



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área
de especialização de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica**

Ana Margarida Almeida Teixeira

FATORES CONDICIONADORES DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NA ABORDAGEM AO DOENTE CRÍTICO

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**FATORES CONDICIONADORES DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NA
ABORDAGEM DO DOENTE CRÍTICO**

Relatório de Estágio

Ana Margarida Almeida Teixeira

Relatório de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação do Professor Doutor Igor Soares Pinto.

Oliveira de Azeméis | 2025

“A visão de cada ser humano é um mundo diferente”

Valter Bitencourt Júnior

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Igor Pinto, pela sua orientação, apoio e disponibilidade durante este processo.

Aos colegas e tutores dos campos de estágio, por todos os ensinamentos, experiências e amizade.

À minha mãe, pelo seu amor e apoio incondicional.

Aos colegas e amigos Débora e Derek, pela amizade e todo o apoio.

À minha equipa de trabalho por acreditarem sempre em mim.

O meu muito obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ALT - Alanina Transaminase

AHA - *American Heart Association*

AST - Aspartato Aminotransferase

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, IP

ANEPC - Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil

CDC - Centro de Controlo e Prevenção de Doenças

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EH - Extra-Hospitalar

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

HM - Higienização das Mãos

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

JBH - *Joanne Briggs Institute*

MG/DL - Miligramas por decilitro

NAPQI - N-acetil-p-benzoquinoneimina

N.º - Número

OMS - Organização Mundial da Saúde

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PEI - Plano de Emergência Interno

PNEPC - Plano Nacional de Emergência e Proteção Civil

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

PRISMA-ScR - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses*

PSC - Pessoa em Situação Crítica

SIV - Suporte Imediato de Vida

SO - Sala de Observação

STM - Sistema de Triagem de Manchester

SU - Serviço de Urgência

TAS - Tripulante de Ambulância e Socorro

TRTS - *Triage Revised Trauma Score*

TP - Tempo de Protrombina

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

WHO - *World Health Organization*

RESUMO

O presente relatório constitui-se como instrumento de avaliação da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Desenvolvido nos contextos de serviço de urgência e de serviço extra-hospitalar, os estágios tiveram como finalidade o desenvolvimento de competências específicas na prestação de cuidados à pessoa/família em situação crítica em contextos de elevada complexidade.

Na prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica, existe ainda um risco elevado de aquisição de infeções associadas aos cuidados de saúde, muitas vezes transmitidas por contacto direto com os profissionais de saúde. A higienização das mãos é essencial na sua prevenção, mas a adesão dos profissionais ainda é insuficiente. Assim, a análise da interação entre os profissionais e os ambientes de prática revela-se essencial para compreender os fatores que condicionam os comportamentos relacionados com a higienização das mãos. Compreender que fatores influenciam esse comportamento é crucial, especialmente em contextos específicos como o serviço de urgência e o meio extra-hospitalar. Nesse sentido foi elaborado para projeto de investigação uma *Scoping Review*, com base na estratégia metodológica do Instituto Joanna Briggs, com o intuito de identificar barreiras e facilitadores, e orientar o desenvolvimento de estratégias adaptadas, contribuindo para a melhoria da segurança nos cuidados e da prática profissional nestes contextos críticos.

Da análise dos artigos incluídos verifica-se uma escassez de estudos nestas áreas, a necessidade de mais investigação e de implementação de políticas institucionais que promovam uma cultura de segurança e boas práticas assistenciais.

Palavras-Chave: higiene das mãos; desinfecção das mãos; conformidade; serviço de urgência

ABSTRACT

This report is an assessment tool for the 'Nursing Internship for the Critically Ill Person II' course, which forms part of the Master's degree in Medical-Surgical Nursing, specialising in Nursing for the Critically Ill Person. Developed in the contexts of emergency and out-of-hospital services, the internship aims to develop specific competencies in providing care to individuals and families in critical situations in highly complex contexts.

When providing care to critically ill patients, there is still a high risk of acquiring healthcare-associated infections, which are often transmitted through direct contact with healthcare professionals. Hand hygiene is essential in preventing these infections, but professional adherence is still insufficient. Therefore, it is essential to analyse the interaction between professionals and practice environments to understand the factors that influence behaviour relating to hand hygiene. It is crucial to understand which factors influence this behaviour, especially in specific contexts such as emergency services and out-of-hospital settings. With this in mind, a scoping review was conducted for the research project based on the Joanna Briggs Institute's methodological strategy. The aim was to identify barriers and facilitators and guide the development of adapted strategies to improve safety in care and professional practice in these critical contexts.

Analysis of the included articles reveals a lack of studies in these areas and highlights the need for further research and the implementation of institutional policies that promote a culture of safety and good care practices.

Keywords: hand hygiene; hand disinfection; compliance; emergency service, hospital.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Exemplo de estratégia de pesquisa inicial na base de dados CINAHL complete (via EBSCO).....	85
Tabela 2 - Artigos incluídos no estudo.....	89
Tabela 3 - Fatores associados a menor adesão da HM	92

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de fluxo PRISMA-ScR.	88
--	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I - COMPONENTE DE ESTÁGIO.....	23
1. Enquadramento dos contextos de estágio	25
1.1. Estágio em contexto de urgência	25
1.2. Estágio em contexto de extra-hospitalar	30
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	33
2.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	34
2.2. Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	37
2.3. Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados	41
2.4. Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	45
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica	49
3.1. Cuida da Pessoa e Família/Cuidadores a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica	50
3.2. Dinamiza Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção a Ação	55
3.3. Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infecção 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.....	62
4. Considerações finais.....	69
PARTE II - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	71
1. Resumo.....	73
2. Abstract	75
3. Fundamentação/enquadramento teórico.....	77
4. Finalidade e objetivos	81
5. Metodologia	83
5.1. Tipo de estudo.....	83
5.2. Considerações éticas	86
6. Resultados	87

7. Discussão	93
8. Conclusão	99
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
ANEXOS.....	113
Anexo I - Formação “Higienização das mãos e PBCI”	115
APÊNDICES.....	119
Apêndice I - “Protocolo de Comunicação de más notícias”	121
Apêndice II - “Abordagem ao doente crítico com dor torácica”	127
Apêndice III - Panfleto educativo “5 momentos para a Higiene das mãos”	141

INTRODUÇÃO

O atual panorama da saúde caracterizado pelo aumento da complexidade dos casos clínicos, tal como um aumento contínuo de violência e catástrofes naturais, aliados a uma exigência cada vez maior na qualidade dos cuidados de saúde prestados à pessoa em situação crítica (PSC) e/ou a sua família, exige enfermeiros altamente qualificados, com um corpo de competências sólido e uma prática baseada na melhor evidência (Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho, 2015).

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) na Área de Enfermagem à PSC, pela sua formação avançada, atribui-se como um elemento fundamental para a melhoria dos resultados em saúde e implementação de cuidados de saúde seguros. Com competências diferenciadas e capacidade de decisão em contextos de elevada exigência, promove a máxima eficiência e qualidade na organização e prestação de cuidados especializados de enfermagem, procurando a excelência do cuidado à PSC e /ou sua família (Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho, 2015).

Os cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) visam atender às necessidades da pessoa/família/cuidador por via da antecipação, estabilização, manutenção e recuperação face a ocorrências que requeiram meios avançados de vigilância, monitorização e tratamento, visando a manutenção das funções básicas, melhoria da qualidade de vida e prevenção de complicações, limitando incapacidades com vista à sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

No âmbito da prática assistencial, desenvolvida em serviço de urgência (SU) e no contexto extra-hospitalar (EH), e tendo em consideração os aspetos abordados anteriormente, emergiram as motivações que levaram a candidata a inscrever-se no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à PSC.

O relatório final de estágio elaborado, é um elemento avaliativo que se insere no âmbito do segundo ciclo de estudos que confere o grau de Mestre em EMC, na Área de Especialização de Enfermagem à PSC. O presente documento procura evidenciar as competências comuns e específicas desenvolvidas pela candidata ao longo do percurso formativo, sustentadas na melhor evidência científica. Através de uma abordagem descritiva, crítica e reflexiva, procura demonstrar que a candidata tem as competências adquiridas para prestar cuidados de enfermagem avançada, numa abordagem holística à PSC e/ou sua família, em contextos de elevada complexidade.

O documento divide-se em duas partes, a componente de estágio e a componente de

investigação. A componente de estágio contempla o enquadramento dos contextos de estágio frequentados, as competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do EEEMC na Área de Enfermagem à PSC, culminando com as considerações finais.

A componente prática da Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II do 3º Curso de Mestrado em EMC na área de especialização de enfermagem à PSC é composto por um total de 810 horas, das quais 540 horas são de contacto e 270 horas de trabalho autónomo. O estágio de enfermagem à PSC dividiu-se em dois momentos, sendo cada um composto por 220 horas em contexto de prática clínica que visa a mobilização de competências avançadas de análise, planeamento e tomada de decisão fundamentada em contextos complexos na área de especialização em EMC à PSC (Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa [ESSNorteCVP], 2023).

O primeiro momento de contacto na tipologia de estágio decorreu num SU médico-cirúrgico de um hospital, com início a 02 de outubro e término a 08 de dezembro de 2023. E o segundo momento, num serviço EH, o serviço de Suporte Imediato de Vida (SIV) de emergência médica terrestre, que teve início a 11 de dezembro de 2023 e término a 12 de março de 2024.

A primeira parte do documento, que aborda as componentes de estágio, procura descrever de forma crítico-reflexiva, a experiência vivida durante o estágio, destacando a aquisição e o desenvolvimento de competências no contexto da prática clínica, tendo como base o Modelo de Adaptação de Roy na prestação de cuidados.

O Modelo de Adaptação de Roy considera o ser humano como um sistema adaptativo em constante interação com o ambiente, procurando manter o equilíbrio perante os diferentes estímulos que enfrenta. Os estímulos podem ser classificados como focais (problema principal ou que mais imediatamente afeta a pessoa); contextuais (fatores do ambiente que influenciam a forma como o estímulo focal é percebido e enfrentado), e residuais (crenças, atitudes e experiências anteriores que, embora menos evidentes, podem interferir no processo de adaptação) (Tomey & Alligood, 2004).

Segundo Roy, a pessoa procura adaptar-se em quatro modos distintos: o modo fisiológico-físico (necessidades básicas do corpo); o modo de autoconceito (forma como o indivíduo se percebe a si próprio); o modo de função de papel (papéis que desempenha na sociedade); e o modo de interdependência (relações interpessoais e nos sistemas de apoio). Estes modos de adaptação são mediados por mecanismos reguladores, que correspondem às respostas automáticas do corpo perante as alterações, e por mecanismos cognitivos, que envolvem o pensamento, a reflexão, como mecanismos inatos ou adquiridos (Tomey &

Alligood, 2004).

Neste contexto, o enfermeiro assume um papel fundamental como agente facilitador de respostas eficazes de adaptação ao ambiente. A sua intervenção centra-se na observação da forma como a pessoa responde à mudança nos quatro modos adaptativos definidos por Roy, na identificação dos estímulos responsáveis pelo desequilíbrio, e na definição e implementação de estratégias de intervenção adequadas. Além disso, o enfermeiro avalia continuamente os resultados obtidos, colaborando com a pessoa e/ou família na promoção da melhor adaptação possível à situação vivenciada. O Modelo de Adaptação de Roy constitui um referencial teórico relevante para a aquisição de competências avançadas no cuidado diferenciado à PSC e família, uma vez que orienta a prática profissional de forma sistematizada, reflexiva e centrada nas reais necessidades humanas (Tomey & Alligood, 2004).

Desta forma, o Modelo de Adaptação de Roy constitui a base conceptual para a elaboração do presente relatório de estágio, tendo igualmente orientado o planeamento, a implementação e a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados nos diferentes contextos clínicos vivenciados.

Durante a componente de estágio, foi mantido um foco constante na garantia da qualidade dos cuidados, com especial atenção às práticas de controlo da infeção e à adesão às normas de higiene das mãos (HM). Esta realidade, associada à evidência de desafios persistentes na implementação consistente destas medidas pelos profissionais de saúde, motivou a escolha do tema do estudo de investigação sobre os fatores condicionadores da HM na abordagem à PSC em contexto de SU e no contexto de EH.

O estudo de investigação encontra-se integrado na componente de investigação deste documento, que incorpora o enquadramento teórico que sustenta a componente de investigação, a metodologia aplicada, resultados, discussão dos resultados, e as conclusões do estudo.

A HM constitui umas das estratégias mais eficazes e viáveis na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), sendo reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma prioridade global, no entanto, essa prática ainda apresenta baixas taxas de adesão entre os profissionais de saúde, comprometendo a segurança dos cuidados nos diversos contextos assistenciais (Ramos & Ferreira, 2021).

Os danos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, com consequências diretas na saúde das populações e impactos substanciais na morbilidade e na mortalidade atingem milhões de pessoas, tornando a segurança na prestação de cuidados uma profunda preocupação de saúde pública a nível mundial. A falta de cuidados seguros compromete não

só os próprios doentes, mas igualmente a confiança que os mesmos depositam nos sistemas de saúde, nas instituições e nos próprios prestadores de cuidados (WHO, 2024a).

As IACS são um dano evitável, associado a sofrimento acrescentado, dano permanente e morte (WHO, 2025). Sendo umas das complicações mais frequentes na prestação de cuidados de saúde, com um elevado impacto na qualidade de vida da pessoa, na sua sobrevivência, e com significativas repercussões económicas (WHO, 2024b).

Apesar da reconhecida eficácia de HM, sustentada em evidência científica, são escassos os estudos que abordam os fatores condicionantes que interferem na adesão à HM nos contextos específicos do SU e EH. Serviços estes, que apresentam desafios específicos, cuja dinâmica do cuidado é marcada pela alta demanda de intervenções, rapidez na sua realização, imprevisibilidade e alto risco de transmissão de agentes infecciosos (Vikke *et al.*, 2019b).

A realização de uma pesquisa primária sobre os fatores condicionantes à adesão à HM permitiu constatar que existe pouca sistematização da evidência no âmbito do meio EH e SU, sendo que a maioria dos estudos se foca no contexto hospitalar. Assim sendo, nasceu a pertinência de realizar uma *Scoping Review*, com base na estratégia metodológica do *Joanna Briggs Institute* (JBI), com a finalidade de identificar barreiras, facilitadores e lacunas na literatura. O estudo poderá ser um precursor de novas pesquisas para o desenvolvimento de estratégias adaptadas ao contexto, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC. O intuito da *Scoping Review* é responder à questão de investigação: Quais os fatores condicionadores da higienização das mãos, pelos profissionais de saúde na abordagem à PSC em contexto EH e de SU?

Perante os atuais desafios na prevenção e controlo das IACS e à necessidade de adoção de boas práticas para a promoção de cuidados seguros, é fundamental que o enfermeiro desenvolva competências específicas nesta área, atuando como um agente promotor da segurança e da qualidade dos cuidados prestados, independentemente do cenário assistencial. Deste modo, além das competências técnico-científicas, o enfermeiro deve assumir uma postura crítico-reflexiva, proativa e ser capaz de liderar mudanças e implementar boas práticas baseadas em evidência científica, numa cultura de segurança na equipa (Ramos & Ferreira, 2021). Sendo essencial assumir um compromisso na investigação e integração da segurança do doente nos currículos de formação profissional graduada e pós-graduada, e fazer dela uma prioridade (WHO, 2024a).

PARTE I - COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

No presente capítulo procede-se à caracterização sucinta dos contextos de estágio referentes à Unidade Curricular de Enfermagem à PSC II, concretamente nos SU e no EH. O estágio em contexto de urgência foi realizado numa urgência médico-cirúrgica de um hospital, correspondendo ao primeiro momento de estágio, e o estágio no serviço EH foi realizado num serviço de emergência médica terrestre, correspondente ao segundo momento de estágio.

A realização de estágios nestes dois contextos foi fundamental para o desenvolvimento e consolidação das competências comuns e específicas no cuidado à PSC e/ou sua família. Ambos os contextos foram marcados pela imprevisibilidade e pela necessidade de resposta imediata, o que proporcionou experiências de tomada de decisão e atuação em situações de elevada complexidade. A exigência de raciocínio clínico célere e tomada de decisão fundamentada permitiu integrar conhecimentos teóricos à prática, fortalecendo competências como a priorização de cuidados, a gestão do tempo e recursos, e a comunicação eficaz em equipas multidisciplinares.

Os processos médicos e cirúrgicos complexos englobam um conjunto de intervenções que requerem a tomada de decisão clínica fundamentada, considerando a informação relevante disponível, os recursos existentes e as possíveis consequências de cada alternativa terapêutica. Estes processos exigem a atuação especializada do enfermeiro em diferentes contextos, como EH e hospitalar, através de abordagens estruturadas, educativas e direcionadas. As abordagens visam responder de forma eficaz às necessidades de cuidados especializados decorrentes de alterações anatomofisiológicas, agudas ou crónicas, de órgãos ou sistemas de órgãos, assegurando a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

1.1. Estágio em contexto de urgência

O primeiro momento de estágio decorreu num SU médico-cirúrgico de 02 de outubro a 08 de dezembro de 2023. O hospital onde decorreu é de pequena dimensão e tem um nível de diferenciação médio, com uma visão estratégica direcionada para a qualidade e segurança, articulando-se com os hospitais afetos ao Serviço Nacional de Saúde e permite a deslocação de especialidades médicas nas vertentes mais carenciadas como, também, a deslocação de doentes para meios mais diferenciados.

A missão deste hospital é fornecer cuidados de saúde especializados centrados na pessoa, com qualidade, segurança e humanidade, ajustando-se às necessidades da popula-

ção, e visa garantir elevados níveis de eficácia e eficiência, assegurando simultaneamente a sustentabilidade dos recursos. Paralelamente, aposta no rigor técnico-científico e no crescimento contínuo, tanto profissional quanto pessoal, dos seus colaboradores.

No SU, a prestação de cuidados é assegurada 24h por dia, por uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes operacionais e assistentes técnicos. A equipa de enfermagem é constituída por 28 elementos, 7 dos quais EEEMC, escalados para o SU, serviço EH e unidade de cuidados intensivos. Este serviço engloba igualmente a equipa de emergências internas e presta apoio à medicina hiperbárica. Os enfermeiros especialistas têm a função de substituir a chefia de serviço na sua ausência, assumir o papel de responsável de turno e a liderança e supervisão do grupo de formação interno.

A equipa é composta por 25% de EEEMC, garantindo uma presença relevante de profissionais qualificados, ainda que inferior ao recomendado. A verificação de uma dotação de EEEMC abaixo do recomendado, em contextos marcados por elevada complexidade clínica e instabilidade da PSC, onde a tomada de decisão exige competências avançadas, capacidade de resposta célere e juízo ético centrado na pessoa, suscita alguma preocupação quanto à qualidade e segurança da prestação de cuidados. Na prestação de cuidados de saúde, o nível de qualificação dos profissionais e o respetivo perfil de competências assumem um papel determinante na promoção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados à população e na eficácia das organizações. Por conseguinte, a determinação da dotação de profissionais de enfermagem não deve basear-se unicamente em indicadores como o número de horas de cuidados por pessoa/dia ou em tempos médios de assistência. É essencial que este processo inclua também a consideração das competências dos enfermeiros, de forma a assegurar uma resposta adequada às exigências clínicas e à complexidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019).

A escassez de EEEMC compromete a aplicação de intervenções especializadas, enfraquece o papel de liderança nas equipas e limita o suporte a profissionais em desenvolvimento. A carência de EEEMC pode constituir um entrave à implementação de projetos de melhoria contínua, essenciais para a excelência dos cuidados e para a evolução da prática baseada na evidência. O facto de serem detentores de competências específicas permite-lhes coordenar projetos institucionais relacionados com a qualidade dos cuidados, contribuindo para a definição de objetivos estratégicos que visem a sua melhoria a nível organizacional. O EEEMC é um elemento facilitador na análise e o planeamento estratégico dos processos assistenciais, a colaborar na implementação de

atividades e protocolos orientados para a qualidade, bem como a participar na disseminação dos resultados dessas iniciativas junto dos profissionais de enfermagem e das equipas de gestão (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

No âmbito específico dos SU, recomenda-se que 50% da equipa de enfermagem seja constituída por EEEMC, com diferenciação na área da PSC e formação em Suporte Avançado de Vida, garantindo a presença permanente, 24 horas por dia, de profissionais altamente qualificados e tecnicamente preparados para responder a situações de elevada complexidade clínica. A definição e o cálculo da dotação de enfermeiros devem ser entendidos como uma orientação técnica estruturante que define as condições para a organização e prestação de cuidados de enfermagem que assegurem qualidade, segurança e pertinência. Assim, este processo contribui decisivamente para a construção de um sistema de saúde mais eficiente, resiliente e alinhado com as exigências em constante evolução (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019).

A dotação adequada de enfermeiros, bem como o seu nível de qualificação e o respetivo perfil de competências, constituem fatores determinantes para a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população e para o bom desempenho das organizações. Para garantir esta adequação, é fundamental recorrer a metodologias e critérios que permitam alinhar os recursos humanos de enfermagem com as reais necessidades assistenciais da população (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019).

O SU localiza-se no piso 0, assim como o serviço de Imagiologia, a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e a Unidade de Medicina Hiperbárica, o que permite uma proximidade física relevante entre serviços. O bloco operatório encontra-se no piso 1, permitindo uma acessibilidade adequada sempre que são necessárias intervenções cirúrgicas urgentes.

O SU deve dispor de acesso facilitado a meios complementares de diagnóstico, garantindo celeridade na avaliação clínica. Nos SU médico-cirúrgicos e nos SU Polivalentes, é igualmente essencial assegurar a proximidade e disponibilidade do bloco operatório, de forma a permitir uma resposta imediata em situações que exigem intervenção cirúrgica urgente (ACSS, 2015).

A sala de reanimação deste hospital tem acesso direto ao exterior, preparada para a receção e estabilização da PSC adulta e pediátrica. De acordo com as Recomendações Técnicas para os SU (ACSS, 2015), a sala de reanimação, destina-se ao atendimento da PSC, devendo estar equipada com os recursos necessários para a realização de suporte avançado de vida, com acesso direto a partir da entrada principal do serviço, sem neces-

sidade de passagem por outras áreas funcionais. A ativação da equipa de emergência deve ser possível através de um sistema de alarme sonoro acionado na entrada. A saída da sala de reanimação deve ocorrer por vias de circulação reservadas ao serviço, de modo a evitar o contacto com outros doentes, zonas de espera ou áreas públicas (ACSS, 2015).

