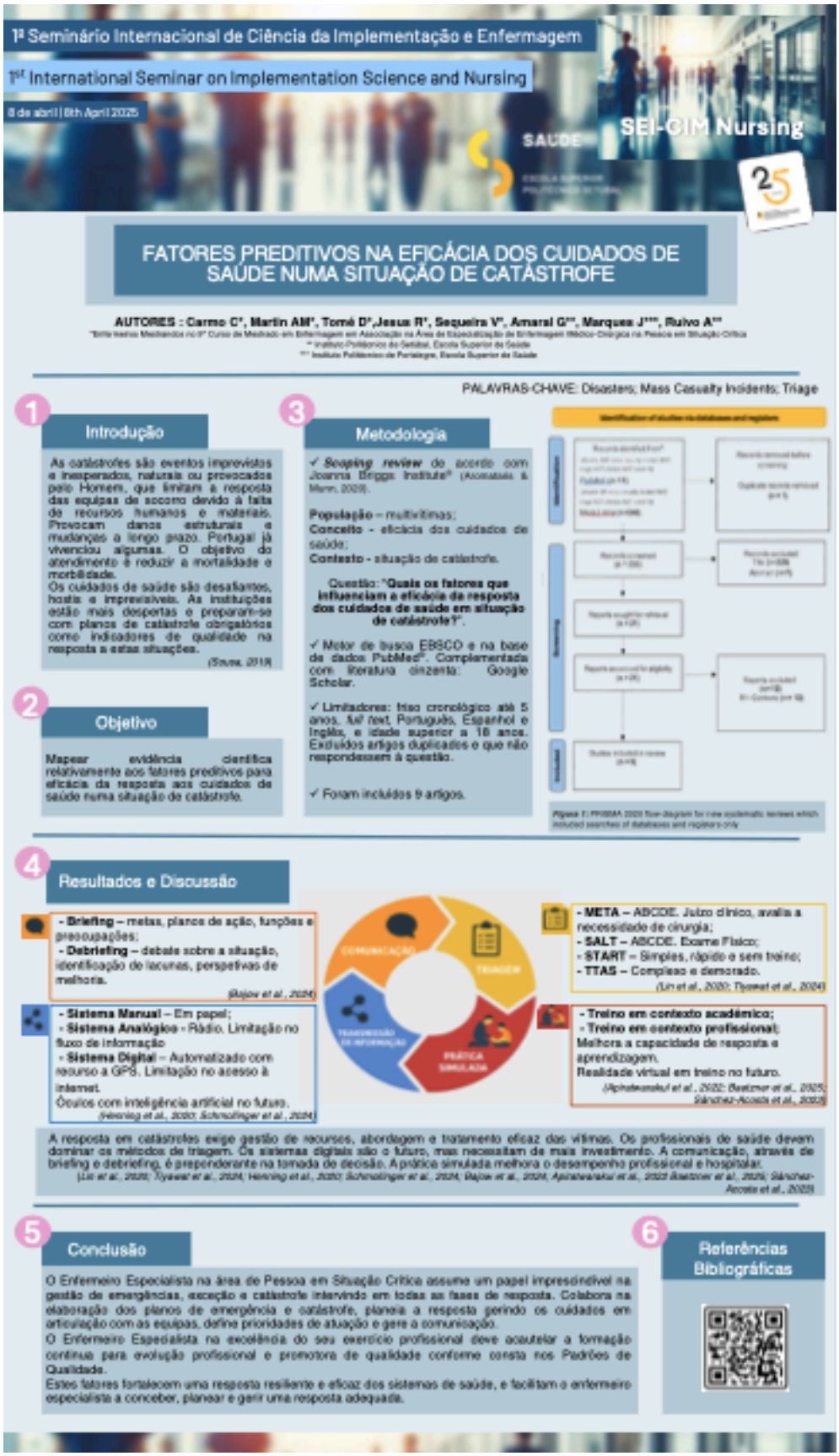
Unidades de Formação

Unidades de Formação (Módulos, Capítulos ou Temas)	Cargas Horárias por Tipologia de Formação			
	Formação em Sala	Prática em Contexto de Trabalho	Autoestudo	~~Projeto~~
Enquadramento teórico sobre o controlo de infeção Importância da prevenção de infeção em ambientes críticos; Prevenção da ITU associada a cateter vesical Apresentação do algoritmo de atuação	1h	1h	–	–