No entanto, o circuito habitual da pessoa no SU tem início na admissão, onde é realizada a admissão administrativa inicial. De seguida, a pessoa é encaminhada para a sala de triagem de prioridades, onde é avaliada por um enfermeiro com formação específica e certificada no sistema de Triagem de Manchester. Este sistema estruturado permite atribuir uma prioridade clínica com base na gravidade da situação apresentada, garantindo que os cuidados são prestados de forma segura, eficaz e em tempo adequado à condição da pessoa. As recomendações sugerem que a triagem seja uma função desempenhada, preferencialmente, por um EEEMC, com diferenciação na área da PSC, de forma a garantir uma avaliação clínica mais rigorosa e adequada à complexidade das situações apresentadas (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019).

A área de prestação de cuidados do presente SU está organizada em três zonas funcionais, de modo a otimizar fluxos, garantir segurança e facilitar o trabalho em equipa. Uma das zonas é composta por duas salas, cada uma equipada com cinco cadeirões. Uma destas salas é destinada à vigilância e tratamento de doentes com sintomatologia respiratória, assegurando o cumprimento das normas de isolamento e prevenção de infeções.

A OMS destaca que a ocorrência de IACS pode estar relacionada a diversos fatores, independentemente dos recursos disponíveis, sendo a aplicação inadequada das precauções básicas de controlo de infeção e das medidas de isolamento um dos principais contributos. As pessoas que apresentem sinais ou sintomas compatíveis com risco acrescido de infeção cruzada devem ser prioritariamente alocados a áreas específicas, de forma a reduzir o potencial de disseminação da infeção (Ramos & Ferreira, 2021).

Neste contexto, o enfermeiro especialista assume um papel fundamental, não só no que diz respeito ao conhecimento e à aplicação rigorosa das Precauções Básicas e de Controlo de Infeção (PBCI), mas também na promoção e disseminação de boas práticas, bem como na supervisão do seu cumprimento por toda a equipa de saúde (Ramos & Ferreira, 2021).

A zona das boxes está subdividida conforme tipologia e especificidade do atendimento. Conta com uma box equipada com uma maca, destinada a procedimentos de pequena cirurgia; uma box com duas macas para atendimento ortopédico; e uma box

com duas macas direcionada para o atendimento pediátrico.

As boxes estão localizadas lateralmente ao posto de enfermagem, sendo delimitadas lateralmente por divisórias opacas recolhíveis, assegurando condições que favorecem a proteção da privacidade e a preservação da dignidade da pessoa, em conformidade com os princípios éticos que orientam a prática de enfermagem. A parte frontal das boxes está voltada para o corredor e tem portas tipo vaivém. Durante o turno da manhã, é atribuído um enfermeiro especificamente para a prestação de cuidados nesta zona funcional. Nos restantes turnos, a assistência a esta área é acumulada com a vigilância e cuidados prestados na zona dos cadeirões pelo mesmo profissional.

As boxes são consideradas uma opção preferencial face às configurações em *open space*. A projeção destas boxes é feita com especial atenção, de forma a garantir permanentemente o contacto visual entre a pessoa e a equipa. Idealmente, as boxes deverão dispor apenas de divisórias laterais transparentes, sendo a divisória frontal voltada para o posto de vigilância, igualmente transparente e recolhível. As divisórias devem possuir a possibilidade de opacificação, assegurando privacidade sempre que necessário (ACSS, 2015).

A sala de observação (SO) está equipada com seis camas, permitindo a monitorização contínua e vigilância clínica da pessoa em avaliação ou em fase de estabilização. O SO dispõe de visibilidade direta a partir do posto de enfermagem, possibilitando o acompanhamento permanente, e está equipada com monitores multiparamétricos conectados a um sistema de monitorização remota, garantindo a vigilância hemodinâmica à distância e em tempo real.

Adotando um modelo de prestação de cuidados baseado na atuação individual, assegura-se uma abordagem centrada na PSC, favorecendo a continuidade e a personalização da assistência. Este método de trabalho valoriza a relação terapêutica enfermeiro/pessoa, promovendo a qualidade e a segurança dos cuidados. Um enfermeiro assume a responsabilidade pela avaliação, planeamento, coordenação e implementação dos cuidados à(s) mesma(s) pessoa(s), garantindo consistência e rigor, ainda que inserido num contexto de trabalho colaborativo e interdisciplinar.

Os métodos de trabalho em enfermagem correspondem a estruturas organizativas que sustentam a prestação de cuidados em diferentes contextos assistenciais, baseando-se nas competências detidas e nos objetivos esperados. Os diferentes métodos determinam a forma como o trabalho é distribuído, influenciam os processos de tomada de decisão, promovendo a articulação entre enfermeiros e a equipa multidisciplinar. O método individual caracteriza-se pela prestação de cuidados integrais por um único enf-

fermeiro, centrado na pessoa, que assume a responsabilidade exclusiva por um conjunto de pessoas sob sua vigilância. Os métodos de trabalho centrados na tarefa tendem a associar-se a uma maior incidência de danos na prestação de cuidados de saúde quando comparados com abordagens centradas na pessoa. A abordagem centrada na pessoa valoriza a participação ativa da pessoa e da família em todas as fases do processo de cuidados, desde a admissão até à alta, favorecendo a continuidade, segurança e qualidade da assistência, bem como níveis mais elevados de satisfação por parte dos destinatários dos cuidados (Almeida Ventura-Silva *et al.*, 2021).

1.2. Estágio em contexto de extra-hospitalar

O segundo momento de estágio decorreu num serviço de emergência médica terrestre de 11 de dezembro de 2023 a 12 de março de 2024.

O serviço de emergência médica terrestre, denominado serviço SIV, tem como missão assegurar a prestação de cuidados de saúde diferenciados, com o objetivo de otimizar a qualidade da assistência em contexto EH, em conformidade com as diretrizes e normas estabelecidas pela OMS.

A SIV tem a finalidade de colmatar uma lacuna significativa na organização da emergência médica, de forma a reforçar a capacidade de resposta EH, procurando-se evoluir para um patamar superior de proficiência, assegurando maior eficácia e qualidade na intervenção em situações de emergência, ao mesmo tempo que se atenuam os constrangimentos decorrentes da dispersão geográfica.

O serviço SIV conta com uma única viatura de emergência EH, sendo a equipa do serviço SIV, onde foi realizado o estágio, constituída por 9 enfermeiros e 11 tripulantes de ambulância e socorro (TAS), que prestam serviço 24h por dia em turnos de 8 horas.

A equipa de intervenção é composta por um enfermeiro com formação em Suporte Avançado de Vida e Curso Avançado de Trauma, e por um TAS com formação base em emergência EH. O enfermeiro assume a responsabilidade pela prestação de cuidados, com base em protocolos clínicos definidos para o serviço, atuando de forma autónoma e interdependente, e sob regulação médica realizada a partir de uma das centrais médicas. O enfermeiro assume o papel fundamental na coordenação e liderança operacional da equipa. O tripulante é responsável pela condução da viatura e pela colaboração nos cuidados, dentro do âmbito das suas competências e sob orientação do enfermeiro SIV.

Os protocolos configuram-se como ferramentas valiosas na organização e qualificação dos cuidados em saúde, pois favorecem a padronização das condutas, promovem a partilha de informação entre profissionais e contribuem para uma atuação

mais coordenada. Os protocolos são instrumentos que definem com clareza os procedimentos a serem realizados em contextos específicos, estabelecendo responsabilidades, métodos de atuação e orientações práticas. A sua aplicação promove a consistência nas decisões clínicas, facilita a adoção de práticas sustentadas em evidência científica e reduz disparidades nas intervenções, ao mesmo tempo que delimita funções e incentiva o trabalho colaborativo nas equipas de saúde (Lima *et al.*, 2021).

No contexto da EH, todos os enfermeiros têm o curso de Suporte Avançado de Vida e Curso Avançado de Trauma de forma a serem dotados de competências fundamentais para a atuação em cenários críticos. Salienta-se que, apenas um dos nove enfermeiros possui a especialidade em EMC, com diferenciação na área da PSC, sendo o enfermeiro responsável pelo serviço SIV. Os enfermeiros detentores de competências específicas conferem uma visão mais abrangente e uma capacidade técnico-científica aprofundada na avaliação, tomada de decisão e intervenção em situações de elevada complexidade clínica, sendo por isso, elementos determinantes para garantir a qualidade, segurança e eficácia da resposta em contexto EH. Contudo, de acordo com a legislação em vigor para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, recomenda-se que os diferentes dispositivos de emergência em contexto EH integrem, obrigatoriamente, um enfermeiro com competência acrescida e diferenciada na área da emergência EH (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019).

A utilização estratégica das competências constitui um instrumento central no fortalecimento da gestão de recursos e no aprimoramento das dinâmicas organizacionais, ao centrar-se na valorização e aplicação das capacidades individuais em função dos objetivos. No contexto da enfermagem, as competências englobam um conjunto integrado de saberes teóricos, capacidades técnicas e disposições comportamentais, fundamentais para assegurar uma atuação eficaz na comunicação, negociação, tomada de decisão e resolução de problemas em saúde, independentemente do cenário em que o enfermeiro se encontra (Zago *et al.*, 2024).

O EEEMC contribui de forma decisiva na gestão eficiente dos cuidados de enfermagem especializados, orientando a sua prática pela busca contínua da excelência. O EEEMC é amplamente reconhecido como um profissional indispensável na garantia de cuidados seguros à PSC, na implementação de cuidados especializados altamente qualificados e diferenciados, assegurando a prestação de intervenções especializadas, de elevada qualidade e tecnicamente diferenciadas (Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho, 2019).

A viatura de emergência médica está totalmente equipada para a prestação de Suporte Avançado de Vida e cuidados diferenciados à PSC e para contexto de trauma, destacando-se um monitor-desfibrilhador com capacidade de transmissão de dados em tempo real, permitindo a monitorização remota do estado clínico da pessoa. A equipa dispõe de diversos meios de comunicação, incluindo rádio, telefone e videoconferência, assegurando uma comunicação e articulação eficazes.

A regulação médica é assegurada por médicos de diferentes especialidades, a partir das centrais regionais, sendo a sua principal função garantir a adequação da intervenção clínica à situação em causa, bem como orientar o encaminhamento da pessoa para a unidade de saúde mais apropriada, em conformidade com os protocolos em vigor.

A prestação de cuidados à PSC e/ou sua família em contexto EH exige um desempenho de excelência, uma preparação altamente especializada e diferenciada por parte do enfermeiro. Neste âmbito, o enfermeiro EEEMC na área de Enfermagem à PSC, assume um papel fundamental, não só na intervenção direta, mas também na liderança e dinamização de todo o processo de resposta a situações de urgência e emergência, mobilizando um vasto conjunto de competências avançadas na prestação de cuidados complexos e diferenciados (Gonçalves, 2021).

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

Atualmente, os cuidados de enfermagem revestem-se de uma complexidade e exigência crescentes do ponto de vista técnico como científico, devido ao aumento da complexidade dos casos clínicos e exigência das populações, tornando a diferenciação e a especialização elementos centrais no perfil dos enfermeiros. O enfermeiro especialista é reconhecido como um profissional detentor de competências técnicas, científicas e humanas, que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem especializados com elevada qualidade. A obtenção do título de especialista implica o domínio de um conjunto de competências transversais, aplicáveis nos diversos contextos de prestação de cuidados, garantindo uma prática sustentada e segura (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Do ponto de vista conceptual, a competência pode ser entendida como a integração de diversos tipos de saberes, tanto gerais como específicos, de natureza científica, técnica, ética e relacional, combinados com aptidões e valores indispensáveis à prática profissional. Trata-se de um processo dinâmico e contínuo de construção, que se traduz na capacidade de agir e reagir de forma adequada face a um determinado domínio de atuação, contexto situacional e relações interpessoais específicas (Pontífice-Sousa, P. *et al.*, 2024).

Segundo Le Boterf (2003), citado por Santos & Santos (2022), a competência consiste na capacidade de articular recursos pessoais e contextuais para agir de forma eficaz. Os recursos individuais englobam conhecimentos, habilidades práticas, qualidades pessoais e experiências acumuladas ao longo do tempo. Para o autor, a competência tem uma característica individual e social, sendo construída a partir das interações e papéis atribuídos, traduzindo-se na capacidade de responder adequadamente a uma determinada situação, o que exige mais do que a simples aplicação de conhecimentos. Ou seja, requer a integração e coordenação de diferentes saberes, onde esta capacidade de integrar é associada a um “saber combinatório”, que se expressa na conjugação entre saber fazer, querer fazer e ter meios para fazer (Santos & Santos, 2022).

As competências comuns do enfermeiro especialista configuram-se como pilares fundamentais do seu exercício profissional, abrangendo domínios como a capacitação das pessoas e profissionais, a supervisão clínica e o exercício de liderança no seio das equipas de saúde. Os domínios incluem ainda a responsabilidade de interpretar, divulgar e implementar investigação científica relevante, contribuindo assim para o avanço do conhecimento e para a melhoria contínua da prática de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

O desenvolvimento de competências exige experiências práticas significativas, sendo o

estágio um meio privilegiado para esse fim. O estágio de Enfermagem à PSC II permitiu explorar de forma aprofundada a realidade do cuidado à PSC e sua família e/ou cuidador, proporcionando a aplicação de conhecimentos, a vivência de práticas sustentadas em evidência científica e o fortalecimento da capacidade de decisão clínica fundamentada.

Neste capítulo, pretende-se abordar, de forma crítica e reflexiva, o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EEEMC, integradas no percurso formativo conducente à atribuição do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à PSC.

2.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A prática da enfermagem fundamenta-se numa responsabilidade ética e deontológica inerente ao exercício profissional do cuidar, assumida de forma deliberada e consciente. Esta disciplina tem como princípio orientador o cuidado centrado na pessoa, entendido como uma intervenção clínica e relacional que visa assegurar o respeito, a promoção e a preservação da dignidade humana. A atuação do enfermeiro, no âmbito dos cuidados, procura potenciar a autonomia da pessoa na construção e continuidade do seu percurso de vida e saúde, contribuindo para a maximização do seu bem-estar e para a obtenção de níveis ótimos de qualidade de vida. A prestação de cuidados de saúde deve ir em consonância com os valores, preferências e necessidades da pessoa, em que as intervenções de enfermagem devem ser orientadas pela firme salvaguarda da liberdade e da dignidade inerentes à pessoa humana (Nunes, 2024).

Na relação profissional, impõe-se a observância de valores universais que orientam a prática de enfermagem, nomeadamente a igualdade de tratamento e de oportunidades, a liberdade responsável sustentada na capacidade de escolha consciente e orientada para o bem comum; na verdade e a justiça como pilares da confiança e da equidade; o altruísmo e a solidariedade enquanto expressões de compromisso com o outro; e a competência e o contínuo desenvolvimento profissional como forma de garantir cuidados de excelência (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015).

No exercício da sua profissão, os enfermeiros pautam a sua atuação por uma conduta íntegra, respeitando os princípios éticos, legais e deontológicos que regem a prática de enfermagem. Os enfermeiros são dotados de responsabilidade e respeito pelos direitos dos cidadãos, assegurando a defesa dos seus interesses e garantindo cuidados de qualidade. O seu desempenho é guiado por elevados padrões de dignidade profissional e autonomia técnica científica, que refletem o compromisso com a excelência e com os valores fundamen-

tais da profissão (Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho, 2022).

A prestação de cuidados no serviço EH ocorre frequentemente em ambientes de grande instabilidade, vulnerabilidade e, muitas vezes, em contexto de rua. Nestes contextos, a PSC está exposta não apenas a riscos ambientais, mas também à fragilidade no que se refere à sua privacidade e dignidade. A atuação do enfermeiro, muitas vezes realizada em locais públicos, de difícil controlo e sob pressão do tempo, limita as condições ideais para garantir a confidencialidade e o respeito integral à individualidade e privacidade da PSC. Assim, as intervenções realizadas devem refletir uma postura ética e responsável, assegurando a proteção da liberdade e da dignidade de cada pessoa cuidada, bem como do próprio enfermeiro enquanto profissional (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015).

Perante esse cenário, tornou-se fundamental a adoção de estratégias que aliassem uma comunicação eficaz, postura ética e deontológica com a aplicação de estratégias adaptadas que minimizassem os impactos da exposição da PSC. A implementação de medidas simples, como o uso de lençóis, manta térmica e a realização de determinados cuidados no interior da célula da ambulância, puderam fazer a diferença na preservação da privacidade e do conforto da pessoa. As medidas tomadas não respeitam apenas os princípios da humanização do cuidado como, também, contribuem para reduzir o impacto fisiológico do frio, da insegurança ambiental, atenuando o sofrimento psicológico causado pela sensação de exposição e vulnerabilidade.

O exercício da enfermagem deve assentar em sólidos conhecimentos científicos e técnicos, orientando-se pelo respeito incondicional pela vida, pela dignidade humana e pela promoção da saúde e bem-estar. O enfermeiro compromete-se a adotar todas as medidas que contribuam para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e dos serviços de enfermagem (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015).

Em contraste com o atendimento EH, o SU dentro do ambiente intra-hospitalar oferece melhores condições estruturais para salvaguardar a privacidade da pessoa. O uso de recursos como cortinados, biombos e a divisão do espaço em boxes permitem um maior controlo sobre o ambiente, promovendo um cuidado mais reservado. A presença destes elementos físicos, aliados à organização interna dos fluxos de atendimento, favorecem a confidencialidade e a preservação da dignidade da PSC, mesmo diante da elevada demanda e ritmo acelerado típicos destes serviços. Salienta-se que, se observou por parte de toda a equipa, uma preocupação constante pelo respeito da privacidade da pessoa alvo de cuidados e sua família e/ou cuidador, sendo o EEEMC o elemento que consciencializa a equipa para o cumprimento dos princípios éticos e legais no SU. Durante o estágio observou-se que o EEEMC se certifica que a privacidade da pessoa é realmente assegurada por todos os elemen-

tos, utilizando os recursos disponíveis, que a informação clínica é transmitida entre os elementos envolvidos no processo do cuidado em local adequado, em tom adequado, e que a pessoa tem um acompanhante (sendo o seu desejo) ou representante legal no processo de tomada de decisão clínica.

Durante o estágio, a prestação de cuidados de enfermagem em contexto clínico evidenciou a imprescindibilidade de uma prática pautada por princípios éticos, morais e legais. As decisões tomadas no decurso da atividade assistencial requerem uma constante ponderação, uma vez que impactam direta e indiretamente a pessoa alvo de cuidados e o seu núcleo familiar.

A decisão ética no exercício da enfermagem está intrinsecamente ligada aos valores e princípios que norteiam a prática profissional, estando presente em todas as decisões clínicas. Independentemente da capacidade da pessoa para participar ativamente na decisão, o enfermeiro deve recorrer aos referenciais éticos para orientar a sua conduta e a sua decisão que deve ser sustentada e coerente. Assim, é essencial que o enfermeiro seja capaz de fundamentar as escolhas feitas e as intervenções realizadas. O seu papel inclui fomentar a participação ativa da pessoa na gestão da sua saúde, representar os seus interesses e atuar sempre em conformidade com aquilo que se entende como sendo o melhor interesse da pessoa alvo de cuidados (Nunes, 2024). Neste sentido, tornou-se evidente a necessidade de fundamentar cada intervenção em valores que sustentem a dignidade humana, a autonomia e o respeito pela individualidade de cada pessoa.

Ao longo dos períodos de estágio, foi assegurado o respeito pelo direito de escolha e pelas preferências expressas pela pessoa, sendo esta devidamente informada sobre os procedimentos a realizar, garantindo-se a sua compreensão e o consentimento informado. Nos casos em que a pessoa não apresentava capacidades para a tomada de decisão, essa responsabilidade era transferida ao acompanhante legal, assegurando o cumprimento dos princípios éticos e legais vigentes. Nos primeiros dias de estágio em SU, foi possível observar uma situação em que, face à incapacidade da pessoa para tomar decisões autónomas, o processo de consentimento informado implicou a transferência de responsabilidade para o familiar, a quem foram prestados os devidos esclarecimentos, culminando na obtenção do respetivo consentimento para a realização de transfusão de concentrado de eritrócitos.

Caso a PSC demonstre capacidade para tomar decisões de forma autónoma, é essencial que o processo de decisão clínica seja construído de forma colaborativa. Esta abordagem promove o fortalecimento da sua autonomia e contribui para o desenvolvimento do seu protagonismo no percurso terapêutico. A inclusão ativa da pessoa na tomada de decisões permite uma maior adesão ao plano de cuidados e reforça o seu reconhecimento perante os

direitos, promovendo a dignidade e o respeito pela sua individualidade. Adicionalmente, a inclusão da pessoa no processo de decisão traduz-se na redução de sentimentos de desvalorização ou incompreensão, ao mesmo tempo que fomenta um espaço propício ao esclarecimento de dúvidas e à legitimação das suas escolhas. Assim, esta prática traduz-se numa relação terapêutica mais sólida e numa prestação de cuidados centrada na pessoa, favorecendo resultados mais positivos e humanizados (Nunes, 2024).

Durante as passagens de turno no SU, a transmissão de informação era efetuada em ambiente reservado com a porta encerrada, de modo a salvaguardar a confidencialidade da informação clínica e respeitar o sigilo profissional. O compromisso ético e legal impõe que a partilha de dados seja restrita apenas aos profissionais diretamente envolvidos no plano terapêutico, sendo orientada por critérios que salvaguardem o bem-estar global da pessoa e da sua família, bem como o respeito integral pelos seus direitos e pela sua dignidade (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015). Paralelamente, eram realizados todos os registos necessários, garantindo a continuidade e a qualidade da prestação de cuidados, bem como a segurança da pessoa e a eficácia da atuação da equipa multidisciplinar.

Durante os estágios, foi privilegiada a garantia de cuidados seguros, tecnicamente competentes, éticos e ajustados às necessidades específicas de cada situação, em consonância com os referenciais normativos da profissão. O estágio permitiu o desenvolvimento de competências onde o percurso formativo foi importante para aprimorar a capacidade de reflexão ética e deontológica, potenciando uma compreensão mais aprofundada dos fundamentos que sustentam a tomada de decisão em enfermagem e a aquisição de competências que vão ao encontro das exigidas pelo grau de Mestre em EMC na Área de Enfermagem à PSC.

2.2. Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

No setor da saúde impõe-se a prestação de cuidados cada vez mais qualificados, orientados para a excelência e a efetividade dos resultados. Esta elevação dos padrões de exigência resulta não só das expectativas da população e das entidades reguladoras, mas também do compromisso ético e profissional dos próprios profissionais de saúde (Vilela *et al.*, 2024).

No âmbito da prática profissional de enfermagem, a intervenção do enfermeiro assenta na construção de uma relação interpessoal baseada na empatia, no respeito pela individualidade e na valorização da diversidade cultural das pessoas e famílias em contexto de cuidados. A prestação de cuidados é sustentada pela formação académica e pela experiência, onde o enfermeiro atua de forma ética, isento de juízos de valor. O compromisso

com a implementação de processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados insere-se nas suas competências, reconhecendo esta dimensão como fundamental para a excelência da prática de enfermagem (Dias, 2024).

A elevação da qualidade dos cuidados é uma prioridade na escala global, sendo a melhoria da qualidade entendida como o progresso nos resultados clínicos, desempenho organizacional e do crescimento profissional, alcançado através de abordagens colaborativas e interdisciplinares que orientam a implementação de mudanças. Trata-se da prestação de cuidados de saúde mais eficazes e com menores custos, sustentada por um processo de revisão contínuo com reestruturação de métodos e sistemas utilizados na prática clínica. O conceito envolve o uso de estratégias e métodos sistemáticos com o objetivo de otimizar tanto a satisfação da pessoa quanto os resultados clínicos. De forma abrangente, refere-se ao compromisso com a melhoria da segurança, qualidade, efetividade e da vivência do cuidado, por meio da compreensão dos sistemas de saúde complexos, da aplicação de modelos estruturados e da introdução de mudanças avaliadas em tempo real para promover resultados positivos (Backhouse & Ogunlayi, 2020).

A crescente literacia em saúde e o fácil acesso à informação conduzem as pessoas a procurar intervenções assistenciais de elevada qualidade, pautadas pela humanização no cuidado e pela segurança. Neste contexto, o enfermeiro especialista assume um papel estratégico na garantia da qualidade dos cuidados, desenvolvendo uma prática crítico-reflexiva, competindo-lhe identificar áreas prioritárias de intervenção e fomentar a inovação dos cuidados prestados. O enfermeiro especialista atinge este patamar através do investimento contínuo no seu desenvolvimento profissional e na integração da melhor evidência científica disponível (Vilela *et al.*, 2024).

No SU, a atuação dos profissionais de saúde é orientada por normas e protocolos que asseguram práticas uniformizadas e sustentadas na melhor evidência, sendo estes periodicamente atualizados. No cumprimento dos objetivos específicos definidos para o estágio, foi desenvolvido um projeto de melhoria contínua, que consistiu na elaboração de um protocolo de comunicação de más notícias (apêndice I) após efetuar o levantamento desta necessidade. Constatou-se que existiam os recursos adequados para a sua implementação no serviço e, assim, elaborou-se e implementou-se o protocolo. No entanto, não foi possível intervir no treino da equipa para a sua aplicação por constrangimentos de tempo e da dinâmica da equipa.

Paralelamente, foi desenvolvido um projeto de melhoria contínua centrado na abordagem ao doente com dor torácica no SU, face à elevada casuística observada. O projeto teve início com a realização de uma revisão da literatura sobre enfarte agudo do miocárdio

(EAM) com supradesnivelamento do segmento ST, EAM sem supradesnivelamento do segmento ST e angina instável, com o objetivo de propor sugestões de melhoria na abordagem ao doente com dor torácica no SU.

Em Portugal, as doenças cardiovasculares continuam a ocupar um lugar de destaque enquanto principal causa de morte e de impacto negativo na saúde pública. A doença coronária assume uma importância significativa devido às suas consequências precoces, como a perda de anos de vida ativa e os encargos económicos associados ao tratamento, que incluem hospitalizações, terapêuticas e procedimentos médicos. Além disso, a sua gravidade é evidenciada pelo facto de, em muitos casos, a primeira manifestação ser um evento súbito grave, como o EAM ou a morte súbita, o que contribui para a sua elevada taxa de mortalidade e imprevisibilidade (Bettencourt *et al.*, 2022).

A revisão da literatura baseou-se em evidência científica recente, publicada entre 2021 e 2023, após a última atualização das diretrizes da *American Heart Association* (AHA), o que reforça a relevância das recomendações apresentadas. Com base nesta revisão, foram propostas sugestões de melhoria para a triagem, diagnóstico e abordagem terapêutica da pessoa com dor torácica, adaptadas à realidade do serviço, com o objetivo de promover práticas mais eficazes, seguras e alinhadas com a evidência mais atual (apêndice II).

No âmbito do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, o enfermeiro especialista assume um papel central na dinamização e apoio às iniciativas estratégicas da instituição relacionadas com a governação clínica. O EEEMC colabora ativamente na conceção e implementação de projetos institucionais focados na qualidade e participa na sua divulgação e apropriação a nível operacional. Para além disso, dedica-se ao desenvolvimento de práticas orientadas para a qualidade; integra e gere programas de melhoria contínua; reconhece que o aperfeiçoamento da qualidade exige a avaliação sistemática das práticas, sendo visto como um líder e um exemplo a seguir pelos pares; e procede sempre que necessário à sua revisão e à implementação de novas estratégias de melhoria (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

O SU dispõe de um grupo de formação interna liderado por EEEMC, que têm como responsabilidade identificar as necessidades formativas da equipa, gerir os conteúdos e delegar responsabilidades. Ao longo dos estágios discutiram-se abordagens diferenciadas à comunicação de más notícias; critérios de priorização na triagem de doentes com dor torácica; o reconhecimento precoce de sinais de deterioração clínica; e estratégias a aplicação de PBCI. Os momentos de discussão entre pares revelaram-se fundamentais para a reflexão crítica sobre boas práticas e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

No contexto EH, em alinhamento com os objetivos específicos do estágio, foi desenvolvido mais um projeto de melhoria contínua, centrado na qualificação da resposta da equipa à PSC e/ou sua família. Como ponto de partida, foi realizada uma avaliação das necessidades formativas da equipa SIV, com o objetivo de identificar lacunas e oportunidades de melhoria nos cuidados prestados. Com base nos resultados obtidos, foram planeadas e concretizadas duas ações de formação, através da plataforma Microsoft Teams, com o intuito de maximizar a participação dos profissionais e minimizar os constrangimentos associados à formação presencial, nomeadamente, os de ordem familiar, social, económico e crenças pessoais (por exemplo, crenças sobre a relevância da formação, sobre prioridades e sobre o medo de ser avaliado). A motivação desempenha um papel importante nos comportamentos humanos e no contexto educacional está fortemente associada ao envolvimento, ao desempenho académico, à aquisição de competências e à satisfação. No caso dos adultos, a decisão de participar em atividades formativas é impulsionada por uma variedade de razões que, normalmente, se agrupam em duas categorias principais: motivos extrínsecos (natureza profissional) e motivos intrínsecos (índole pessoal). A motivação intrínseca tende a ser mais vantajosa, pois promove aprendizagens mais significativas e resultados superiores. Em contraste, os principais obstáculos à participação dos adultos em formação incluem a perceção de que a formação não é necessária para o desempenho profissional, a escassez de tempo devido a compromissos familiares, incompatibilidades com o horário de trabalho e o valor reduzido atribuído à atividade educativa em questão (Rothes, 2020).

A estratégia adotada obteve um *feedback* muito positivo por parte da equipa, pela estratégia utilizada e as temáticas abordadas. A primeira ação de formação abordou o protocolo de comunicação de más notícias já previsto nos protocolos de atuação da equipa SIV, mas para o qual nunca tinha sido ministrada formação. A segunda ação de formação teve como foco os primeiros socorros psicológicos, uma temática nunca antes abordada neste campo de estágio. Ambas as ações representaram etapas importantes na consolidação de boas práticas e no fortalecimento da resposta humanizada e qualificada da equipa no contexto EH. Os formandos evidenciaram a importância de promover este tipo de formação de forma periódica, considerando-a fundamental para a aquisição de ferramentas que lhes permitam enfrentar de forma mais eficaz os desafios inerentes à prática quotidiana.

A segurança em saúde é reconhecida como uma dimensão essencial da qualidade, traduzindo-se na capacidade de alcançar os resultados clínicos pretendidos, promovendo o bem-estar máximo das pessoas. A qualidade e segurança representam um eixo central da prática assistencial e são imprescindíveis para garantir a eficácia e a sustentabilidade dos sistemas de saúde. A prestação de cuidados, pela sua complexidade e natureza frequente-

mente imprevisível, está particularmente exposta à ocorrência de incidentes, os quais podem gerar eventos adversos com impacto negativo na condição clínica da PSC (Barroso *et al.*, 2021).

Nesse sentido, foi fulcral o trabalho em equipa e a observação do enfermeiro especialista na prevenção e gestão de riscos e na garantia da prestação de cuidados seguros. O enfermeiro especialista é responsável por assegurar um ambiente terapêutico seguro, entendendo que a gestão de um espaço centrado na pessoa é essencial para a eficácia terapêutica e para a prevenção de eventos adversos, atuando de forma proativa na promoção de um ambiente propício ao bem-estar e na gestão de riscos (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

No contexto EH foi desenvolvido um projeto de melhoria contínua centrado na prevenção e controlo de infeção, com especial foco na promoção da HM. Ao longo de desenvolvimento do projeto identificaram-se fragilidades na adesão às boas práticas de higiene, pelo que foram implementadas estratégias específicas, nomeadamente, a disponibilização de soluções antissépticas de fricção em locais estratégicos e a proposta de medidas para a higienização adequada dos equipamentos utilizados no EH. Em articulação com a Unidade Local de Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA) no contexto hospitalar foi produzido e distribuído um panfleto educativo sobre os 5 momentos para a HM (apêndice III), como estratégia de reforço à formação previamente realizada. A presente ação visou consolidar conhecimentos e incentivar a adesão sustentada às boas práticas, especialmente após a apresentação dos resultados das auditorias internas sobre a HM.

Ao longo deste o percurso, a observação, o questionamento e a prática acompanhada revelaram-se momentos de grande valor formativo, possibilitando a consolidação de aprendizagens e a reflexão crítica sobre a prática. Os momentos de partilha, de reflexão e discussão formais e informais foram determinantes para a aquisição de competências avançadas conforme o exigido na atribuição de grau de Mestre em EMC, na Área de Enfermagem à PSC, conforme o exposto no do Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto de 2018.

2.3. Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

No âmbito das competências do domínio da gestão de cuidados, o EEEMC é responsável por coordenar os cuidados de enfermagem, promovendo a otimização da resposta da equipa e assegurando uma articulação eficaz com a restante equipa multidisciplinar, realizando a gestão dos cuidados de forma estratégica e garantindo a qualidade e a segurança das tarefas

delegadas. O EEEMC tem desenvolvido a sua capacidade de adaptação da liderança e gestão dos recursos às especificidades de cada situação e contexto assistencial, com o objetivo de assegurar uma prestação de cuidados de elevada qualidade. No âmbito das suas competências o enfermeiro procede à adequada distribuição dos recursos em função das necessidades identificadas, selecionando o estilo de liderança mais ajustado para a promoção da excelência nos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

O enfermeiro da equipa SIV tem incumbido o papel de líder, cuja função é liderar a equipa na prestação de cuidados à PSC, com recurso a protocolos que são linhas orientadoras constituídas por intervenções autónomas e interdependentes que estão sob regulação médica. O enfermeiro tem o papel de coordenar uma equipa multiprofissional no atendimento à pessoa e/ou sua família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em ambientes imprevisíveis e, por vezes, complexos.

A liderança, entendida como uma competência interpessoal de elevada complexidade e reconhecida enquanto fenómeno social, é considerada um elemento crítico para o êxito organizacional. A liderança manifesta-se através de estilos diversos, definidos pela forma como o líder orienta, motiva e direciona a equipa na concretização dos objetivos traçados. A literatura evidencia múltiplos estilos de liderança, aplicáveis a diferentes contextos e áreas profissionais. No domínio da enfermagem, não se identifica um estilo de liderança único ou exclusivo, sendo necessária a adaptação às especificidades de cada situação e equipa de trabalho (Moreira & Nunes, 2024).

Entre os estilos identificados, a liderança transformacional destaca-se pela sua capacidade de motivar e influenciar positivamente os profissionais, promovendo o envolvimento ativo, a valorização individual e o crescimento coletivo. Este tipo de liderança fomenta uma cultura de melhoria contínua, inovação e coesão, sendo particularmente relevante em contextos exigentes e imprevisíveis, como os SU e as equipas de emergência EH (Vinanda *et al.*, 2025).

Durante o estágio foi possível assumir uma postura alinhada com os princípios de liderança transformacional através da participação ativa, da coordenação e prestação de cuidados, da aplicação dos protocolos estabelecidos, tomada de decisão e a delegação e supervisão de funções em colaboração com o tutor no EH. Em cenário de acidente de viação com uma PSC, e em cenário de paragem cardiorrespiratória, colaborou-se na liderança de uma equipa multiprofissional mesmo durante as intervenções inerentes ao suporte avançado de vida. No contexto do SU, foi possível manter uma postura alinhada com os princípios de liderança transformacional nos cuidados de enfermagem à PSC, integrada numa equipa multidisciplinar e multiprofissional. Como exemplo, na receção e abordagem à pessoa poli-

traumatizada, na prestação de cuidados à pessoa com doença mental agudizada e na colaboração com a equipa multidisciplinar na implementação do protocolo de taquicardia supraventricular com recurso a cardioversão farmacológica. Ao longo deste percurso houve uma prática que exigiu e permitiu desenvolver a capacidade de efetuar uma comunicação assertiva e empática, adaptada às diferentes personalidades e dinâmica de grupo como, também, uma gestão eficaz dos recursos disponíveis. A gestão dos recursos disponíveis tem um impacto mais relevante no contexto EH, onde a equipa tem de articular os meios da viatura de emergência com os da ambulância, planeando os cuidados em função da distância a percorrer e da gravidade da situação, sempre em articulação com o médico regulador.

A vivência deste processo evidenciou que a liderança transformacional não se restringe a cargos formais, mas traduz-se em atitudes que influenciam o desempenho, o compromisso e a motivação da equipa, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa.

O exercício da enfermagem estrutura-se em intervenções realizadas de forma autónoma e/ou em regime de interdependência, preservando em qualquer circunstância a capacidade decisória própria do enfermeiro. As atividades desenvolvem-se dentro dos limites das competências profissionais regulamentadas, observando rigorosamente os princípios da dignidade da pessoa, da autonomia individual e da complementaridade funcional com outros profissionais de saúde. A prática de enfermagem implica, assim, a cooperação, a articulação e, quando necessário, a coordenação de equipas sempre que as funções se revelem interdependentes ou complementares (Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho, 2022).

Durante o período de estágio, a candidata integrou equipas na realização de manobras de suporte avançado de vida, tanto em contextos de urgência como em ambiente EH, constatando a importância do papel do líder e da dinâmica das equipas de alto desempenho na eficácia das intervenções realizadas.

As equipas de alto desempenho são fundamentais no sucesso das manobras de reanimação, uma vez que a execução eficaz das suas funções contribui para melhores tempos de resposta e maior qualidade das intervenções, fatores que podem refletir-se no aumento da sobrevivência das pessoas. Para tal, é necessário que estas equipas integrem a gestão eficiente do tempo, a qualidade técnica, a coordenação entre os membros e a realização de procedimentos bem definidos, com atribuição clara das responsabilidades individuais. O líder de uma equipa de alto desempenho é responsável por estruturar a equipa, assegurando que as ações são realizadas de forma correta e em tempo oportuno. Além disso, supervisiona e integra o desempenho individual de cada elemento, promovendo a eficácia coletiva, facilitando a comunicação e compreensão entre os membros e atuando como modelo de

conduta, enquanto mantém o foco no cuidado global à pessoa (*American Heart Association*, 2021).

No contexto EH, a gestão dos cuidados integrou de forma deliberada o acompanhamento e apoio à família e/ou cuidador, reconhecendo o seu papel no processo de cuidados e garantindo, sempre que possível, a sua segurança emocional e física. Logo, eram fornecidas informações claras e apoio ajustado às necessidades identificadas, assegurando que o familiar ou cuidador não permanecesse nem se deslocasse desacompanhado. A necessidade de apoio adicional era avaliada quando clinicamente apropriado, podendo este apoio ser solicitado diretamente ao médico regulador, promovendo a continuidade e segurança do processo assistencial.

No contexto da atuação em EH, os momentos de chegada ao local e de prestação de cuidados foram frequentemente marcados por elevados níveis de ansiedade e inquietação por parte dos familiares, cuidadores e testemunhas. A ocorrência de uma paragem cardiorrespiratória revelou-se particularmente impactante do ponto de vista emocional para os envolvidos, onde foi privilegiado o contacto com um familiar que assumisse o papel de interlocutor em nome dos demais. Entre as testemunhas com aparente proximidade à família, procurou-se identificar quem pudesse permanecer por perto da família, prestar conforto ou solicitar apoio. No momento da preparação para o transporte e da saída do local foi garantido que nenhum familiar necessitava de apoio adicional, tendo ainda ficado definidas as pessoas responsáveis por acompanhar os familiares até à unidade de saúde.

No ambiente de SU e EH, a pessoa era abordada de forma holística, procurando estabelecer uma relação terapêutica e empática, informando-a de todas as intervenções a realizar, procurando assegurar a compreensão e o consentimento da pessoa, de modo a respeitar suas preferências e envolvê-lo ativamente no processo de tomada de decisão. Perante as limitações na capacidade de comunicação, manteve-se sempre uma abordagem humanizada através do toque terapêutico, da verbalização das ações e da presença empática. As presentes estratégias utilizadas foram importantes para preservar a dignidade e promover a confiança em momentos de elevada vulnerabilidade.

A prática de enfermagem reflete uma conceção integrada de gestão dos cuidados, que articula aspetos clínicos, emocionais, éticos e valoriza a pessoa e a família como coparticipantes no processo assistencial, contribuindo para a humanização dos serviços e da qualidade global da resposta em saúde.

A comunicação constitui-se um elemento fundamental na interação com o outro, e revela-se particularmente crucial na área da saúde, onde predominam as interações interpessoais. Neste contexto, comunicar de forma eficaz implica o domínio de competências

relacionais que favorecem o estabelecimento de uma relação terapêutica com a PSC e sua família/cuidador, onde a eficácia da comunicação influencia diretamente a qualidade dos cuidados prestados, refletindo-se também no bem-estar e na satisfação da pessoa/ família/ cuidador (Santos, 2022).

2.4. Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No domínio do desenvolvimento das competências de aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista promove o autoconhecimento e a assertividade, reconhecendo que a consciência de si próprio é fundamental para a prática de enfermagem. Esta competência influencia diretamente a qualidade das relações terapêuticas e a interação em equipas multidisciplinares e multiprofissionais. Valoriza-se, assim, a dimensão pessoal e relacional, considerando os contextos singulares, profissionais e organizacionais em que se insere (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

No exercício da enfermagem especializada, o enfermeiro assume um papel central no seu percurso de desenvolvimento e consolidação de competências, através de processos reflexivos que sustentam a aquisição de conhecimentos aprofundados, o aperfeiçoamento de competências específicas e a transformação de atitudes e práticas na relação com a equipa multidisciplinar, multiprofissional e na relação com a PSC e/ou família. Sob estas circunstâncias, a maturidade revela-se na capacidade de adaptação a contextos complexos e na integração de experiências anteriores, enquanto o desenvolvimento implica o domínio de raciocínio clínico avançado, o reforço do autoconhecimento e a tomada de decisões fundamentadas. O enfermeiro especialista ao reconhecer as suas competências, demonstra capacidade para organizar e aplicar saberes de forma estratégica, alinhando-os às necessidades da pessoa e às exigências dos contextos de cuidados especializados (Sousa, 2024).

Na relação com o outro, surge a necessidade de o enfermeiro desenvolver competências no que diz respeito à inteligência emocional, isto é, à aptidão para gerir as próprias emoções e compreender as dos outros, o que se revela essencial no contexto da enfermagem, dada a natureza relacional da profissão. Esta competência permite ao enfermeiro atuar de forma equilibrada em situações exigentes, destacando-se a capacidade para manter o equilíbrio emocional, interpretar as situações e reagir de forma construtiva na gestão de possíveis conflitos. Assim, promove uma prática mais empática, adaptável e centrada na pessoa, contribuindo para relações interpessoais saudáveis, maior resiliência profissional e prevenção do desgaste emocional (Sousa *et al.*, 2020).

Durante o estágio a candidata viu-se confrontada com situações constrangedoras, passíveis de se tornarem causadoras de conflito, sentindo necessidade de mobilizar competências de inteligência emocional como o autocontrolo e compreensão da emoção do outro para gerir situações da forma mais positiva possível. O conflito é uma componente natural das relações humanas e, quando bem gerido, pode constituir uma oportunidade de crescimento individual e coletivo. As divergências não devem ser vistas como ameaças, mas como ocasiões que favorecem a aprendizagem, a reflexão e o fortalecimento das dinâmicas de grupo (Gonçalves, 2017).

Ao longo dos estágios, os processos de reflexão, aprendizagem e consolidação de competências avançadas, enquanto futura enfermeira especialista, foram fundamentais e destaca-se a importância do trabalho colaborativo entre pares e da orientação tutorial. A presença de orientadores acessíveis, motivados e integrados nas equipas facilita a aquisição de saberes e favorece o desenvolvimento profissional em contextos de elevada complexidade. O apoio entre pares é importante para garantir uma prática de cuidados à PSC e/ou sua família humanizada, integral, tecnicamente diferenciada e sustentada na melhor evidência científica disponível.

O desenvolvimento pessoal ocorre a partir da resposta às exigências específicas de determinado contexto, impulsionando a aquisição de novas competências, sendo para tal, fundamental criar ambientes que favoreçam a troca e comunicação de experiências e saberes, pois, estes contribuem para uma prática mais reflexiva e para decisões mais conscientes e fundamentadas (Sousa, 2024).