Apêndice D – Poster sobre o controlo da dor aguda no conforto do doente crítico: *scoping review*


CONTROLO DA DOR AGUDA NO CONFORTO DO DOENTE CRÍTICO
scoping review
INTRODUÇÃO
A dor é uma experiência sensorial, emocional e desagradável presente nos doentes (1), descrita como uma memória perturbadora do internamento (2).
O conforto é algo positivo, imediato e multidimensional alcançável através de intervenções de enfermagem, considerando-se uma necessidade humana, sendo encarado como um objetivo e resultado prendido nos padrões de qualidade em enfermagem (3).
O doente crítico é quem apresenta doença crítica, colocando a sua vida em risco ao surgir de forma súbita (3).
OBJETIVOS
MATERIAIS E MÉTODOS
RESULTADOS E DISCUSSÃO
Situação Crítica causa dor (2)
Controlo da dor
Dor não controlada
Tratamento da Dor
Medidas Farmacológicas
Medidas Não Farmacológicas
Educação Baseada na Simulação (10)
CONCLUSÃO
REFERÊNCIAS

Apêndice E - Poster sobre fatores preditivos na eficácia dos cuidados de saúde numa situação de catástrofe


1º Seminário Internacional de Ciência da Implementação e Enfermagem
1st International Seminar on Implementation Science and Nursing
8 de abril | 8th April 2025
SAÚDE
SEI-CIM Nursing
25
FATORES PREDITIVOS NA EFICÁCIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE NUMA SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE
AUTORES : Carmo C*, Martin AM*, Tomé D*,Jesus R*, Sequeira V*, Amaral G**, Marques J***, Ruivo A**
PALAVRAS-CHAVE: Disasters; Mass Casualty Incidents; Triage
1 Introdução
As catástrofes são eventos imprevistos e inesperados, naturais ou provocados pelo Homem, que limitam a resposta das equipas de socorro devido à falta de recursos humanos e materiais. Provocam danos estruturais e mudanças a longo prazo. Portugal já vivenciou algumas. O objetivo do atendimento é reduzir a mortalidade e morbilidade.
Os cuidados de saúde são desafiantes, hostis e imprevisíveis. As instituições estão mais despertas e preparam-se com planos de catástrofe obrigatórios como indicadores de qualidade na resposta a estas situações.
(Sousa, 2018)
2 Objetivo
Mapear evidência científica relativamente aos fatores preditivos para eficácia da resposta aos cuidados de saúde numa situação de catástrofe.
3 Metodologia
✓ Scoping review de acordo com Joanna Briggs Institute® (Aromataris & Munn, 2020).
População – multivítimas;
Conceito - eficácia dos cuidados de saúde;
Contexto - situação de catástrofe.
Questão: "Quais os fatores que influenciam a eficácia da resposta dos cuidados de saúde em situação de catástrofe?".
✓ Motor de busca EBSCO e na base de dados PubMed®. Complementada com literatura cinzenta: Google Scholar.
✓ Limitadores: filtro cronológico até 5 anos, full text, Português, Espanhol e Inglês, e idade superior a 18 anos. Excluídos artigos duplicados e que não respondessem à questão.
✓ Foram incluídos 9 artigos.
4 Resultados e Discussão
- Briefing – metas, planos de ação, funções e preocupações;
- Debriefing – debate sobre a situação, identificação de lacunas, perspetivas de melhoria.
(Rajow et al., 2024)
- Sistema Manual – Em papel;
- Sistema Analógico - Rádio. Limitação no fluxo de informação
- Sistema Digital – Automatizado com recurso a GPS. Limitação no acesso à internet.
Óculos com inteligência artificial no futuro.
(Henning et al., 2020; Schmatlinger et al., 2024)
COMUNICAÇÃO
TRIAGEM
TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO
PRÁTICA SIMULADA
- META – ABCDE. Juízo clínico, avalia a necessidade de cirurgia;
- SALT – ABCDE. Exame Físico;
- START – Simples, rápido e sem treino;
- TTAS – Complexo e demorado.
(Lin et al., 2020; Tjomsat et al., 2024)
- Treino em contexto académico;
- Treino em contexto profissional;
Melhora a capacidade de resposta e aprendizagem.
Realidade virtual em treino no futuro.
(Apinatesakul et al., 2022; Beetzner et al., 2025; Sánchez-Acosta et al., 2023)
A resposta em catástrofes exige gestão de recursos, abordagem e tratamento eficaz das vítimas. Os profissionais de saúde devem dominar os métodos de triagem. Os sistemas digitais são o futuro, mas necessitam de mais investimento. A comunicação, através de briefing e debriefing, é preponderante na tomada de decisão. A prática simulada melhora o desempenho profissional e hospitalar.
(Lin et al., 2020; Xiyawa et al., 2024; Henning et al., 2020; Schmatlinger et al., 2024; Rajow et al., 2024; Apinatesakul et al., 2022; Beetzner et al., 2025; Sánchez-Acosta et al., 2023)
5 Conclusão
O Enfermeiro Especialista na área de Pessoa em Situação Crítica assume um papel imprescindível na gestão de emergências, exceção a catástrofe intervindo em todas as fases de resposta. Colabora na elaboração dos planos de emergência e catástrofe, planeia a resposta gerindo os cuidados em articulação com as equipas, define prioridades de atuação e gere a comunicação.
O Enfermeiro Especialista na excelência do seu exercício profissional deve acautelar a formação contínua para evolução profissional e promotora de qualidade conforme consta nos Padrões de Qualidade.
Estes fatores fortalecem uma resposta resiliente e eficaz dos sistemas de saúde, e facilitam o enfermeiro especialista a conceber, planear e gerir uma resposta adequada.
6 Referências Bibliográficas