Ao longo dos diferentes períodos de estágio, tornou-se essencial o recurso à revisão da literatura como meio de aprofundar conhecimentos, permitindo fundamentar a tomada de decisões e assegurar a implementação de intervenções de enfermagem sustentadas numa prática baseada na melhor evidência, com respostas adequadas às necessidades da pessoa. O enfermeiro na sua prática clínica especializada sustenta-se em evidência científica atualizada e relevante, orientando as decisões e intervenções com base em conhecimento sólido. Além disso, o enfermeiro especialista assume um papel ativo como facilitador nos processos de aprendizagem e como agente impulsionador da investigação (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Durante o estágio realizado no SU, sem prejuízo das horas de contacto, a candidata participou na formação “Higienização das Mãos e PBCI” (Anexo I), integrada na formação em serviço da instituição. A presença nesta formação permitiu identificar os momentos críticos de menor adesão à HM naquele contexto, constituindo-se como ponto de partida para a análise e discussão das possíveis causas associadas à baixa adesão. Esta experiência serviu de

suporte à implementação de estratégias de melhoria, orientadas para a promoção da HM. Adicionalmente, foi fundamental para observar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde na prática diária e para identificar lacunas de conhecimento, as quais motivaram o desenvolvimento do estudo de investigação da candidata “Fatores condicionadores da higienização das mãos na abordagem ao doente crítico: *Scoping Review*”.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica

A prestação de cuidados de enfermagem especializados implica a capacidade de planear, aplicar e avaliar intervenções diferenciadas e dirigidas às necessidades da PSC e/ou sua família, com o objetivo de promover a identificação precoce de alterações, assegurar a estabilização clínica, manter a funcionalidade e favorecer a recuperação. Estes cuidados requerem competências no uso de tecnologias de monitorização, vigilância e terapêutica avançada, visando a prevenção de complicações e eventos adversos, bem como a promoção da saúde e prevenção da doença em diferentes contextos de atuação. O progresso científico e técnico incute ao EEEMC a responsabilidade de sustentar a sua atuação na melhor evidência, orientada por indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, cabendo-lhe ainda um papel estratégico na dinamização de iniciativas formativas, consultivas e de investigação, com vista à consolidação e valorização contínua das competências (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

O EEEMC atua na prestação de cuidados à PSC, caracterizada por elevada complexidade clínica e exigência de respostas céleres, seguras e altamente diferenciadas, assumindo um papel central na resposta às necessidades complexas da PSC, por meio de intervenções individualizadas pautadas por elevados padrões de qualidade, rigor técnico-científico e fundamentação na evidência mais atual, visando a otimização dos resultados em saúde e a humanização dos cuidados prestados (Lobão *et al.*, 2024).

No âmbito da área de cuidados à PSC, as competências do EEEMC traduzem-se na capacidade de prestar cuidados diferenciados à pessoa e respetiva família e/ou cuidador perante quadros clínicos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. O EEEMC tem a competência para coordenar e intervir em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde o planeamento até à execução das ações. Para além disso, assume um papel determinante na prevenção, controlo e intervenção face a infeções e resistência a antimicrobianos, promovendo respostas atempadas e adequadas à gravidade e complexidade dos contextos clínicos (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

O presente capítulo tem como finalidade demonstrar as aprendizagens consolidadas e as competências específicas e diferenciadas desenvolvidas ao longo do percurso de estágio, tendo como referência o regulamento das competências do EEEMC. As competências revelam-se fundamentais para o desenvolvimento de uma prática avançada, conforme os requisitos definidos para a atribuição do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, de acordo com o estipulado no Decre-

to-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto.

3.1. Cuida da Pessoa e Família/Cuidadores a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

O EEMMC tem competências altamente diferenciadas para cuidar da PSC, da sua família e/ou cuidador inserido numa equipa onde o cuidado se centra na pessoa cuja vida se encontra em risco iminente devido à falência, ou possibilidade de falência, de uma ou mais funções vitais. No âmbito da PSC, a sua sobrevivência depende da utilização de recursos avançados de vigilância, monitorização e intervenção terapêutica, sendo os cuidados prestados altamente diferenciados e contínuos. O objetivo primordial perante a PSC é manter as funções vitais, prevenir complicações, limitar incapacidades e promover a recuperação funcional através de uma avaliação constante e monitorização rigorosa, dominando igualmente a capacidade de criar e manter uma relação terapêutica em situações de doença crítica, essencial no auxílio à pessoa e sua família/cuidador para lidar com as perturbações emocionais decorrentes da situação de saúde/doença ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

A PSC é, maioritariamente, associada à idade adulta nestes contextos de estágio. No entanto, no contexto de estágio de SU, o serviço recebe pessoas de todas as faixas etárias, por isso, houve a oportunidade de prestar cuidados a PSC em idade pediátrica. Durante o estágio em SU surgiu um caso clínico de PSC menor de idade admitido por intoxicação aguda por paracetamol, configurando uma situação com potencial risco de falência hepática aguda.

As intoxicações em idade pediátrica representam uma causa comum de admissão nos SU, sendo reconhecidas como uma emergência prevalente em escala mundial (Silva, 2021). Estas podem ocorrer de forma accidental, sobretudo em crianças mais pequenas, ou de forma intencional, sendo estas últimas mais prevalentes na população adolescente. A intoxicação clínica corresponde a uma condição potencialmente grave que resulta da exposição, súbita ou progressiva, a uma substância tóxica, podendo comprometer o funcionamento de um ou mais sistemas orgânicos. A intoxicação aguda, trata-se geralmente de uma situação que exige uma resposta médica imediata e dirigida (Silva, 2021). Segundo Cardoso & Carvalho (2021), a intoxicação medicamentosa refere-se aos efeitos prejudiciais provocados pela administração de uma substância em quantidade superior à dose terapêutica recomendada, sendo que entre os fármacos mais frequentemente envolvidos em quadros de intoxicação aguda se destacam os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, seguidos pelos antidepressivos, antipsicóticos e analgésicos. Os autores acrescentam ainda, que a incidência destes episódios tem vindo a posicionar a intoxicação como um dos mais relevantes problemas de

saúde pública, consequência da escassa implementação de medidas eficazes de controlo e prevenção, associada ao fácil acesso da população a um número cada vez maior de substâncias com elevado potencial tóxico (Cardoso & Carvalho, 2021).

O paracetamol é um dos medicamentos mais frequentemente associados a episódios de sobredosagem em idade pediátrica devido à disponibilidade e facilidade de aquisição. Quando administrado em doses terapêuticas, aproximadamente 5% é excretado inalterado pela urina, enquanto os restantes 5% são metabolizados pelo sistema enzimático do citocromo P450, originando o composto N-acetil-p-benzoquinoneimina (NAPQI), responsável pela hepatotoxicidade associada ao fármaco (Magalhães, 2021).

As manifestações clínicas decorrentes da intoxicação por paracetamol podem ser classificadas em quatro fases distintas, cuja progressão está intimamente relacionada ao tempo decorrido desde a ingestão da substância. A identificação destas fases, associada à monitorização de parâmetros laboratoriais específicos, é fundamental para a definição da abordagem terapêutica mais adequada (Magalhães, 2021):

- Fase I (0 a 24 horas): Geralmente assintomática ou com sintomas inespecíficos, como náuseas, vômitos, anorexia, dor abdominal, palidez e sudorese, onde os parâmetros analíticos permanecem dentro dos valores de referência, o que pode dificultar a identificação precoce da toxicidade;
- Fase II (24 a 72 horas): Os sintomas gastrointestinais iniciais tendem a diminuir, mas surgem sinais de envolvimento hepático, como dor no quadrante superior direito, hepatomegalia e sensibilidade à palpação hepática, e analiticamente, verifica-se elevação das transaminases hepáticas (AST e ALT), aumento do tempo de protrombina e dos níveis de bilirrubina;
- Fase III (72 a 96 horas): Corresponde ao período de maior gravidade clínica, podendo manifestar-se com insuficiência hepática fulminante, encefalopatia, hipoglicemia, confusão mental, edema cerebral, hipotensão, sonolência, coma e, em casos extremos, morte, onde os parâmetros laboratoriais evidenciam níveis de AST extremamente elevados (podendo ultrapassar 30.000 U/L), tempo de protrombina prolongado (superior a 2,2 vezes o valor normal) e bilirrubina total acima de 4 mg/dL;
- Fase IV (4 dias a 2 semanas): Caso não ocorra morte, pode observar-se uma recuperação gradual da função hepática, com normalização progressiva dos marcadores laboratoriais, desde que a intervenção terapêutica tenha sido atempada e eficaz (Magalhães, 2021).

A abordagem à pessoa em situação de intoxicação medicamentosa deve centrar-se em três pilares fundamentais: a recolha da história clínica (anamnese), o exame físico detalhado e a realização de exames complementares de diagnóstico. A anamnese deve ser dirigida e

minuciosa, procurando obter o máximo de informação possível junto da própria pessoa e/ou familiar/cuidador. É crucial identificar o agente tóxico envolvido, o momento da exposição, a quantidade presumida da substância e a via de contacto (Cardoso & Carvalho, 2021). Neste sentido, o estabelecimento de uma relação ética e terapêutica, foi fulcral para criar um clima de segurança que permitisse a partilha de todas as informações necessárias, por parte do menor e cuidador. De modo a se responder de forma adequada perante a situação e dar resposta às necessidades fisiológicas, psicológicas e emocionais efetuou-se uma abordagem diferenciada na adaptação a esta situação de instabilidade. O EEEMC é um elemento altamente qualificado na atuação perante a PSC, pois este mobiliza competências avançadas, integrando saberes técnicos, científicos e relacionais, com vista a uma resposta célere, eficaz e centrada na pessoa, além de dominar a comunicação interpessoal, o que sustenta a relação terapêutica com a pessoa e sua família/cuidador, especialmente em cenários de alta complexidade, e a participação neste processo possibilitou o desenvolvimento de competências específicas e aprofundadas neste sentido (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

A avaliação inicial deve seguir uma abordagem sistematizada, com base no protocolo ABCDE, assegurando uma resposta rápida e estruturada que permita a estabilização, independentemente do tipo de intoxicação. A abordagem inicial à pessoa intoxicada centrou-se na garantia da permeabilidade das vias aéreas (A); garantia de uma ventilação e oxigenação eficazes através da administração de oxigénio ajustado consoante a necessidade da pessoa e resultados gasométricos, com monitorização contínua por oximetria de pulso (B); a estabilidade circulatória, com monitorização de sinais vitais, monitorização do traçado eletrocardiográfico, obtenção de acessos venosos para administração atempada de fluidos, fármacos, nomeadamente, para a implementação do protocolo do antídoto que é a N-acetilcisteína (C); avaliar o estado neurológico, controlo da glicemia capilar (D); garantir o controlo da temperatura, avaliação da dor e adotar medidas para limitar a absorção do agente tóxico (Cardoso & Carvalho, 2021).

Em caso de suspeita de intoxicação por paracetamol, o diagnóstico deve basear-se numa avaliação cuidadosa da história clínica e dos sintomas apresentados. O doseamento sérico do fármaco é essencial e deve ser feito idealmente quatro horas após a ingestão, para garantir uma medição precisa dos níveis circulantes. Avaliações precoces podem subestimar a gravidade da intoxicação. Além disso, é importante monitorizar parâmetros bioquímicos como enzimas hepáticas (AST e ALT), glicemia, função renal, bilirrubina total, eletrólitos e tempo de protrombina, que podem refletir a evolução do quadro clínico. (Magalhães, 2021). O EEEMC detém competências específicas no âmbito do cuidado à PSC e sua família e/ou cui-

dador em situações complexas de doença crítica e/ou falência orgânica. As suas competências abrangem a capacidade de prestar cuidados à pessoa em situações emergentes, antecipando a instabilidade e os riscos de falência orgânica, como também garante a administração eficaz de protocolos terapêuticos complexos, assegura a gestão diferenciada da dor e o bem-estar da pessoa, otimizando as respostas terapêuticas (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

A decisão de iniciar tratamento com N-acetilcisteína baseia-se no nomograma de Rumack-Matthew, que relaciona os níveis séricos de paracetamol com o tempo desde a ingestão para estimar o risco de toxicidade hepática. O tratamento é mais eficaz se iniciado nas primeiras 8 a 10 horas, sendo recomendado até 24 horas após a ingestão. A abordagem terapêutica depende do tempo decorrido desde a ingestão. Se for inferior a uma hora e a dose for potencialmente tóxica, pode-se recorrer à lavagem gástrica ou indução do vômito. Entre uma e quatro horas, é recomendada a administração de carvão ativado para reduzir a absorção do paracetamol. Após quatro horas, a decisão terapêutica baseia-se na avaliação clínica e laboratorial, podendo ser iniciada a N-acetilcisteína. (Magalhães, 2021).

Silva (2021), alerta que a lavagem gástrica deve ser considerada apenas até uma hora após a ingestão e não deve ser usada de forma sistemática, devido ao risco de complicações como aspiração pulmonar, perfuração esofágica e hipoxia. O carvão ativado é amplamente utilizado em intoxicações por reduzir a absorção de substâncias tóxicas no trato gastrointestinal, embora possa causar efeitos adversos como náuseas, vômitos, obstrução intestinal e, em casos graves, pneumonia por aspiração. É mais eficaz quando administrado até 60 minutos após a ingestão, sendo a sua utilidade reduzida após esse período (Silva, 2021). O EEEMC demonstra capacidade para reconhecer precocemente possíveis complicações decorrentes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, atuando com intervenções de enfermagem adequadas às necessidades emergentes (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

A complexidade e severidade da situação exigiram uma atuação célere, com monitorização constante e aplicação rigorosa do protocolo instituído no serviço de urgência para casos de intoxicação por paracetamol. Enquanto futura EEEMC, foi possível à candidata integrar-se de forma ativa nas diferentes etapas do atendimento, desde o acolhimento da pessoa até à estabilização clínica e início das intervenções terapêuticas, permitindo o desenvolvimento de competências avançadas no domínio do cuidado à pessoa e família ou cuidador a vivenciar processos de doença complexos ou falência de órgão (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). Esta situação clínica exigiu uma avaliação rigorosa das necessidades da pessoa, planeamento célere, tomada de decisão fundamentada e aplicação

de raciocínio clínico baseado na melhor evidência disponível, em articulação com a equipa multidisciplinar envolvida, mantendo a comunicação constante com a pessoa e cuidador de forma a mantê-los ao corrente da evolução e das intervenções a efetuar. O EEEMC possui competências avançadas que lhe permitem identificar precocemente sinais de instabilidade clínica, intervindo de forma célere e proativa perante alterações do estado de saúde, estando capacitado para prestar cuidados de elevada complexidade técnica à PSC e/ou com disfunção orgânica, assegurando a implementação rigorosa de protocolos terapêuticos exigentes. O EEEMC faz um planeamento de intervenções de enfermagem por prioridades, implementa-as, realiza a monitorização contínua da sua eficácia e avalia os resultados obtidos e, se necessário, faz a sua adequação face à evolução clínica da pessoa (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Perante uma suspeita de uma intoxicação voluntária, a situação apresentou-se particularmente sensível e com uma elevada carga emocional, o que exige do enfermeiro uma atuação que alia competências técnico-científicas a competências interpessoais e uma postura empática e acolhedora no estabelecimento de uma relação terapêutica e num cuidado humanizado. A humanização dos cuidados em saúde implica reconhecer e valorizar a singularidade de cada indivíduo, promovendo espaços institucionais que respeitem e acolham a dimensão humana de todos os envolvidos no processo de cuidar. O cuidado humanizado exige empatia, escuta ativa e compreensão profunda do significado da existência, tanto do próprio profissional quanto da pessoa assistida. Tendo em conta a complexidade envolvida, humanizar a assistência à pessoa em situação crítica constitui um desafio significativo, que requer uma abordagem integral, contemplando não apenas os aspetos clínicos, mas também os contextos pessoal, familiar e social. Neste processo, destaca-se o papel fundamental da equipa de enfermagem e do EEEM com competências singulares na comunicação e estabelecimento de relação terapêutica, cuja atuação deve ser intencional e sensível, recorrendo à comunicação interpessoal como ferramenta essencial na prestação de cuidados centrados na pessoa (Barros, 2021).

Foi possível observar e participar no apoio emocional prestado à pessoa e ao cuidador, visivelmente fragilizados, contribuindo para uma comunicação clara, escutando ativamente as suas preocupações e promovendo um ambiente seguro e de suporte num momento marcado por grande vulnerabilidade e sofrimento. A resposta assistencial foi pautada por uma abordagem holística, centrada não só na estabilização clínica da pessoa, mas centrada na pessoa e no cuidador, no apoio emocional prestado à pessoa e ao cuidador e na resposta às suas necessidades como seres individuais no processo de adaptação perante a situação vivenciada, em que demonstravam sinais evidentes de angústia face ao ocorrido.

O EEEMC demonstra uma compreensão aprofundada sobre o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual, ajustando os cuidados prestados às necessidades complexas da pessoa, detendo também conhecimentos sólidos em comunicação terapêutica, adaptando a sua linguagem e abordagem à gravidade da condição clínica e à capacidade de comunicação da pessoa. É capaz de estabelecer e manter uma relação terapêutica eficaz, reconhecendo as dinâmicas envolvidas na interação com a pessoa e com a sua rede de apoio, identificando e gerindo os impactos emocionais dessas interações, e ao utilizar estratégias de relação de ajuda de forma adequada, enquanto avalia continuamente a qualidade da relação estabelecida, sendo sensível à ansiedade e ao medo vivenciados pela pessoa e seus familiares/cuidadores, promovendo um ambiente de segurança, empatia e acolhimento (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

A experiência vivenciada perante esta situação clínica foi determinante para o fortalecimento das competências do EEEMC no que respeita ao cuidado à pessoa e à família/cuidador em contextos de doença crítica e risco de falência orgânica. A complexidade da situação exigiu não só a aplicação de conhecimentos técnicos avançados, mas também uma comunicação eficaz, empatia e uma conduta ética e responsável. Tornou-se igualmente evidente o papel central do EEEMC no atendimento em contexto de urgência, destacando-se pela sua capacidade de identificar precocemente sinais de deterioração clínica, agir de forma célere e segura, e garantir um cuidado holístico que inclua a dimensão humana e emocional da pessoa e família/cuidador. Salienta-se que a formação especializada e a aprendizagem contínua embasada na melhor evidência, como fundamentos para uma prática profissional qualificada em contextos clínicos de elevada complexidade, são pilares para uma prestação de cuidados célere, precisa e com enfoque humanizado.

A reflexão crítica neste domínio centrou-se especificamente nesta situação clínica, uma vez que esta se revelou abrangente e transversal às competências comuns e específicas do EEEMC. Contudo, reconhece-se que todas as demais experiências vivenciadas, assim como os momentos formais e informais de reflexão ocorridos ao longo dos diferentes contextos de estágio, foram igualmente relevantes, contribuindo significativamente para o desenvolvimento de competências e para o crescimento profissional.

3.2. Dinamiza Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, a Conceção a Ação

O EEEMC na área de especialização da PSC, assume um papel central na gestão e operacionalização da resposta a contextos de emergência, exceção e catástrofe. No âmbito das suas competências, atua desde a conceção até à execução das intervenções, assegurando

uma resposta célere, organizada e eficaz. Para além da prestação de cuidados à pessoa em cenários de elevada complexidade, o enfermeiro especialista colabora no desenvolvimento de planos de emergência e catástrofe, alinhados com o nível estratégico das organizações. Compete-lhe também planear intervenções, coordenar os cuidados prestados nestes contextos e garantir que a atuação em enfermagem respeita a integridade de possíveis vestígios forenses, salvaguardando indícios relevantes em situações com potencial enquadramento criminal (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Uma catástrofe pode ser entendida como um evento de carácter excecional, decorrente de um ou mais incidentes graves, com capacidade de originar destruição significativa, afetar vidas humanas e desestruturar, de forma severa, o funcionamento social e económico de determinada área geográfica, ou até de todo o país. Um acidente grave pode ser definido como um evento inesperado, com repercussões delimitadas no tempo e no espaço, que representa uma ameaça para a integridade de pessoas, outros seres vivos, bens materiais ou para o meio ambiente. No âmbito da emergência médica, considera-se situação de exceção qualquer circunstância em que, de forma temporária ou prolongada, se observa um desfasamento entre a procura de cuidados e a capacidade de resposta dos recursos disponíveis (Lopes, 2021).

A situação de emergência, por sua vez, refere-se a uma alteração súbita e violenta do estado de saúde de um indivíduo, que compromete ou ameaça comprometer funções vitais e cuja ausência de intervenção imediata poderá representar risco iminente de morte. Uma emergência multivítimas ocorre quando o número de vítimas excede a capacidade de resposta habitual dos serviços, comprometendo a eficácia dos cuidados. Nestes casos, aplicam-se protocolos específicos para maximizar a sobrevivência e garantir o melhor tratamento possível, considerando os recursos disponíveis e a necessidade de priorizar os cuidados. (Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho, 2019).

As metodologias de planeamento em situações de emergência e catástrofe têm evoluído com o progresso social e a maior consciência sobre segurança. Assim, os planos de emergência devem ser dinâmicos, adaptáveis a cada situação e às estratégias adotadas, promovendo estudos e avaliações de risco para reforçar a prevenção e melhorar as medidas de segurança (Pereira & Coimbra, 2021).

Os planos de emergência da proteção civil dividem-se em gerais, que abrangem diversos cenários dentro de um território, e especiais, voltados para situações específicas que exigem respostas técnicas especializadas (Resolução n.º 25/2008, 2008). O Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (PNEPC) é o principal instrumento de coordenação da resposta a acidentes graves ou catástrofes em Portugal Continental, assegurando direção unificada,

articulação operacional e implementação de medidas excepcionais. De âmbito nacional e natureza geral, visa uma resposta coordenada para minimizar impactos, mobilizar recursos e proteger vidas, bens e ambiente. Define estruturas de comando, orientações para atuação integrada e articula-se com planos regionais, distritais e municipais. Baseia-se na identificação de riscos naturais, tecnológicos ou mistos (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil [ANEPC], 2023).

O EEEMC evidencia domínio sobre os planos de emergência em diferentes níveis destinados à resposta a situações de emergência e catástrofe. Reconhece também os diversos tipos de catástrofes, compreende as suas repercussões na saúde pública e demonstra familiaridade com os planos operacionais e os princípios fundamentais de intervenção. A revisão da literatura e os momentos de reflexão com o tutor permitiram consolidar e aprofundar conhecimentos relacionados com a atuação do EEEMC em contextos de emergência e catástrofe e a familiarização com os diferentes níveis dos planos de emergência e de catástrofe. O que permitiu compreender a complexidade da resposta organizada e coordenada que este tipo de situações exige, tal como reconhecer as implicações diretas na saúde das populações através de uma atuação baseada no planeamento, na gestão do risco e na tomada de decisão fundamentada para a garantia da segurança, mas também para a promoção de uma resposta eficaz, articulada e centrada na minimização de danos permitindo o desenvolvimento de competências específicas (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Os serviços de urgência apresentam fragilidades em situações de exceção e catástrofe, muitas vezes por falta de planeamento e treino, tornando-se essencial a elaboração de planos de emergência com procedimentos estruturados que garantam uma resposta rápida e coordenada. O plano de emergência externo define medidas a adotar perante catástrofes que envolvam o hospital, mas sem o afetar diretamente, sendo crucial em casos de receção de múltiplas vítimas. Deve considerar riscos previsíveis, exigir atuação imediata e ser adaptado à realidade da instituição, sendo fundamental que todos os profissionais conheçam o plano, que deve ser testado e atualizado regularmente (Ferreira, 2021).

Dado que os serviços de saúde operam frequentemente no limite, é imprescindível dispor de um Plano de Emergência Interno. Este plano, baseado na análise de riscos e no enquadramento legal, define medidas de autoproteção e deve articular-se com a estrutura interna de segurança, permitindo uma resposta eficaz a emergências. Deve ser funcional, acessível e centrado na utilização dos recursos essenciais para uma atuação rápida e estruturada. O objetivo principal é otimizar a resposta institucional e mitigar os impactos de eventos críticos. A participação de todos os profissionais é crucial, sem substituir os serviços

de emergência externos, mas assegurando uma resposta inicial eficaz. A sua elaboração é legalmente obrigatória e deve contar com profissionais qualificados, como o EEEMC, pelas suas competências estratégicas em contexto de emergência e catástrofe (Pereira & Coimbra, 2021).

O EEEMC possui competências avançadas e altamente qualificadas, fundamentadas na melhor evidência científica disponível, que o habilitam a colaborar na elaboração e atualização de planos de emergência e catástrofe. Além disso, assume um papel ativo na sua disseminação junto da equipa multidisciplinar e detém competências diferenciadas para assegurar o treino e capacitação dos profissionais envolvidos. Ao longo do estágio, revelou-se fundamental a reflexão conjunta com o enfermeiro tutor sobre o papel do EEEMC na dinamização do treino relativo ao plano de emergência, na identificação de eventuais lacunas como oportunidades de melhoria contínua, bem como na importância da sua divulgação junto das equipas. (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Os planos de emergência devem ser alvo de revisão, impondo-se a sua atualização sempre que sejam identificados novos riscos ou vulnerabilidades no território a que respeitam. O processo de revisão deve considerar as lições aprendidas durante exercícios ou ativações anteriores dos planos, bem como os contributos provenientes de estudos recentes ou relatórios técnicos e científicos relevantes. A realização de exercícios operacionais tem então como objetivo principal testar a aplicabilidade prática dos planos, garantir a prontidão dos agentes envolvidos e verificar a eficácia das estruturas e procedimentos, assegurando, assim, a capacidade de resposta e a melhoria contínua (Resolução n.º 25/2008, 2008).

No decorrer do estágio em contexto de EH, foi delineado como objetivo específico o desenvolvimento de competências na intervenção no treino de profissionais, através da dinamização de um exercício simulado (simulacro) em cenário multivítimas em EH. Contudo, a concretização desta atividade não foi possível devido a constrangimentos alheios à responsabilidade da candidata, motivo pelo qual o referido objetivo não pôde ser atingido.

A triagem em cenário de catástrofe configura-se como um procedimento sistemático de avaliação e categorização de vítimas, sustentado numa apreciação global e rápida do seu estado clínico. É aplicada em situações em que a magnitude da emergência excede a capacidade operacional das equipas de socorro, tendo como finalidade assegurar uma afetação criteriosa dos recursos disponíveis. Este processo permite estabelecer uma hierarquização do atendimento segundo critérios de prioridade clínica, visando garantir a assistência e evacuação do maior número possível de pessoas, maximizando, assim, a taxa de sobrevivência global. Em situações de catástrofe, os sistemas de triagem devem ser concebidos de forma a garantir aplicabilidade imediata devendo ser concisos, objetivos, uni-

formas e de execução rápida. No âmbito do EH, distinguem-se três níveis de triagem, o primeiro nível corresponde à avaliação primária, efetuada após garantidas as condições de segurança, durante a abordagem inicial à vítima; segundo nível, designado por triagem médica, sucede à triagem inicial e visa proceder à reclassificação das vítimas; e o terceiro nível tem lugar na fase de evacuação, sendo considerada a priorização clínica previamente estabelecida, a disponibilidade de meios de transporte, o tempo necessário para a deslocação e a capacidade de resposta das unidades de saúde de destino (Lopes, 2021).

Diversos modelos de triagem são utilizados com o objetivo de organizar a resposta e maximizar a eficácia da assistência. Um dos sistemas clássicos é a triagem tetrapolar, que procede à categorização das vítimas segundo a gravidade do quadro clínico, distinguindo quatro grupos principais: mortos, casos muito graves, graves e ligeiros. Entre os modelos contemporâneos, destaca-se o protocolo START (*Simple Triage and Rapid Treatment*), amplamente adotado a nível internacional na triagem primária de cenários multivítimas, categorizando a pessoa em morto, emergente, urgente e não urgente. Este protocolo prioriza a PSC por quatro categorias com base num código de cores, de acordo com a severidade das lesões e o grau de risco vital associado, permitindo definir rapidamente a ordem de tratamento e evacuação em função da urgência clínica, mantendo essa hierarquia em todas os níveis de resposta. A realização da triagem secundária tem como objetivo reavaliar e redefinir as prioridades de evacuação das vítimas, após a prestação inicial de cuidados no Posto Médico Avançado. Este processo baseia-se no *Triage Revised Trauma Score* (TRTS), que utiliza três parâmetros fisiológicos (nível de consciência, frequência respiratória e pressão arterial sistólica) para atribuição de uma pontuação, permitindo uma avaliação mais precisa da prioridade antes da evacuação. Sendo o protocolo instituído no serviço de EH, faz igualmente recurso a etiquetas de triagem em situações de catástrofe, sendo este um elemento essencial de organização que permite enumerar cada PSC, tal como a efetivação dos métodos de triagem primária e secundária. O protocolo START está implementado em protocolo do serviço de EH de estágio da candidata, tendo a mesma formação e experiência de utilização em simulacro, e apesar de não ter existido a possibilidade de o colocar em prática o mesmo foi discutido com o tutor (Lopes, 2021). No decorrer dos dois momentos de estágio a candidata não foi confrontada com situações de exceção e catástrofe, no entanto teve oportunidade de refletir, consolidar conhecimento e ficar mais preparada para situações de emergência e catástrofe. A reflexão e consciencialização do papel que lhe é inerente contribuiu para o desenvolvimento de competências inerentes ao EEEMC no domínio da dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção à ação (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

A nível hospitalar, a elevada procura pelos serviços de urgência constitui uma realidade persistente, contribuindo para que estes se tornem uma das áreas mais desafiantes do Sistema Nacional de Saúde. A sobrecarga frequente destes serviços compromete a capacidade de resposta eficiente e pode repercutir-se negativamente na qualidade dos cuidados prestados à população. A triagem refere-se ao processo pelo qual os profissionais de saúde atribuem prioridade de atendimento aos utentes, com base no prognóstico e na gravidade clínica, e não no diagnóstico em si. Esta abordagem visa assegurar que os casos mais críticos sejam avaliados com maior brevidade, promovendo uma utilização eficiente dos recursos disponíveis. O Sistema de Triagem de Manchester (STM) representa um instrumento estruturado que permite, nesse contexto, determinar a prioridade clínica e estabelecer o tempo adequado até à observação médica, tanto em circunstâncias de funcionamento regular do serviço de urgência como em cenários de exceção, como as situações de catástrofe (Costa *et al.*, 2022).

Oferece uma abordagem segura para a pessoa ao definir o tempo de espera adequado, com base na identificação do motivo de admissão e na atribuição de uma prioridade clínica correspondente, facilitando a organização do fluxo de pessoas, a equidade dos cuidados e ao mesmo tempo que contribui para a supervisão e avaliação dos serviços (Marques & Lino, 2021). A sua realização deve, idealmente, ser assegurada por um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, particularmente com diferenciação na área à pessoa em situação crítica. Além da formação específica no Sistema de Triagem de Prioridades, a sua formação avançada, aliada à experiência clínica, confere-lhe competências essenciais para uma avaliação rigorosa, fundamentada e célere, garantindo uma tomada de decisão segura no processo de atribuição de prioridades clínicas (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019).

Como já referido, o STM contempla a sua aplicação em contextos exceção e de catástrofe, estando estruturado para responder eficazmente a tais cenários. Para esse efeito, integra dois fluxogramas específicos, correspondentes a duas fases distintas: a avaliação primária e a avaliação secundária. A avaliação primária visa uma triagem rápida e eficaz de um elevado número de vítimas, com base em discriminadores simples e de fácil aplicação. Já a avaliação secundária constitui um processo mais detalhado, destinado à reavaliação das vítimas, permitindo uma atribuição de prioridades mais precisa. Esta etapa baseia-se no TRTS, já mencionado anteriormente, recorrendo à análise de três parâmetros fisiológicos para determinar a gravidade clínica e estabelecer a prioridade de evacuação e tratamento (Marques & Lino, 2021).

No âmbito do estágio desenvolvido em contexto de serviço de urgência, foi possível vi-

venciar, em colaboração com a enfermeira tutora, a aplicação do Protocolo de Triage de Manchester (PTM), o que proporcionou uma reflexão aprofundada sobre as competências relacionais exigidas ao EEEMC, para além das suas competências técnico-científicas que domina. O enfermeiro responsável pela triagem deve demonstrar capacidade de tomada de decisão em contextos dinâmicos, instáveis e frequentemente adversos, onde a informação disponível é, por vezes, limitada, ambígua ou incompleta. O processo decisório em triagem revela-se particularmente complexo, exigindo não apenas formação específica na área, mas também uma base de conhecimentos robusta, pensamento crítico apurado, bem como competências interpessoais e comunicacionais consolidadas (Marques & Lino, 2021).

O EEEMC detém competências avançadas na gestão da segurança em contexto de emergência e trauma, garantindo uma resposta clínica adequada, conforme as melhores práticas e evidência científica. Compete-lhe assegurar a evacuação e transporte das vítimas, bem como a continuidade dos cuidados, através do registo e transmissão de informação por meios técnicos apropriados. Assume ainda a liderança na definição e supervisão dos papéis funcionais da equipa, procedendo à monitorização contínua da articulação e eficácia das intervenções, com capacidade para ajustar a atuação em função da evolução do cenário e implementar medidas corretivas sempre que identificadas inconformidades (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Ao longo dos estágios realizados, ocorreram diversas situações de emergência e trauma que possibilitaram a participação ativa na prestação de cuidados diferenciados à PSC e a consolidação de competências avançadas previamente referidas. Destacam-se, entre outras, intervenções em situações de paragem cardiorrespiratória, já anteriormente descritas, bem como a atuação em cenários de trauma resultante de acidentes, em contexto de EH, ou ainda em Serviço de Urgência (SU), no atendimento a utentes com síndrome coronária aguda (SCA), vítimas de quedas ou tentativa de suicídio. Estas experiências permitiram a aplicação de uma abordagem segura, sistematizada e crítica, através do protocolo ABCDE, possibilitando a identificação precoce de instabilidades e a implementação de medidas corretivas ajustadas, baseadas na melhor evidência científica. Salienta-se ainda o trabalho em articulação com pares e equipas multidisciplinares, promovendo o desenvolvimento de competências clínicas avançadas num contexto colaborativo, com envolvimento em funções de liderança, definição de prioridades e planeamento e execução de intervenções diferenciadas, alinhadas com as necessidades da PSC.

Em Portugal, a aplicação do protocolo de avaliação inicial ABCDE em situações de urgência segue as orientações do Conselho Europeu de Ressuscitação, adotando esta metodologia reconhecida internacionalmente como padrão na abordagem primária e na de-

finição de prioridades em contexto de emergência médica. A PSC deve ser avaliada por ordem de prioridades, com análise sequencial dos fatores que comprometem a oxigenação celular ou o transporte de oxigénio, seguindo o princípio “problema identificado = problema solucionado”. A gravidade e duração da hipoxia tecidual constituem risco iminente de morte ou falência multiorgânica. O modelo ABCDE (A – via aérea; B – respiração; C – circulação; D – estado neurológico; E – exposição) permite estruturar de forma eficaz a avaliação e os cuidados iniciais ao doente crítico, orientando a intervenção para os aspetos mais urgentes e determinantes para a sobrevivência (Costa, 2021).

Os enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência ocupam uma posição privilegiada na abordagem inicial às vítimas de trauma e/ou violência, o que lhes confere uma oportunidade significativa para colaborar na identificação e encaminhamento de vítimas com relevância forense. Embora a prioridade máxima deva ser sempre a estabilização clínica e a prestação de cuidados de emergência, é possível adotar determinados procedimentos que visam a preservação de vestígios materiais, os quais podem revelar-se cruciais no decurso da investigação, sem comprometer a eficácia da intervenção assistencial (Gomes, 2021). Diante deste cenário, o EEEMC detém um conjunto de competências específicas que o capacitam para identificar precocemente indícios de possível atividade criminosa, seja nas vítimas ou no ambiente que as envolve. Está habilitado a reconhecer sinais de irregularidades ou situações suspeitas, promovendo o devido encaminhamento às autoridades competentes, assegurando simultaneamente a preservação dos vestígios, em conformidade com os princípios da cadeia de custódia. Compete-lhe ainda garantir o adequado direcionamento da vítima e respetiva família para instituições especializadas de apoio (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). No decorrer dos dois momentos de estágio, a candidata não foi confrontada com situações com indícios da prática de crime.

3.3. Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infecção e de Resistência a Antimicrobianos Perante a Pessoa Em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, Face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas

O EEEMC detém competências avançadas na elaboração de planos direcionados à prevenção e controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos, adaptados às especificidades dos cuidados prestados à PSC e/ou com falência orgânica. Além disso, demonstra capacidade de liderança na implementação de procedimentos de controlo de infeção, alinhados com as orientações normativas em vigor, nomeadamente no que respeita às IACS e à contenção da resistência antimicrobiana, assegurando intervenções seguras, eficazes e baseadas em evidência (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Nesse alinhamento, buscou-se desenvolver competências específicas de atuação na prevenção e controlo de infeção à PSC e família e/ou cuidador em conformidade com as orientações do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). A realização de uma revisão da literatura contribuiu para reforço de competências de intervenção baseadas em evidência atual, na promoção da adesão às práticas de prevenção e controlo da infeção junto da equipa, a orientação dos tutores e observação do papel do EEEMC nos serviços e a interação em equipa multidisciplinar (Despacho n.º 10901/2022 de 8 de setembro, 2022).

Os prejuízos decorrentes de cuidados de saúde prestados em condições inseguras constituem um desafio cada vez mais relevante no domínio da saúde pública global, sendo reconhecidos entre os principais determinantes de morbilidade e mortalidade. As IACS provocam consequências severas para a pessoa e sua família, implicando custos económicos e financeiros substanciais para os sistemas de saúde (WHO, 2021).

A PSC, profissionais de saúde, familiares, visitantes e outras pessoas que circulam nas instituições de saúde, encontram-se suscetíveis a infeções adquiridas no contexto da prestação de cuidados de saúde, incluindo aquelas provocadas por microrganismos com resistência a antimicrobianos. As IACS podem ocorrer em qualquer fase do processo assistencial e propagar-se através de surtos nos ambientes clínicos, contribuindo para o agravamento do estado clínico da PSC, contribuindo para internamentos mais prolongados, originando complicações severas como a sépsis, podendo resultar em incapacidades duradouras ou mesmo em óbito. Além disso, podem obrigar os profissionais de saúde a suspender temporariamente o exercício das suas funções (WHO, 2025).

A crescente relevância destes desafios no âmbito da saúde pública conduziu, em Portugal, à implementação de Programas de Saúde específicos, concebidos para dar resposta a estas problemáticas de forma estruturada e eficaz. O PPCIRA visa, de forma geral, reduzir a incidência de IACS, incentivar o uso adequado dos antimicrobianos e combater o aumento de microrganismos resistentes. Este programa foi classificado como uma prioridade em saúde pública no contexto do Plano Nacional de Saúde (Despacho n.º 10901/2022 de 8 de setembro, 2022).

Segundo a OMS, as IACS podem ocorrer em diferentes contextos não estando associadas apenas à falta de recursos, mas a determinados fatores, tais como, o uso inadequado e prolongado de dispositivos invasivos e antibióticos; a realização de procedimentos clínicos de risco; estados de imunossupressão, condições individuais da pessoa; e a aplicação insuficiente de medidas básicas de isolamento. A sua prevenção depende, essencialmente, da implementação consistente de práticas no controlo de infeções, como as PBCI, as precau-

ções baseadas nas vias de transmissão e a implementação dos Feixes de Intervenções (Ramos & Ferreira, 2021).

As PBCI constituem práticas padronizadas que devem ser rigorosamente aplicadas por todos os profissionais de saúde, com o objetivo de prevenir a infeção cruzada e salvaguardar utentes e profissionais de saúde. A utilização das PBCI deve ser proporcional ao risco inerente aos procedimentos realizados (Ramos & Ferreira, 2021). O EEEMC detém competências diferenciadas e avançadas para promover a implementação destas boas práticas e monitorizar a sua conformidade, tal como apoiar a conceção e implementação de protocolos destinados à prevenção e controlo de infeções (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

No cuidado à PSC, observou-se ao longo do estágio em SU, a procura na acomodação da pessoa no serviço com vista à melhor resposta às suas necessidades e conforme o risco de transmissão e suscetibilidade de infeção, tanto na sala de observação, como com recurso a boxes ou à zona de cadeirões para pessoas com sintomatologia respiratória. No momento da admissão da PSC no SU, a PBCI relativa à "colocação do doente de acordo com o risco" estabelece que se deve partir do princípio de que a pessoa pode estar potencialmente colonizada por agentes infecciosos (Ramos & Ferreira, 2021).

O contexto de SU é determinante no controlo das IACS, assumindo-se como um ponto estratégico para a identificação precoce de riscos e a aplicação imediata de medidas preventivas. Para a DGS, o SU representa a principal porta de entrada da pessoa no sistema de saúde, o que reforça a importância na implementação de mecanismos de triagem, como protocolos de vigilância de microrganismos multirresistentes, apoiados por ferramentas práticas como fluxogramas e formulários de avaliação de risco. Dadas as características dinâmicas e imprevisíveis do SU, é recomendável iniciar precocemente medidas de isolamento com base nas manifestações clínicas e na suspeita do agente etiológico. O cumprimento rigoroso destas práticas tem implicações relevantes na proteção das pessoas e na segurança dos profissionais, reforçando a importância da avaliação sistemática do risco de IACS como componente essencial da prevenção da sua transmissão (Quintas, 2020).

Por este motivo, é fundamental realizar uma avaliação individual do risco, permitindo uma decisão fundamentada quanto à sua alocação. As pessoas que apresentem sinais ou sintomas sugestivos de infeção devem ser colocadas em áreas apropriadas, de forma a minimizar o risco de propagação. Adicionalmente, existem outros elementos a considerar no momento da admissão, tais como, a transferência de outra unidade de saúde; lesões cutâneas; presença de cateter urinário; sintomas respiratórios; infeções identificadas à entrada; feridas crónicas; uso recente de antibióticos; idade; presença de cateter venoso cen-

tral; e reinternamento ou histórico de múltiplas admissões (Ramos & Ferreira, 2021).

A adesão rigorosa à HM foi uma prioridade permanente durante os estágios, sendo o EEEMC na Área de Enfermagem à PSC um agente facilitador e incentivador do cumprimento desta prática essencial. Ao longo do estágio observou-se, em alturas de maior carga de trabalho, dificuldades no seu cumprimento, essencialmente na área aberta do serviço de observação. No contexto de EH foram observadas dificuldades quando exigidas múltiplas intervenções à pessoa em curto espaço de tempo. Segundo Issa *et al.* (2023), há uma associação entre a carga de trabalho e urgência para a realização das tarefas e a baixa conformidade e adesão à HM. Como já referido, foi produzido e distribuído um panfleto educativo sobre os “5 Momentos para a Higiênização das Mãos” (apêndice V), após formação em serviço ministrada pela UL-PPCIRA e apresentação de resultado de auditorias. No contexto EH, implementou-se a distribuição de dispensadores de soluções antissépticas de fricção em pontos estratégicos. Mais uma vez, destaca-se as lacunas identificadas nos campos de estágio e da constatação da pouca sistematização de evidência no âmbito do meio EH e SU sobre os fatores condicionantes à adesão à HM. Assim, surgiu a necessidade da realização do presente trabalho de investigação “Fatores condicionadores da higienização das mãos na abordagem ao doente crítico: *Scoping Review*”, que se espera ser um precursor de novas pesquisas para o desenvolvimento de estratégias adaptadas aos contextos, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC.

Ao longo dos estágios o EEEMC, a candidata agiu como líder na implementação e supervisão das restantes PBCI, aplicadas ao longo do ensino clínico pela equipa, de forma adequada e desempenhou papel de liderança na gestão dos recursos disponíveis (uso de equipamentos de proteção individual; descontaminação de equipamento clínico; controlo ambiental; manuseamento seguro da roupa e recolha segura de resíduos; cumprimento dos circuitos definidos).

O EEEMC na área de Enfermagem à PSC, assume um papel fulcral na prevenção e no controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos, especialmente em contextos de elevada complexidade clínica. Perante a instabilidade da PSC e/ou com falência orgânica, cuja condição frequentemente requer intervenções invasivas e estratégias terapêuticas diferenciadas, o EEEMC intervém de forma oportuna e eficiente. A adoção de boas práticas visa reduzir o risco de infeção e conter a emergência de resistências antimicrobianas, maximizando a sua intervenção, assegurando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, em tempo útil diante da complexidade da situação de forma adequada (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

O SU tem instituído um protocolo de cateterismo urinário elaborado de acordo com o

Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, conforme a Norma Clínica n.º 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 pela Direção Geral de Saúde. O protocolo foi instituído e cumprido conforme os objetivos previstos, para uma prática de cuidados seguros e de qualidade à PSC. Denotou-se que, durante a prática clínica, existem poucos conhecimentos em saúde por parte da pessoa/ família/ cuidador no que diz respeito à prevenção de infeção associada ao cateter vesical, apesar de terem receio de infeções do trato urinário. A estratégia adotada foi efetuar ensinamentos à pessoa e/ou seu familiar. A norma é aplicável ao contexto EH, mas o procedimento não foi realizado durante o estágio neste contexto, e não está protocolado em serviço SIV.

A infeção do trato urinário associada ao uso de cateter vesical representa uma das IACS mais prevalentes e constitui a principal complicação adversa relacionada com a utilização deste dispositivo. Atualmente, reconhece-se que grande parte destas infeções pode ser prevenida mediante a adoção de estratégias que envolvam a limitação do uso de algalias não justificadas, bem como a aplicação rigorosa de orientações baseadas na evidência científica para a sua inserção e manutenção. O Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical tem como objetivo reduzir o risco de infeção em pessoas submetidos a cateterização vesical, através da implementação coordenada de um conjunto estruturado de práticas clínicas. Este conjunto de intervenções, quando aplicado de forma simultânea e integrada, revela maior eficácia do que a aplicação isolada de cada medida, constituindo assim uma abordagem sinérgica e coerente. A participação ativa da pessoa e da família/cuidador é essencial na definição dos objetivos diários de cuidados, devendo ser fomentada uma comunicação clara e adaptada às necessidades de cada caso entre os profissionais de saúde, a PSC e os seus familiares (Direção Geral da Saúde, 2022).