Apêndice F - Plano de sessão da formação realizada na UL-PPCIRA

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [redacted]

Ficha de Curso

1. **Curso:** Caracterização dos Resultados de Uroculturas em Contexto Hospitalar: Contributos para as Boas Práticas na Prevenção de Infeção Urinária associada a Cateter Vesical

Ação: Formação de Enfermeiros

Fundamentação

Esta sessão fundamenta-se na necessidade crítica de reduzir as Infeções Urinárias Associadas ao Cateter Vesical, utilizando a caracterização microbiológica das uroculturas hospitalares como ferramenta de diagnóstico situacional. Ao analisar os resultados laboratoriais, pretende-se capacitar os profissionais para a adoção de boas práticas baseadas na evidência, otimizando a prevenção e promovendo a segurança do doente

Objetivos gerais

Analisar a prevenção de infeções hospitalares, com especial enfoque nas infeções do trato urinário associadas a cateter vesical

Objetivos específicos

- Explicar a importância da prevenção de infeções em ambiente hospitalar;
- Caracterizar a infeção do trato urinário;
- Apresentar estatísticas atualizadas sobre as infeções do trato urinário;
- Divulgar os resultados do estudo sobre uroculturas, evidenciando a prevalência e os microrganismos isolados;
- Discutir estratégias de prevenção da infeção do trato urinário associada a cateter vesical;
- Salientar o papel do enfermeiro especialista na monitorização e prevenção de infeções.

Conteúdo programático (resumo)

Prevenção de infeção; Importância da Prevenção de Infeção em Ambientes Críticos; Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical; Papel do Enfermeiro Especialista na Pessoa em Situação Crítica.

Unidades de Formação

Unidades de Formação (Módulos, Capítulos ou Temas)	Cargas Horárias por Tipologia de Formação			
	Formação em Sala	Prática em Contexto de Trabalho	Autoestudo	Projecto
Enquadramento teórico sobre o controlo de infeção Importância da prevenção de infeção em ambientes críticos; Prevenção da ITU associada a cateter vesical Apresentação dos resultados	1h	1h	--	--

Apêndice G – E-Poster sobre as boas práticas na prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical na pessoa em situação crítica

Boas Práticas na Prevenção da Infeção Urinária associada a Cateter Vesical na Pessoa em Situação Crítica

Ana Margarida Salgueiro Sota Martin
Mestranda no Mestrado em Enfermagem em associação na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora

Maria Dulce dos Santos Santiago
Docente do Instituto Politécnico de Beja