No âmbito do EH observou-se que a mala de equipamento médico não era higienizada adequadamente, pois não havia a totalidade do equipamento substituto disponível para ser utilizado durante o processo de esvaziamento e limpeza da mala. Nesse sentido, foi sugerida a aquisição de um segundo conjunto de equipamento com o intuito de proceder à higienização de forma correta. Realça-se que durante esta observação constatou-se que, frequentemente, era utilizada a solução antisséptica de base alcoólica para fricção na descontaminação dos equipamentos. No entanto, estava disponível na unidade de emergência médica, álcool etílico a 70 % e solução detergente/desinfetante (desinfetante de superfícies de ação rápida, formulado com n-propanol e composto de amónio quaternário) que poderia ser utilizado para este fim, tornando a limpeza e desinfeção mais eficaz e com menores riscos para os equipamentos (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM],

2020).

A higienização do ambiente e equipamento constitui uma medida essencial na prevenção e controlo de infeção, pois os agentes infecciosos podem ter origem no meio ambiente (exógenos) ou na própria microbiota da pessoa (endógenos). A propagação das infeções resulta, geralmente, de uma interação complexa entre o agente infeccioso, o hospedeiro e o ambiente envolvente. Por este motivo, é fundamental proceder a uma avaliação de risco abrangente antes de se implementarem ações de higienização ambiental, independentemente do contexto. A limpeza refere-se à remoção mecânica de sujidade visível das superfícies, enquanto a desinfeção corresponde a uma etapa mais avançada desse processo, que visa inativar ou reduzir significativamente a carga microbiana presente. Para que a desinfeção seja eficaz, é necessário que os resíduos orgânicos tenham sido previamente eliminados, dado que a sua presença pode comprometer a ação dos agentes desinfetantes. A desinfeção pode ser realizada após a limpeza ou, em determinadas situações, de forma simultânea. Atualmente, existe uma ampla gama de substâncias e tecnologias com características muito específicas e limitações próprias utilizadas no processo de limpeza e desinfeção, tais como, álcoois, aldeídos, fenóis, aminas, cloro, agentes oxidantes como o peróxido de hidrogénio e o ácido peracético, compostos de amónio quaternário e radiação ultravioleta. Imprescindivelmente, deve-se garantir a compatibilidade entre os desinfetantes e os materiais a tratar, bem como respeitar rigorosamente as orientações fornecidas pelos fabricantes (Browne & Mitchell, 2023).

O EEEMC na área de especialização da PSC, é um interveniente fundamental na prestação de cuidados seguros e de qualidade, no exercício da sua prática orientada pela busca contínua da excelência, pela mobilização de competências diferenciadas, planeamento e execução de intervenções altamente especializadas e complexas de forma individualizada. Face à diversidade de contextos, à complexidade dos quadros clínicos e à necessidade de múltiplas intervenções invasivas, a sua atuação assume particular relevância na implementação de estratégias que visam a prevenção e o controlo das infeções, garantindo uma gestão eficiente e eficaz dos recursos e implementação de cuidados diferenciados (Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho, 2019). Os campos de estágio foram veículos de aprendizagem que permitiram desenvolver uma atuação mais crítica e consciente na resposta à prevenção e controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos. A aplicação consistente das medidas recomendadas; o respeito pelas normas institucionais; ser agente na liderança da prevenção e controlo de infeção junto da equipa, PSC e sua família e/ou cuidador; e atuar na promoção de cuidados seguros e de qualidade alinhados com as exigências da prática especializada e normas em vigor permitiram adquirir novos conheci-

mentos e consolidar os anteriormente adquiridos. Assim sendo, possibilitou o desenvolvimento e aquisição de competências compatíveis com EEEMC na área de especialização da PSC.

4. Considerações finais

Ao chegar ao fim do caminho percorrido durante a etapa do estágio, fica um sentimento de orgulho, satisfação e realização por ter concluído os objetivos a que me propus através do desenvolvimento de competências específicas na área da Enfermagem à PSC. As experiências vivenciadas durante os estágios permitiram a aquisição de novos conhecimentos e foram extremamente enriquecedoras, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao longo do estágio, aprimoraram-se os conhecimentos, habilidades e atitudes que são essenciais ao EEEMC na área da PSC. A ponte que existe entre a prática e o conhecimento, aprofundado ao longo deste percurso, permitiu uma evolução na qualidade dos cuidados prestados, fortalecendo a tomada decisão clínica com base no raciocínio crítico como, também, desenvolver a prática baseada na melhor evidência.

Os momentos reflexivos que surgiram ao longo dos estágios permitiram analisar de forma crítica os modelos teóricos estudados e a sua aplicação na prestação de cuidados no dia a dia, transformando-se em momentos ricos de aprendizagem informal.

O estágio contribuiu para estabelecer a ligação entre a enfermeira de cuidados gerais e a enfermeira com competências especializadas, elevando os padrões na prestação de cuidados no que diz respeito à qualidade, eficácia, eficiência e segurança. A evolução da candidata foi possível à formação contínua, capacidade de efetuar uma análise crítica e reflexiva, à investigação e às atividades a que se propôs desenvolver com o intuito de atingir os seus objetivos.

A realização dos estágios teve aspetos positivos, tais como, desenvolvimento da capacidade de pesquisar e fundamentar práticas baseadas na melhor evidência, integrar a teoria na prática, elemento de aprendizagem crucial na aquisição das competências comuns e específicas como, também, permitiu aumentar a autoconfiança profissional. Os únicos aspetos negativos a apontar foi a ausência de casa e compatibilizar o tempo de trabalho com o tempo de estágio.

Apesar dessas dificuldades, a experiência foi extremamente valiosa para o desenvolvimento de competências no cuidado à PSC, motivando a candidata a procurar novos conhecimentos e desafios profissionais.

Este percurso marca o início de uma nova fase, onde uma nova perspetiva foi adquirida sobre a importância do EEEMC na prestação de cuidados à PSC. Essa visão considera a pessoa como um ser holístico, ou seja, vai além do foco na doença, e reconhece o papel fundamental do enfermeiro na identificação e resposta a essas necessidades.

A trajetória percorrida reforçou a relevância de uma enfermagem que evidencia o im-

pacto das competências adquiridas na prática clínica. A enfermagem especializada é sinónimo de uma abordagem fundamentada em evidências, que demanda investigação contínua para a prestação de cuidados adequados e integrados. Assim, a prestação de cuidados holísticos, orientada por teorias de enfermagem e resultados de pesquisas, constitui uma prática sólida, atualizada e centrada na pessoa, refletindo o compromisso com uma assistência de excelência.

PARTE II - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Fatores Condicionadores da Higienização das Mãos na Abordagem ao Doente Crítico: *Scoping Review*

1. Resumo

Enquadramento: A preocupação internacional com os danos evitáveis causados pelas infeções associadas aos cuidados tem aumentado, conduzindo a Organização Mundial de Saúde a priorizar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de saúde prestados. A higienização das mãos, considerada uma das intervenções mais eficaz na prevenção dessas infeções, é essencial, mas a sua adesão pelos profissionais de saúde permanece abaixo do ideal, especialmente em ambientes de urgência e extra-hospitalar.

Objetivo: Mapear evidência sobre os fatores condicionadores da higienização das mãos pelos profissionais de saúde em contexto de extra-hospitalar e de serviço de urgência.

Metodologia: Trata-se de uma *Scoping Review*, com base na estratégia metodológica do JBI. As bases de dados utilizadas para a colheita de dados foram as CINAHL *Complete*, COCHRANE *Library Plus*, PUBMED, JBI *Evidence Synthesis*, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Scopus, e como fontes de literatura cinzenta, OpenGrey (Dans Easy Archive), WorldCat, e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Foram definidos os critérios de elegibilidade (PCC), para população (P) os estudos que se reportem a qualquer profissional de saúde, no conceito (C), estudos que abordem os fatores condicionadores à higienização das mãos, e no contexto (C), estudos que se reportem ao contexto extra-hospitalar e de serviço de urgência.

Resultados: Foram incluídos 10 artigos. Os fatores condicionadores da higienização das mãos pelos profissionais de saúde, em contexto extra-hospitalar e de serviço de urgência identificados na literatura foram: fadiga, trabalho por turnos, sobrecarga de trabalho, desvalorização, cultura institucional, formação, crenças, acesso limitado aos recursos, entre outros.

Conclusão: Os resultados desta *Scoping Review* evidenciam que a adesão à higienização das mãos em contextos de urgência e extra-hospitalares é influenciada por múltiplos fatores de ordem individual, organizacional e estrutural. Estes resultados sustentam a importância de políticas institucionais que promovam uma cultura de segurança e qualidade, visando a melhoria da adesão às boas práticas de controlo de infeção e, consequentemente, a segurança do doente.

Palavras-chave: higiene das mãos; desinfecção das mãos; conformidade; serviço de urgência.

2. Abstract

Background: International concern about preventable harm caused by healthcare associated infections has increased, leading the World Health Organization to prioritize patient safety and quality of care. Hand hygiene, considered one of the most effective interventions in preventing these infections, is essential, but its adherence by healthcare professionals remains suboptimal, especially in emergency and out-of-hospital settings.

Objective: To map evidence on the factors that determine hand hygiene by healthcare professionals in out-of-hospital and emergency service settings.

Methods: This is a Scoping Review, based on the JBI methodological strategy. The databases used for data collection were *CINAHL Complete*, *COCHRANE Library Plus*, *PUBMED*, *JBI Evidence Synthesis*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* and *Scopus*, and as sources of gray literature, OpenGrey (Dans Easy Archive), WorldCat, and Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). The eligibility criteria (PCC) were defined, for population (P) the studies that refer to any health professional, in concept (C), studies that address the factors conditioning hand hygiene, and in context (C), studies that refer to the extra-hospital and emergency service context.

Results: Ten articles were included. The factors that influence hand hygiene by healthcare professionals in extra-hospital and emergency service settings identified in the literature were: fatigue, shift work, work overload, devaluation, institutional culture, training, beliefs, limited access to resources, among others.

Conclusion: The results of this Scoping Review show that adherence to hand hygiene in emergency and out-of-hospital settings is influenced by multiple individual, organisational, and structural factors. These results support the importance of institutional policies that promote a culture of safety and quality, aiming to improve adherence to good infection control practices and, consequently, patient safety.

Keywords: hand hygiene; hand disinfection; compliance; emergency service, hospital.

3. Fundamentação/enquadramento teórico

A crescente preocupação internacional relacionada com o dano causado ao doente, consequente da prestação de cuidados de saúde, tem sido um foco que tem ganho uma maior ênfase ao longo do tempo (WHO, 2021). A maioria dos danos apontados como evitáveis resultam numa das maiores causas de morte e morbilidade a nível mundial, tendo a OMS (Organização Mundial de Saúde) definido como prioridade global a segurança do doente e a prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade (WHO, 2021).

De acordo com os relatórios do Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos da América, cerca de 1,7 milhões de pessoas contraem infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e 1 em cada 17 doentes morre em consequência dessas infeções, sendo estas transmitidas sobretudo por contacto direto e através dos prestadores de cuidados (Barajas-Nava *et al.*, 2022). As IACS afetam diretamente a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde e aumentam os custos dos cuidados prestados, sendo a sua prevenção uma solução baseada na evidência (WHO, 2023).

As precauções básicas na prevenção das IACS são os pilares das práticas a serem instituídas pelos profissionais de saúde, independentemente do contexto, a todos os doentes, com o intuito de prevenir a transmissão cruzada de fontes de infeção, assegurando cuidados seguros e de qualidade (WHO, 2019).

A higienização das mãos (HM), sendo um dos principais métodos de controlo de infeção, inibe a transmissão de agentes infecciosos mecanicamente através da lavagem das mãos com água e sabão (ou líquido antisséptico), ou por inativação dos agentes patogénicos por fricção das mãos com solução antisséptica de base alcoólica (SABA) (Barajas-Nava *et al.*, 2022). O termo HM refere-se à lavagem das mãos, à utilização de antissépticos para fricção das mãos, ou à preparação pré-cirúrgica das mãos, sendo a HM a peça-chave para a prevenção das IACS (Schub & Oji, 2024).

De forma a otimizar as práticas de HM, a OMS elaborou a estratégia multimodal que compreende mudanças no sistema com a garantia de disponibilidade de materiais e infraestruturas nos locais de prestação de cuidados, formação e educação, monitorização e feedback, recurso a lembretes, e uma cultura de segurança nas instituições (Schub & Oji, 2024).

As recomendações de intervenção da OMS para a promoção da HM são abrangentes, no entanto, devem ser adaptadas de acordo com as demandas e os recursos do local a serem aplicadas, podendo ser empregues em qualquer contexto de prestação de cuidados de saúde (Barajas-Nava *et al.*, 2022), pois a HM é um elemento indispensável para a prestação de cui-

cuidados de saúde seguros. No entanto, salienta-se que as taxas de adesão continuam abaixo do ideal a nível mundial (WHO, 2023), havendo a necessidade de observar e interpretar o porquê deste resultado.

Os modelos conceptuais oferecem uma ótica e um quadro de referência para a observação, interpretação de fenómenos e o conhecimento teórico que guia o pensamento crítico, sustenta a tomada de decisão para a prática, direcionando o ensino e a investigação (Tomey & Alligood, 2004).

Os profissionais de saúde, são considerados como um sistema aberto que está em constante interação com o ambiente, composto por variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento que se relacionam entre si. O ambiente coliga-se pelos fatores internos e externos, com stressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais, sendo forças que em interação podem impactar e destabilizar o sistema, influenciando a adesão às práticas de HM (Tomey & Alligood, 2004).

A compreensão dos fatores que influenciam este comportamento, sejam de ordem fisiológica, psicológica, sociocultural ou organizacional, é fundamental para preservar a estabilidade do sistema profissional. Nesse contexto, o Modelo de Sistemas de Neuman fornece uma estrutura sistémica e holística para identificar, categorizar e compreender os fatores que influenciam a adesão à HM por parte dos profissionais de saúde. Permite, igualmente, analisar os stressores que afetam a estabilidade do sistema, e as linhas de defesa e resistência que condicionam ou promovem o comportamento desejado.

O Modelo de Sistemas de Neuman aborda a pessoa na sua totalidade, no sentido em que todas as suas variáveis afetam a sua resposta ao stress (Tomey & Alligood, 2004). Assim sendo, de acordo com o presente modelo conceptual, podemos categorizar os stressores em intrapessoais, interpessoais e extrapessoais no que concerne à adesão da HM por parte dos profissionais de saúde e aferir quais os stressores que influenciam este comportamento – sejam de ordem intrapessoal, interpessoal e/ou extrapessoal – no sentido de preservar a estabilidade do sistema profissional. A promoção da adesão à HM reflete não só uma estratégia de autoproteção, mas também uma expressão da responsabilidade ética e científica dos profissionais de saúde, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Assim, a interação entre os profissionais de saúde e o ambiente, conforme descrito, é essencial para compreender como as diferentes dimensões do ser humano influenciam não apenas a sua saúde individual, mas também a eficácia das práticas de cuidado, como a HM que pode ter baixa adesão em determinados contextos de prestação de cuidados como, por exemplo, em contexto de urgência e EH.

O serviço de urgência (SU) destina-se a receber, diagnosticar e tratar a pessoa que necessita de cuidados de saúde de forma imediata após acidente ou doença súbita, entendendo-se como urgência a situação que requer rápida análise e/ou correção, e por emergência um quadro que demanda uma intervenção rápida por existir risco de morte ou disfunção orgânica (ACSS, 2015).

As condições ambientais dos SU, como a sobrelotação ou uso de áreas tradicionalmente não utilizadas para a prestação de cuidados de saúde, podem ser um obstáculo para a adesão à HM, apesar desta ser uma medida basilar e efetiva no controlo das IACS (Carter *et al.*, 2016).

As equipas dos SU, apesar da disposição favorável e informação em relação ao controlo de infeção, apresentam baixa adesão à HM (Jeanes *et al.*, 2018). Os fatores como a cultura do serviço, a urgência nos procedimentos, a utilização de áreas não convencionais à prestação de cuidados, interrupções, restrições de tempo, sobrecarga de trabalho, outras prioridades, falta de acesso a infraestruturas e produtos, sobrelotação, falta de formação e aptidões e influências comportamentais poderão afetar a adesão à HM neste tipo de serviços (Jeanes *et al.*, 2018). No SU a baixa adesão à HM é notória, agravada pela natureza dos procedimentos realizados, de alto risco e invasivos, e pelo curto espaço tempo para avaliar as pessoas quanto à sua suscetibilidade ou risco de transmissão de infeções (Seo *et al.*, 2019).

Nos países desenvolvidos, o SU é a principal porta de entrada da PSC, aquela cuja sobrevivência está dependente de meios terapêuticos e monitorização avançados por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistema (Ordem dos Médicos, 2023). Segundo Issa *et al.*, (2023), os profissionais de saúde fazem referência ao elevado número de intervenções e de admissões de pessoas no SU, no entanto, é neste contexto que apresentam as menores taxas de adesão aos programas de HM.

O contexto de prestação de cuidados em ambiente EH pode contribuir para o aumento das taxas de IACS e do dano à pessoa, já que um ambiente de trabalho em constante mudança e menor monitorização da HM pouco se coaduna com as técnicas baseadas para o meio hospitalar (Teter *et al.*, 2015).

Os serviços de emergência médica apresentam fragilidades relacionadas à prática da HM que, de acordo com estudos, existem diversos fatores condicionantes que impactam essa prática, como a falta de formação e conhecimento por parte dos profissionais, o uso inadequado de luvas, a escassez de produtos disponíveis no local de prestação de cuidados, esquecimentos e restrições de tempo. No entanto, a investigação sobre esse tema ainda é escassa (Vikke *et al.*, 2019b).

A OMS refere ser essencial investir em pesquisa científica para melhorar a compreensão das condutas em relação à HM e corroborar intervenções apropriadas (WHO, 2023).

Considerando a escassa sistematização da evidência relativa aos fatores condicionantes da adesão à HM no contexto de SU e EH, e tendo em conta que a maioria dos estudos disponíveis se concentra no ambiente hospitalar, tornou-se pertinente a realização de uma *scoping review*.

O intuito desta investigação é mapear a evidência sobre os fatores condicionantes da HM pelos profissionais de saúde em contexto SU e EH através de uma *scoping review*. Através dos resultados obtidos pretende-se identificar lacunas no conhecimento, os principais obstáculos e aspetos promotores, e desenvolver conhecimento nesta área, despertando os profissionais que exercem funções nos SU e meio EH, levando-os a implementar estratégias adequadas, tendo em conta a realidade nos domínios em estudo, para colmatar as baixas taxas de adesão à HM.

4. Finalidade e objetivos

A finalidade deste estudo é melhorar as práticas dos profissionais de saúde nos SU e EH, pela implementação de estratégias que possam melhorar as taxas de adesão à HM, de forma a diminuir as IACS e as suas consequências, ao identificar barreiras e facilitadores, e orientando o desenvolvimento de estratégias adaptadas, contribuindo para a melhoria da segurança nos cuidados e da prática profissional nestes contextos críticos.

O objetivo da presente revisão é mapear evidência sobre os fatores condicionadores da higienização das mãos pelos profissionais de saúde em contexto de extra-hospitalar e de serviço de urgência. Assim sendo, pretende-se responder à seguinte questão de investigação: Quais os fatores condicionadores da higienização das mãos, pelos profissionais de saúde na abordagem à pessoa em situação crítica em contexto extra-hospitalar e de serviço de urgência?

5. Metodologia

O capítulo dedicado à metodologia tem como objetivo detalhar os componentes da pesquisa para efetuar o presente estudo, com a finalidade de ilustrar a estrutura de todo o processo, ou seja, apresentar todas as fases de conceptualização. Os subcapítulos desta componente do trabalho incluem o tipo de estudo, critérios de elegibilidade, tipos de fontes, critérios de inclusão, critérios de exclusão, estratégia de pesquisa, seleção de estudos e, finalizando, as considerações éticas.

5.1. Tipo de estudo

A *scoping review* oferece uma visão mais ampla sobre as questões, sendo apropriada para examinar evidência emergente ou pouco conhecida, esclarecer definições, mapear características ou conceitos, selecionar e sintetizar o conhecimento existente, que pode ser complexo ou disperso por diferentes metodologias. Assim, o objetivo principal de uma *scoping review* é analisar um conjunto de estudos conforme as suas características e fatores, detalhados pelo objetivo, questão de investigação e critérios de elegibilidade. As questões colocadas e critérios de inclusão/ exclusão determinados para a *scoping review* não buscam a comparação (Peters *et al.*, 2022).

A escolha por uma revisão do tipo *scoping review* justifica-se pela natureza exploratória da pergunta de investigação e pela constatação de que, até à data, não foram identificadas revisões que abordem especificamente este tema em contexto EH e de SU. Esta abordagem metodológica permitirá mapear as lacunas existentes na literatura e contribuir para a construção de uma base de conhecimento que sustente futuras investigações e intervenções no âmbito da prevenção e controlo da infeção. A presente *scoping review* foi desenvolvida de acordo com o protocolo do JBI para *scoping review* e com recurso ao *Prisma-SCR*.

- **Critérios de elegibilidade**

Os critérios de elegibilidade foram elaborados de acordo com as recomendações da JBI, seguindo a mnemónica PPC:

População – estudos que se reportem a qualquer profissional de saúde

Conceito – estudos que abordem os fatores condicionadores à HM

Contexto – estudos que se reportem ao contexto EH e de SU

- **Tipos de Fontes**

A presente *scoping review* considerou estudos qualitativos (que se concentram em dados qualitativos, tais como, fenomenologia, teoria fundamentada e desenhos etnográficos), estudos quantitativos (ensaios controlados randomizados, ensaios controlados não randomizados ou outros estudos quasi-experimentais, incluindo estudos antes e depois e desenhos observacionais) e revisão (quaisquer revisões sistemáticas e *guidelines*).

As pesquisas foram realizadas no dia 11 de dezembro de 2023, e foram utilizadas para a colheita de dados as bases de dados *CINAHL Complete*, *COCHRANE Library Plus*, *PUBMED*, *JB* *Evidence Synthesis*, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Scopus*, e como fontes de literatura cinzenta, OpenGrey (Dans Easy Archive), WorldCat, e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

- **Critérios de Inclusão**

Seguindo as recomendações do modelo do JBI foi estabelecido o referencial PCC que, segundo Peters, Godfrey, *et al.* (2020), é utilizado para a determinação dos critérios de inclusão e exclusão, apuramento dos objetivos e questões de investigação.

Foram incluídos estudos publicados e não publicados (literatura cinzenta), sem limite temporal definido e sem limite de idioma.

- **Critérios de Exclusão**

Foram excluídos protocolos de revisão, cartas ao editor, posters, comunicações orais e resumos de conferências por se tratar de fontes com informação limitada e insuficiente para análise crítica e extração estruturada de dados relevantes.

- **Estratégia de pesquisa**

A estratégia de pesquisa utilizada é a estratégia de pesquisa recomendada pelo JBI que se divide em três passos:

- (1) Pesquisa inicial na MEDLINE (via PubMed) e CINAHL Complete (via EBSCO) para identificar os artigos sobre o tema e analisar as palavras contidas nos títulos e resumos desses artigos, bem como os termos de indexação utilizados (**Tabela 1**);
- (2) Pesquisa em todas as bases de dados consideradas com as palavras-chave e os termos definidos na primeira etapa. Efetuada pesquisa com a frase booleana: (“hand hygiene” OR “hand disinfection” OR “hand sanitization” OR “hand washing”) AND (compliance OR adherence) AND (factors OR impact) AND (“emergency service, hospital”

OR emergency);

(3) Análise da lista de referências bibliográficas de todos os artigos incluídos para análise integral.

Tabela 1 - Exemplo de estratégia de pesquisa inicial na base de dados CINAHL *Complete* (via EBSCO)

Pesquisa	Estratégia	Resultado
CINAHL <i>Complete</i> (via EBSCO)		
#1	“hand hygiene”	6497
#2	“hand disinfection”	4711
#3	“hand sanitization”	12
#4	“hand washing”	5562
#5	compliance	105 747
#6	adherence	85 772
#7	factors	1 899 158
#8	impact	477 362
#9	“emergency service,hospital”	37 013
#10	emergency	235 726
#11	“hand hygiene” OR “hand disinfection” OR “hand sanitization” OR “hand washing”	7422
#12	compliance OR adherence	153 395
#13	factors OR impact	1 899 178
#14	“emergency service, hospital” OR emergency	235 726
#15	(“hand hygiene” OR “hand disinfection” OR “hand sanitization” OR “hand washing”) AND (compliance OR adherence) AND (factors OR impact) AND (“emergency service, hospital” OR emergency)	33
#16	AB: pesquisa no título e resumo	31

Nota. Pesquisa realizada no dia 11.12.23

- **Seleção de estudos**

A listagem dos resultados obtidos das bases de dados foi exportada utilizando o software bibliográfico ZOTERO 5.0.94 (*Corporation for Digital Scholarship and Roy Rosenzweig Center for History and New Media*, 2021) e eliminados os duplicados. Os resultados foram analisados

por dois revisores de forma independente, com apoio da aplicação *Rayyan QCRI The Systematic reviews app* e havia recurso a um terceiro revisor para resolução de discordâncias. Os artigos que cumpriram os critérios de elegibilidade foram sujeitos a uma leitura integral. Os resultados são apresentados através de um diagrama de fluxo que permite efetuar uma análise qualitativa e descritiva, cujo objetivo é resumir o processo de inclusão de acordo com a metodologia PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metaanalyses*).

- **Extração de dados**

Os dados foram extraídos dos artigos incluídos na revisão, tendo sido construída uma tabela que vai ao encontro do objetivo e da questão de investigação, conforme preconizado pela metodologia JBI. A extração de dados inclui dados sobre os autores, nome do artigo, ano, país, objetivo do estudo, desenho do estudo e os fatores condicionadores da higienização das mãos. Para extração de dados dos artigos selecionados foi elaborada uma tabela de forma a clarificar a organização e análise dos dados recolhidos.

- **Síntese de dados**

Os dados extraídos são apresentados em tabelas e/ou diagramas, de forma a corresponder ao propósito da revisão. Um resumo descritivo acompanha os resultados presentes nas tabelas e/ou diagramas, estabelecendo como esses resultados se relacionam com o objetivo e com a questão da investigação.

5.2. Considerações éticas

Para o presente estudo o método de colheita de dados já é do domínio público, não carecendo por isso de aprovação de comissão de ética.

Não existem conflitos de interesse.

6. Resultados

O processo de pesquisa permitiu selecionar e avaliar um total de 185 artigos, tendo sido incluídos 10 artigos. O processo de seleção encontra-se exposto na **Figura 1**.

Após a leitura integral foram excluídos 5 artigos porque o seu texto integral não se encontra disponível e, após contatar os autores a pedir a disponibilização dos artigos completos, estes não responderam.

Os artigos incluídos são quantitativos (quatro estudos observacionais, um ensaio de intervenção cruzada, um programa multifacetado, um estudo de análise de dados e um questionário) e duas revisões sistemáticas da literatura.

No que concerne ao ano da publicação, aferiu-se que o artigo mais antiga remonta ao ano de 1994, seguindo-se um artigo publicado em 2005, um em 2011, um em 2012 e dois artigos publicados em 2015. O ano de 2019 é o ano que apresenta um maior número de publicações, com um total de três artigos. O artigo com data de publicação mais recente é do ano de 2023.

Em relação ao país da publicação, a maioria dos estudos são do continente americano, três artigos são dos Estados Unidos da América, dois da Colômbia, dois da Dinamarca, um do Canadá, um da Coreia do Sul e um da Irlanda.

Os fatores condicionadores identificados nos artigos encontram-se na **Tabela 2**, onde se pode consultar os autores, ano de publicação, objetivo, método, amostra e contexto dos estudos.

A **Tabela 2** foi construída para identificar os fatores condicionantes da adesão à higienização das mãos dos profissionais de saúde em contexto de extra-hospitalar e urgência como, também, identificar o artigo que refere esse fator.

De acordo com a teoria de Neumann foi elaborada a **Tabela 3**, cujo intuito é enumerar os fatores condicionantes identificados nos estudos de acordo com as variáveis identificadas.

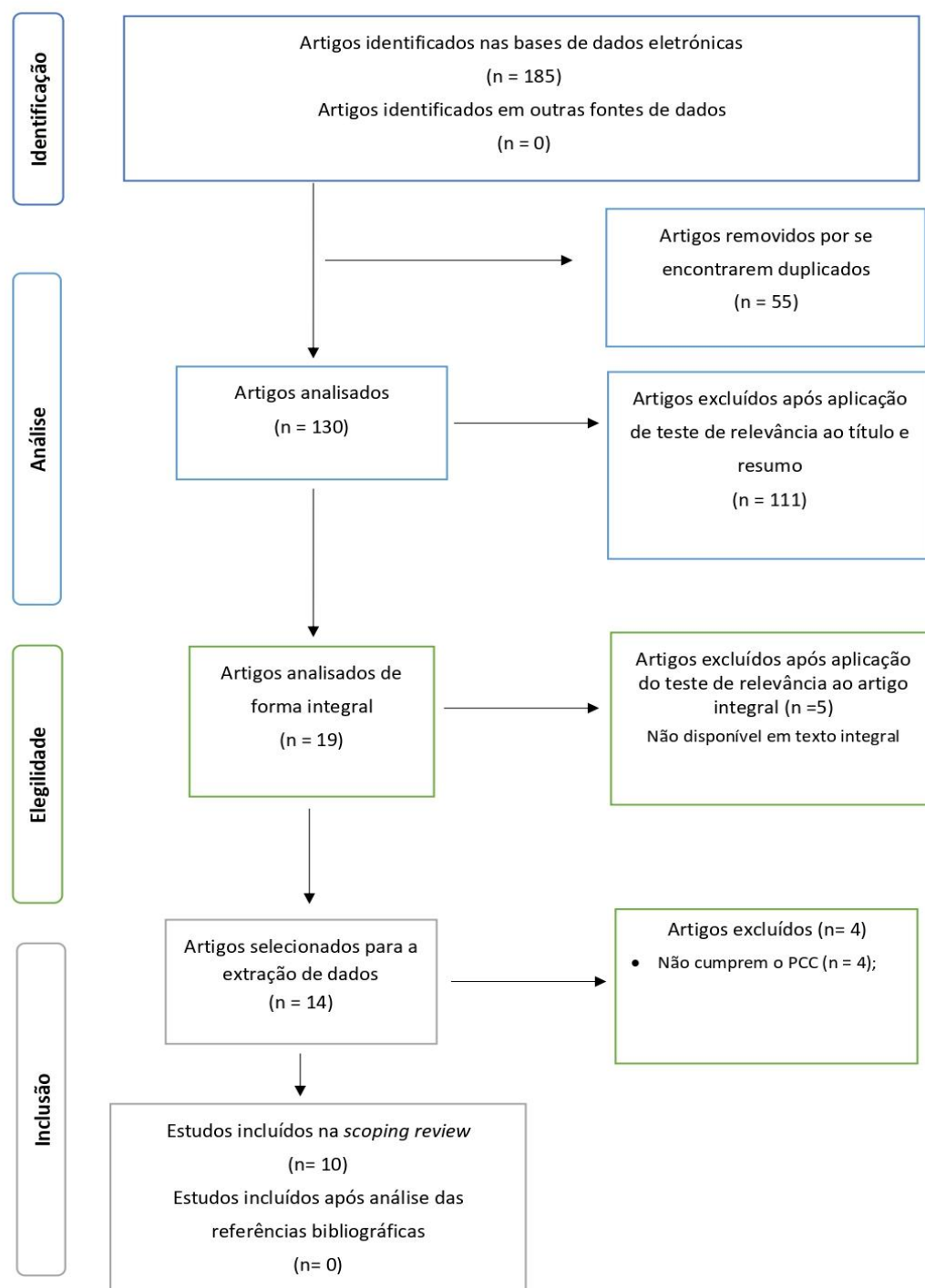


Figura 1 - Diagrama de fluxo PRISMA-ScR.

Tabela 2 - Artigos incluídos no estudo

	Artigo (Autor, Ano)	Objetivo	Método	Amostra	Contexto	Fatores condicionadores
A1	Carter, <i>et al.</i> (2016)	Examinar a relação entre as condições ambientais e a adesão à HM.	Estudo observacional	Enfermeiros, médicos, auxiliares e outros profissionais.	SU	Turno da manhã com pior adesão; Localização do doente; Tipo de profissional de saúde; Uso de luvas; Indicação para a HM; Sobrelotação.
A2	Issa, <i>et al.</i> (2023)	Avaliação de estudos sobre a conformidade com a HM por profissionais de saúde do SU realizados entre 2010 e 2020, de forma a estimar as taxas de HM e as estratégias de intervenção utilizadas para melhorar a HM nos SU.	Revisão sistemática	Enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos, auxiliares de saúde, técnicos e outros profissionais.	SU	Sobrelotação do SU; Fatores de stress associados à sobrelotação.
A3	Larson <i>et al.</i> , (2005)	Comparar a frequência de uso de dispensadores manuais e dispensadores sem contato para HM.	Ensaio de intervenção cruzada	Neste estudo os profissionais de saúde envolvidos não foram discriminados por tipo.	SU	Dispensadores sem contato foram utilizados mais frequentemente do que os dispensadores manuais.

A4	McGuire-Wolfe <i>et al.</i> (2012)	Descrever o treino, práticas, crenças e atitudes existentes numa amostra de profissionais de serviço pré-hospitalar e bombeiros num corpo de bombeiros suburbano; Avaliar a eficácia de uma intervenção em três frentes destinada a melhorar a conformidade com as recomendações de HM.	Programa multifacetado	Profissionais de saúde de serviços de emergência médica do corpo de bombeiros de 23 quartéis de bombeiros.	EH	Esquecimento; Dificuldade em encontrar água e sabão; Crença em que as luvas substituem a HM; Fadiga; Crença em que a HM consome muito tempo; Crença em que a HM não é importante.
A5	Meengs <i>et al.</i> (1994)	Examinar a frequência e a duração da HM num SU e os efeitos de três variáveis: nível de treino, tipo de contato com o doente (limpo, sujo ou com luvas) e anos de experiência da equipa.	Estudo observacional	11 médicos docentes, 11 médicos residentes e 13 enfermeiros.	SU	Categoria profissional; Uso de luvas.
A6	Muller <i>et al.</i> (2015)	Avaliar se a sobrelotação do SU está relacionada à redução na conformidade com a HM entre os profissionais de saúde.	Estudo de análise de dados	Médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde.	SU	Carga de trabalho; Sobrelotação.

A7	Seo <i>et al.</i> (2019)	Investigar a taxa de conformidade com a HM, os fatores que afetam essa taxa e estratégias de intervenção para melhorar a conformidade com HM nos SU.	Revisão Sistemática	Enfermeiros, médicos, auxiliares de saúde e terapeutas.	SU	Tipos de profissionais de saúde; Indicações para HM; Sobrelotação; carga de trabalho; Atitude positiva perante a HM; Localização dos doentes; Auditorias à HM; Tipo de turno; stress; falta de exemplos positivos; maus hábitos; esquecimento; irritação da pele pelos produtos; Disponibilidade de solução antisséptica de base alcoólica.
A8	Venkatesh <i>et al.</i> (2011)	Identificar fatores preditores de HM no SU.	Estudo observacional	Médicos, médicos assistentes, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares de transporte e outros.	SU	Uso de luvas; Localização dos doentes no corredor; Localização dos doentes na sala de observação; Tipo de profissional de saúde.
A9	Vikke <i>et al.</i> (2019)	Analisar a conformidade na HM, o uso de luvas e a adesão aos padrões básicos de higiene relativamente a cabelos, unhas e uso de acessórios, entre os profissionais dos serviços de emergência médica.	Estudo observacional multicêntrico prospetivo	Prestadores de serviço de emergência médica da Finlândia, Suécia, Dinamarca e Austrália, de meios terrestres na linha da frente.	EH	Nível do profissional de saúde; indicação para HM; Uso de luvas.
A10	Vikke <i>et al.</i> (2019)	Investigar a perceção sobre a HM e avaliar os fatores potenciais relacionados à conformidade auto relatada com a HM nas equipas de serviços de emergência médica.	Questionário transversal e autoaplicável	Profissionais de serviços de emergência médica de uma instituição privada.	EH	Perceções sobre o impacto das IACS; Insuficiente apoio dos gestores; Formação; Expectativas dos pares; Esforço necessário para realizar uma HM de boa qualidade; Análise do desempenho.

Tabela 3 - Fatores associados a menor adesão da HM

Categoria segundo Neumann	Fator condicionante	Código do artigo
Variáveis fisiológicas	Fadiga	A4
	Ritmo de trabalho elevado	A1, A2, A7
	Sobrecarga física	A4, A6, A10
Variáveis psicológicas	Stress emocional	A2, A7
	Baixa perceção de risco	A1, A4, A7, A8, A9
	Falta de motivação	A4
	Esquecimento	A4, A7
Variáveis socioculturais	Tipo de profissional, sendo os assistentes operacionais e os seguranças os que têm a taxa de menor adesão	A1, A5, A7, A8
	Cultura institucional	A7
	Relações de equipa que dificultam as intervenções educacionais	A7, A10
	Expectativas normativas	A10
Variáveis de desenvolvimento	Anos de experiência que refletem menores taxas de adesão	A9
	Falta de formação em controlo de infeção	A4, A10
Variáveis espirituais	Desvalorização da HM	A4, A7
	Compromisso ético	A1, A7, A9
	Valores profissionais	A4
Variáveis ambientais / extrapessoais	Acesso limitado a recursos	A4, A7
	Turnos prolongados/ turno da manhã	A1, A7
	Tipo/localização do dispensador	A3, A4, A7
	Sobrelotação	A1, A2, A6, A7
	Ausência de protocolos/disposição do serviço	A1, A4, A7, A8

7. Discussão

Os resultados obtidos sobre a conformidade com a HM indicam que os estudos em contexto de SU são, em sua maioria, de natureza observacional, com metodologias baseadas em observação direta ou autorrelato, frequentemente sem controlo de viés ou validação externa. Em decorrência dessas fragilidades, os dados recolhidos carecem de validade externa, o que dificulta a sua generalização para outros contextos.

A evidência disponível demonstra que o aumento da afluência aos SU está associado a atrasos na prestação de cuidados de saúde, à diminuição da satisfação dos utentes e ao aumento da mortalidade. No entanto, as práticas de prevenção de infeções têm sido pouco exploradas neste contexto específico (Carter *et al.*, 2016).

As condições ambientais características dos SU representam barreiras significativas ao cumprimento adequado da HM devendo, por isso, ser consideradas nos esforços de melhoria contínua nesta área. Observou-se que a aglomeração de pessoas e a sobrecarga de trabalho estão associadas a níveis mais baixos de adesão às práticas de HM, em consonância com estudos que identificam a aglomeração como uma barreira relevante em diferentes contextos de prestação de cuidados. Este cenário pode contribuir para um aumento da transmissão de agentes infecciosos (Carter *et al.*, 2016).

Foram identificadas diversas barreiras à prática eficaz da HM. A fadiga, inerente aos contextos de emergência médica, revelou-se particularmente difícil de mitigar (Issa *et al.*, 2023). Vários estudos indicam que campanhas de promoção da HM tendem a ser ineficazes sem alterações substanciais nas práticas relacionadas com o uso de luvas (Carter *et al.*, 2016).

Os profissionais demonstraram reconhecer a importância da HM e reportam elevados níveis de adesão pessoal. Contudo, manifestam frequentemente preocupações quanto ao cumprimento por parte dos colegas, sugerindo uma possível discrepância entre a perceção individual e a prática coletiva (Vikke *et al.*, 2019a). A diferença entre os benefícios percebidos das intervenções e a ausência de mudanças efetivas nas atitudes, práticas e crenças pode refletir uma tendência dos participantes para fornecer respostas socialmente desejáveis.

De acordo com a evidência reunida, os enfermeiros apresentam taxas de HM superiores às dos restantes profissionais de saúde (Seo *et al.*, 2019). Todavia, a duração média das práticas de higienização encontra-se abaixo do recomendado. De acordo com a taxa de adesão à HM nos SU varia entre 7% e 89,7%. Isto pode ser explicado por uma variedade de fatores, tais como a falta de tempo, situações clínicas urgentes, sobrelotação, cargas de trabalho pesadas e falta de pessoal, e por um ambiente de cuidados de saúde complexo e dinâmico (Seo *et al.*, 2019).

A baixa conformidade com as diretrizes nos SU poderá estar relacionada com o elevado volume de interações com os doentes, a necessidade de atender múltiplos casos simultaneamente, a gravidade das condições clínicas e a urgência das intervenções.

Em contraste, o artigo de Venkatesh *et al.* (2011), evidenciou uma elevada taxa de conformidade com a HM entre os médicos, quando comparados com outros grupos profissionais. Esta adesão superior poderá ser atribuída ao facto de o estudo ter decorrido durante uma campanha de melhoria da qualidade em HM, promovida a nível departamental e liderada por médicos, que incluía, entre outras estratégias, a designação de “campeões” médicos para fomentar o cumprimento das práticas recomendadas (Venkatesh *et al.*, 2011).

Por outro lado, a baixa adesão observada entre os profissionais responsáveis pelo transporte de doentes e outros prestadores de cuidados, como terapeutas respiratórios, poderá refletir diferenças nos níveis de conhecimento e formação sobre técnicas adequadas de HM, ou ainda resultar da estrutura organizacional vigente. Tendo em conta que esses departamentos se reportam a cadeias de comando exteriores ao SU, é possível que tenham estado menos envolvidos na campanha de qualidade (Venkatesh *et al.*, 2011)

É importante destacar que um número limitado de estudos se propôs a quantificar o impacto do conhecimento e da formação sobre a saúde dos profissionais de saúde no SU. Ao que se concerne à formação dos observadores envolvidos, concluiu-se que aqueles que utilizavam luvas durante o contato direto com os doentes apresentavam uma consciência oito vezes maior sobre a importância da HM após a remoção das luvas como medida de prevenção das IACS, refletindo-se em taxas mais elevadas de adesão à prática. Os mesmos autores destacam que os indivíduos com maior compreensão sobre a importância da HM demonstraram uma adesão quase sete vezes superior em comparação com aqueles com menor nível de conhecimento (Issa *et al.*, 2023).

Dado o impacto destas variáveis, torna-se essencial investigar abordagens mais eficazes para promover a adesão a este método fundamental de controlo de infeções. Intervenções educativas simples mostraram-se ineficazes noutros contextos de prestação de cuidados (Issa *et al.*, 2023).

A sobrecarga dos SU, aliada aos fatores de stress inerentes a esse ambiente, configura-se como um dos principais entraves à adesão dos profissionais de saúde às práticas de HM (Kruk *et al.*, 2018). A imprevisibilidade característica deste cenário clínico, sobretudo no atendimento a pessoas em situação crítica, sugere a necessidade de estratégias adaptadas e específicas para a promoção de melhores índices de conformidade com as práticas de higienização (Kruk *et al.*, 2018).

Uma estratégia que integre os fatores individuais, organizacionais, ambientais e psicos-

sociais é crucial para que nasça uma cultura de segurança e de prestação de cuidados de qualidade para reduzir o risco de IACS.

Os fatores individuais trazem um impacto na HM, pois os profissionais de saúde devem ter responsabilidade e consciência da importância da HM, mantendo-se motivados, com conhecimento dos riscos de infeção e da técnica da HM o que irá refletir-se na frequência e eficácia da HM (Erasmus *et al.*, 2010).

Os fatores organizacionais têm um impacto na adesão da técnica da HM no sentido que a instituição é responsável pela implementação de protocolos, normas, *guidelines* como, também, pelo fornecimento de recursos materiais para que os profissionais de saúde tenham os conhecimentos e meios adequados (WHO, 2009). A preconização das auditorias permite monitorizar e ter feedback sobre a adesão e eficácia da HM de forma que a organização possa realizar campanhas e formações que vão ao encontro das necessidades identificadas (Srigley *et al.*, 2015).

No que concerne aos fatores ambientais é importante preconizar um meio ambiente que valorize uma prestação de cuidados de saúde segura e, para isso, é crucial que os locais de HM existam em pontos estratégicos e de fácil acesso para que sejam minimizados os obstáculos à adesão (Kruk *et al.*, 2018). O reconhecimento da HM deve ser uma responsabilidade coletiva que depende da cultura de segurança como, também, das infraestruturas presentes na instituição.

Os fatores psicossociais podem ter uma influência significativa no que diz respeito à adesão da HM através de perceções subjetivas, desvalorização da técnica da HM e a falta de motivação.

A perceção subjetiva vai ao encontro da avaliação que o profissional de saúde faz do risco de transmissão e da importância que dá à HM o que influencia diretamente a decisão de efetuar ou não a HM. Sunkes *et al.* (2016) defende que os profissionais de saúde têm consciência do risco de transmissão como sendo baixo e, por isso, negligenciam a HM.

O papel da liderança e cultura institucional podem ser determinantes no reforço da importância da HM. No entanto, a desvalorização da mesma associada a uma prática secundária, a sobrelotação dos serviços e infraestruturas desadequadas traduzem-se num aumento de risco de infeção pela desvalorização da HM (WHO, 2021).

Os SU são contextos de pressão, stress e cansaço para os profissionais de saúde o que pode levar a uma redução das taxas de adesão pelo cansaço, esquecimento e/ou negligência. Li *et al.* (2020), afirmam que o *burnout* e o cansaço exacerbados em contexto de urgência durante a pandemia, estão interligados à baixa adesão da HM, aumentando os riscos de infeção. A falta de conhecimentos e/ou de *feedback* pode diminuir a motivação dos profis-

sionais de saúde aderirem à técnica da HM, consequentemente, traduzindo-se numa baixa adesão a uma das principais medidas de controlo de infeção (Pittet *et al.*, 2022).

Com o intuito de mitigar os fatores acima identificados é crucial a implementação de estratégias que façam os profissionais de saúde aderirem corretamente à técnica da HM, tais como, programas formativos contínuos, campanhas, cultura organizacional que valorize a HM, incentivos para a motivação, *feedbacks* dos resultados para identificação das necessidades a suprir e o envolvimento das chefias com um papel ativo e direto na mudança (Kampf & Lemmen, 2021).

Verificou-se que a adesão à HM varia com as classes profissionais e, consequentemente, a prevenção das IACS. No que diz respeito aos médicos, enfermeiros e assistentes operacionais que prestam cuidados aos doentes verificou-se que têm maior conhecimento e responsabilidade sobre a importância da HM como, também, aqueles que têm mais formação e treino no que diz respeito à técnica da HM e o seu impacto na qualidade dos cuidados de saúde. O nível de formação dos profissionais está diretamente relacionado com a adesão à HM, com um impacto direto na conscientização e responsabilidade individual (Pittet, Sax & Allegranzi, 2021).

A classe profissional da limpeza e manutenção têm menor perceção do risco, sendo que estão menos incluídos na cultura institucional e nas formações da HM, por isso, menos familiarizados com a técnica da HM, a sua importância e consequências na prevenção das IACS (Yen *et al.*, 2020).

A classe administrativa tem menor contato com os doentes, por isso, apresentam baixa adesão à HM devido à subvalorização que dão às precauções básicas de controlo de infeção (Nguyen *et al.*, 2021). No entanto, torna-se imperativo a formação destes profissionais, pois manipulam objetos (documentos, esferográficas) que circulam entre diferentes áreas das instituições (WHO, 2022).

Os profissionais de saúde que trabalham nos SU lidam com um contexto de prestação de cuidados que, normalmente, se encontra sobrelotado, o que aumenta o stress, diminui tempo para realizar procedimentos e aumenta a carga de trabalho (Pereira & Oliveira, 2021). Este stressor extrapessoal contribui para a baixa adesão da HM, pois leva ao esquecimento, negligência e ao sentimento de falta de tempo para efetuar este procedimento (Silva *et al.*, 2023). Ou seja, a sobrelotação leva a que os profissionais de saúde subvalorizem a HM havendo a necessidade de criar estratégias para reprimir esta demanda (Fitzgerald *et al.*, 2019).

Para além da sobrelotação dos SU, estes serviços deparam-se com condicionantes estruturais e arquitetónicas que podem influenciar a localização dos dispensadores e o seu

acesso. A localização e acesso aos dispensadores ou áreas de lavagem das mãos podem ser elementos dificultadores da adesão à HM quando estes estão mal localizados, quando tem número reduzido de dispensadores disponibilizados no serviço e a sua localização é inadequada (Srigley *et al.*, 2019). Estes elementos dificultadores levam a que os profissionais de saúde apresentem poucos momentos de HM, pois sentem-se desencorajados, com um aumento do tempo e esforço gasto perante um serviço que tem uma elevada demanda de recursos (Houghton *et al.*, 2022). Assim sendo, é pertinente que haja uma estratégia delineada para a localização dos dispensadores para colmatar este fator extrapessoal.

No contexto de SU e EH é crucial que os profissionais de saúde garantam uma das principais precauções básicas de controlo de infeção que é a HM. A realidade destes contextos exige que a técnica da HM seja realizada de forma rápida e eficaz para prevenir a transmissão de infeções e para proteger os profissionais de saúde, doentes e seus acompanhantes (ECDC, 2021).

Os profissionais de saúde têm de estar atualizados no que concerne à técnica correta da HM, as recomendações em vigor e quais as estratégias implementadas para dar resposta às exigências destes contextos. Assim sendo, a formação contínua e direcionada para a HM permite que os profissionais de saúde se mantenham atualizados e sensibilizados para esta temática o que se traduz em ganhos, tais como, uma maior cultura de segurança, diminuição do número de IACS e uma prestação de cuidados de saúde de qualidade e eficaz nos contextos de SU e extra-hospitalares (Oliveira *et al.*, 2022).

8. Conclusão

A implementação integral dos "Cinco Momentos para a Higiene das Mãos", conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde, pode revelar-se desafiante em contextos clínicos de elevada exigência, como é o caso do SU e do EH. Neste contexto, poderá ser necessário desenvolver o modelo, de modo a implementar diferentes estratégias. Importa salientar que, embora a HM constitua um procedimento tecnicamente simples, a sua execução eficaz exige aprendizagem contínua, treino regular e incorporação progressiva na rotina profissional.

A crescente complexidade dos procedimentos realizados no âmbito do SU, incluindo intervenções de carácter mais avançado e invasivo, acentua a urgência de estratégias eficazes de promoção da HM. A prática inadequada da HM tem sido associada a cargas bacterianas significativas nas mãos dos profissionais de saúde, representando um risco elevado de transmissão cruzada de microrganismos e, consequentemente, de IACS.

A evidência mapeada corrobora a generalização de diversos fatores preditores de HM, previamente identificados em estudos realizados em contextos intra-hospitalares. Entre esses fatores destacam-se o tipo de profissional de saúde, o uso de luvas e a menor acuidade da unidade, os quais se revelaram preditores de baixa adesão às práticas de HM.

Embora tenha-se investido na investigação das práticas de HM nos cuidados de saúde, existe ainda pouco foco em contexto de SU e EH. Esta revisão dá ênfase ao papel nesta tipologia de serviço, discutindo os desafios da HM.

As condições ambientais constituem barreiras ao cumprimento da HM nos SU e EH, e devem ser consideradas nos esforços de melhoria das práticas de HM neste contexto.

As abordagens multimodais melhoram a adesão à HM de forma moderada entre os profissionais de saúde do SU. A complexidade elevada associada a PSC e a sobrecarga do SU, são fatores que contribuem para as taxas de cumprimento relativamente baixas reportadas.

As estratégias para melhorar as taxas de adesão à HM devem passar pelo reconhecimento e avaliação do contexto de um cenário adverso. A evidência encontrada sublinha a importância de adotar uma abordagem multidisciplinar nas iniciativas destinadas à promoção da HM.

É esperado que esta pesquisa sirva como ponto de partida para outros trabalhos relacionados ao tema, funcionando como base para colmatar as lacunas neste campo de investigação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecer a relevância na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, especialmente através da higienização das mãos, é essencial para assegurar cuidados de qualidade. Esta prática, além de ser uma medida eficaz de proteção, traduz o compromisso ético e profissional dos intervenientes em saúde, refletindo a sua responsabilidade na promoção da segurança do doente e na redução do risco de infeção.

Os fatores condicionadores da adesão da higienização das mãos pelos profissionais de saúde na abordagem do doente crítico, em contexto de urgência e extra-hospitalar, incluem os fatores associados a variáveis fisiológicas, psicológicas, espirituais, socioculturais, de desenvolvimento e ambientais. E uma abordagem que considere de forma integrada os fatores individuais, organizacionais, ambientais e psicossociais revela-se essencial para fomentar uma cultura de segurança e excelência na prestação de cuidados, contribuindo de forma significativa para a redução do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde. Para a realização da presente *Scoping Review* evidenciaram-se algumas limitações, nomeadamente a escassez de estudos direcionados aos contextos do estudo, especificamente para o contexto extra-hospitalar, já que a maioria dos estudos são focados no meio hospitalar.

Espera-se que o presente trabalho constitua um contributo relevante para o desenvolvimento de futuras investigações direcionadas à promoção de estratégias de melhoria da adesão à higienização das mãos, devidamente ajustadas às especificidades dos contextos de serviço de urgência e meio extra-hospitalar. Almeja-se, ainda, que os seus resultados incentivem a implementação de medidas eficazes na redução das infeções associadas aos cuidados de saúde, promovendo a segurança do doente. Paralelamente, pretende-se sensibilizar os profissionais de saúde para a adoção de práticas contextualizadas e estimular as instituições a desenvolver políticas que favoreçam uma cultura de segurança e qualidade na prestação de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2015). *Recomendações técnicas: Serviços de urgência* (RT 11/2015). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf
- Almeida Ventura-Silva, J. M., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., de Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- American Heart Association. (2021). *Suporte avançado de vida cardiovascular: Manual do profissional*. American Heart Association.
- Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil. (2023). *Plano nacional de emergência de proteção civil*. <https://prociv.gov.pt/pt/prevencao-e-preparacao/planeamento-de-emergencia/plano-nacional-de-emergencia/>
- Backhouse, A., & Ogunlayi, F. (2020). Quality improvement into practice. *BMJ*, 368, m865. <https://doi.org/10.1136/bmj.m865>
- Barajas-Nava, L. A., Barrañon-Rivera, I., & Briones-Aguirre, B. (2022). Interventions to improve compliance with hand hygiene in patient care. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 79(4), 7346. <https://doi.org/10.24875/BMHIM.21000169>
- Barros, A. I. A. (2021). *Humanização dos cuidados de enfermagem em contexto de urgência e emergência* [Dissertação de mestrado, Repositório da Universidade]. <http://hdl.handle.net/10400.14/34708>
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente* (1ª ed.). Lidel.
- Bettencourt, N., Mendes, L., Fontes, J. P., Matos, P., Ferreira, C., Botelho, A., Carvalho, S., Durazzo, A., Faustino, A., Ladeiras Lopes, R., Vasconcelos, M., Vieira, C., Correia, M., Ferreira, A. M., Ferreira, N., Pires-Morais, G., G. Almeida, A., Ferreira, M. J. V., & Teixeira, M. (2022). Documento de Consenso sobre Estratificação de Risco Cardiovascular e estudo da doença coronária em Portugal: A posição dos Grupos de Estudo de Cardiologia Nuclear, Ressonância Magnética e Tomografia Computorizada Cardíaca, de Ecocardiografia e de

Fisiopatologia do Esforço e Reabilitação Cardíaca. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 41(3), 241–251. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2020.10.009>

Browne, K., & Mitchell, B. G. (2023). Multimodal environmental cleaning strategies to prevent healthcare-associated infections. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 12(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s13756-023-01274-4>

Cardoso, C. M., & Carvalho, R. (2021). Sobredosagem, intoxicações e envenenamento. In N. Coimbra (Ed.), *Enfermagem de urgência e emergência* (1ª ed., pp. 206–212). Lidel.

Carter, E. J., Wyer, P., Giglio, J., Jia, H., Nelson, G., Kauari, V. E., & Larson, E. L. (2016). Environmental factors and their association with emergency department hand hygiene compliance: an observational study. *BMJ Quality & Safety*, 25(5), 372–378. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2015-004081>

Corporation for Digital Scholarship and Roy Rosenzweig Center for History and New Media. (2021). Zotero | Your personal research assistant (Zotero 5.0.94). <https://www.zotero.org/>

Costa, F. A. D. da, Torres, R. S., & Sousa, C. dos P. F. de. (2022). Triagem de Manchester: Perceções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista de Enfermagem Referência*, serVI(1). <https://doi.org/10.12707/rv21028>

Costa, P. (2021). Abordagem Sistematizada do Doente Crítico. In N. Coimbra (Ed.), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (1ªed., pp. 358-362). Lidel.

Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, 1.ª série, 4147–4182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Despacho n.º 10901/2022 de 8 de setembro. (2022). *Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)*. *Diário da República*, II Série, n.º 174, 93–99. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>

Dias, M. (2024). Organização dos cuidados hospitalares. In Néné, M., & Sequeira, C. (2024). *Enfermagem Avançada* (1ªed., pp.157-164). Lidel.

- Direção Geral da Saúde (DGS). (2022). Norma nº 019/2015 atualizada a 29/08/2022, “Feixe de Intervenções” de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical. Departamento da Qualidade na Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>
- Erasmus, V., Daha, T. J., Brug, H., Richardus, J. H., Behrendt, M. D., Vos, M. C., & van Beeck, E. F. (2010). Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 31(3), 283–294. <https://doi.org/10.1086/650451>
- Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP). (2023). *Guia de orientação: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II – Área de especialização à pessoa em situação crítica*. Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2021). *Healthcare-associated infections: Clean hands, safe patients*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/healthcare-associated-infections-clean-hands-safe-patients>
- Ferreira, A. (2021). Plano de Emergência Externo. In N. Coimbra (Ed.), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (1ªed., pp. 358-362). Lidel.
- Fitzgerald, G., Holman, M., MacDougall, C., & Hunter, P. R. (2019). Workload, stress, and hand hygiene compliance: A systematic review. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 40(2), 159–165. <https://doi.org/10.1017/ice.2018.326>
- Gomes, A. (2021). Enfermagem Forense no Serviço de Urgência. In N. Coimbra (Ed.), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (1ªed., pp. 401-410). Lidel.
- Gonçalves, M. I. de O. (2017). *A perspetiva bidimensional na gestão de conflitos dos enfermeiros numa unidade de saúde* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/20965>
- Gonçalves, R. (2021). Perfil do Enfermeiro para o Exercício Profissional na Viatura Médica de Emergência e Reanimação. In N. Coimbra (Ed.), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (1ªed., pp. 31-37). Lidel.

Houghton, P., Meskell, P., Delaney, H., Smalle, M., Glenton, C., Booth, A., & Moses, E. (2022). Facilitators and barriers to hand hygiene compliance among healthcare workers: A qualitative study. *BMC Infectious Diseases*, 22, 89. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06915-0>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Orientação técnica nº 10/2020 atualizada a 20/10/2020: Limpeza e desinfeção de veículos e equipamentos no âmbito do COVID-19*. Departamento de Emergência Médica, Gabinete de Qualidade, Comissão de Controlo de Infecção. <https://shorturl.at/J8jpH>

Issa, M., Dunne, S., & Dunne, C. (2023). Hand hygiene practices for prevention of health care-associated infections associated with admitted infectious patients in the emergency department: a systematic review. *Irish Journal of Medical Science*, 192(2), 871–899. <https://doi.org/10.1007/s11845-022-03004-y>

Jeanes, A., Coen, P. G., Drey, N. S., & Gould, D. J. (2018). The development of hand hygiene compliance imperatives in an emergency department. *American Journal of Infection Control*, 46(4), 441–447. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.10.014>

Kampf, G., & Lemmen, S. (2021). Hand hygiene in healthcare settings: Strategies for improving compliance. *Journal of Hospital Infection*, 116, 123–130. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.06.001>

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., et al. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)

Larson, E. L., Albrecht, S., & O’Keefe, M. (2005). Hand hygiene behavior in a pediatric emergency department and a pediatric intensive care unit: Comparison of use of 2 dispenser systems. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 14(4), 304–311.

Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o *regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais*. *Diário da República: I série*, n.º 181. <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

- Li, Y., et al. (2020). Stress and burnout among healthcare workers during COVID-19 pandemic and their impact on hand hygiene compliance. *BMC Infectious Diseases*, 20, 519. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05299-1>
- Lima, S., Moura, D., Matos, C., Walter, K. C., Oliveira, C., Araújo, S., Cavalcante, S., Nunes, A., Silva, D., & Sisnando, M. (2021). Conhecimento dos enfermeiros acerca da importância do uso de protocolos de cuidados: Discurso do sujeito coletivo. *Research, Society and Development*, 10(1), e15810111186. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11186>
- Lobão, C., Sousa, J.P. & Gonçalves, R. (2024). Dos dados à tomada de decisão do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. In Néné, M., & Sequeira, C. (2024). *Enfermagem Avançada* (1ªed., pp.418-427). Lidel.
- Lopes, M. (2021). Modelos de Triage em Situações de Catástrofe. In N. Coimbra (Ed.), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (1ªed., pp. 351-357). Lidel.
- Magalhães, G. T. (2021). *Intoxicações agudas por medicamentos de uso comum em pediatria* [Dissertação de mestrado, Repositório da Universidade]. <http://hdl.handle.net/10284/10867>
- McGuire-Wolfe, C., Haiduvan, D., & Hitchcock, C. D. (2012). A multifaceted pilot program to promote hand hygiene at a suburban fire department. *American Journal of Infection Control*, 40(4), 324–327. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2011.06.003>
- Meengs, M. R., Giles, B. K., Chisholm, C. D., Cordell, W. H., & Nelson, D. R. (1994). Hand washing frequency in an emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 23(6), 1307–1312. [https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(94\)70357-4](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(94)70357-4)
- Moreira, C., & Nunes, J. (2024). Práticas de Liderança dos enfermeiros gestores. In Néné, M., & Sequeira, C. (2024). *Enfermagem Avançada* (1ªed., pp.157-164). Lidel.
- Muller, M. P., Carter, E., Siddiqui, N., & Larson, E. (2015). Hand hygiene compliance in an emergency department: The effect of crowding. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 22(10), 1218–1221. <https://doi.org/10.1111/acem.12754>
- Nguyen, D. N., et al. (2021). Perceptions and practices of infection control among hospital staff: The role of occupational role and contact with patients. *BMC Infectious Diseases*, 21, 652. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06312-4>

Nunes, L. (2024). Tomada de decisão ética. In Néné, M., & Sequeira, C. (2024).

Enfermagem Avançada (1ªed., pp. 99-108). Lidel.

Oliveira, S., et al. (2022). Impact of continuous training on hand hygiene compliance among healthcare workers: A systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 127, 1–8.

<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2022.02.005>

Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho, Regulamento que define o ato do enfermeiro. Diário da República: II Série, n.º 131.*

<https://files.dre.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>

Ordem dos Médicos. (2023). *Transporte de doentes críticos – Versão atualizada 2023.*

<https://ordemosmedicos.pt/transporte-de-doentes-criticos-versao-atualizada-2023/>

Pereira, S. & Coimbra, N. (2021). Plano de Emergência Interno. In N. Coimbra (Ed.),

Enfermagem de Urgência e Emergência (1ªed., pp. 363-367). Lidel.

Pereira, S. M., & Oliveira, A. (2021). Factors influencing hand hygiene adherence among healthcare workers in emergency settings. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 39, 1–8.

Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Khalil, H., Larsen, P., Marnie, C., Pollock, D.,

Tricco, A. C., & Munn, Z. (2022). Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. *JBIM Evidence Synthesis*, 20(4), 953.

<https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00242>

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evidence Synthesis*, 18(10), 2119-2126.

<https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>

Pittet, D., et al. (2022). Motivational factors influencing hand hygiene compliance in healthcare settings: A systematic review. *American Journal of Infection Control*, 50(2), 147–154. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.10.009>

Pittet, D., Sax, H., & Allegranzi, B. (2021). Hand hygiene and healthcare-associated infections: The importance of targeted training. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 42(4), 370–377. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.353>

Pontífice-Sousa, P., Néné, M., Marques, R. (2024). A cultura do processo reflexivo na construção de competências. In Néné, M., & Sequeira, C. (2024). *Enfermagem Avançada* (1ªed., pp. 94-98). Lidel.

Quintas, C. (2020). *Precauções de isolamento no Serviço de Urgência: Um projeto de melhoria da qualidade nos cuidados de enfermagem* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
<http://hdl.handle.net/10400.26/33591>

Ramos, S., & Ferreira, B. (2021). Prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde. In E. Henriques (Ed.), *O cuidado centrado no cliente – Da apreciação à intervenção de enfermagem* (pp. 277–294). Sabooks Editora.

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. *Diário da República, II Série*, (26), 4744–4750.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. *Diário da República, II Série*, (123), 17240–17243.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. *Diário da República, II Série*, (135), 19359–19370. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. *Diário da República, II Série*, (184), 128–155. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Resolução n.º 25/2008 de 18 de julho. (2008). *Critérios e normas técnicas para a elaboração e operacionalização de planos de emergência de proteção civil*. *Diário da República, II Série*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao/138-2008-3086255>

Rothés, A. G. A. (2020). *A motivação para a educação e a formação nos adultos: Razões, crenças e objetivos dos adultos que se envolvem em atividades educativas e formativas* [Tese de doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/126615>

Santos, C. A. dos, & Santos, V. C. B. dos. (2022). Competência em Informação (CoInfo) como fator social de compreensão e inclusão ao mundo do trabalho sob as perspectivas de Guy Le Boterf e Christine Bruce: Notas introdutórias, reflexões necessárias. *Perspectivas em Ciência da Informação*, 27, 268–296. <https://doi.org/10.1590/1981-5344/40063>

Santos, V. A. H. A. dos. (2022, 25 de julho). *As competências de comunicação dos profissionais de saúde em Portugal com o doente de cuidados paliativos e a sua família: Fatores de influência percebidos e propostas de melhoria* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Estudo Geral. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/104392>

Seo, H.-J., Sohng, K.-Y., Chang, S. o., Chaung, S. k., Won, J. s., & Choi, M.-J. (2019). Interventions to improve hand hygiene compliance in emergency departments: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 102(4), 394–406. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2019.03.013>

Silva, M. F. C. da. (2021). *Intoxicações em pediatria* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ulisboa.pt/handle/10451/52955>

Silva, M., Smith, J., Oliveira, R., & Costa, L. (2023). Stress and overcrowding as barriers to hand hygiene in emergency departments. *International Journal of Nursing Studies*, 121, 104082. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104082>

Sousa, L., Pereira, C., Lopes, A., Faísca, M., Fortuna, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2020). Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: Estudo qualitativo. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 39–48. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.97>

Sousa, M. (2024). Os serviços de saúde: contextos de formação e aprendizagem. In Néné, M., & Sequeira, C. (2024). *Enfermagem Avançada* (1ªed., pp.157-164). Lidel.

Srigley, J. A., et al. (2015). Education and feedback improve hand hygiene compliance: a systematic review. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 36(11), 1254-1261.

Srigley, J. A., et al. (2019). Hand hygiene compliance in healthcare settings: Factors influencing compliance and strategies for improvement. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 40(12), 1440–1448. <https://doi.org/10.1017/ice.2019.280>

Sunkes, S. C., et al. (2016). Perception of risk and adherence to hand hygiene among healthcare workers: A cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(3), 459–465. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0179>

Teter, J., Millin, M. G., & Bissell, R. (2015). Hand hygiene in emergency medical services. *Prehospital Emergency Care*, 19(2), 313–319. <https://doi.org/10.3109/10903127.2014.967427>

Venkatesh, A. K., Pallin, D. J., Kayden, S., & Schuur, J. D. (2011). Predictors of hand hygiene in the emergency department. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 32(11), 1120–1123. <https://doi.org/10.1086/662374>

Vikke, H. S., et al. (2019a). Compliance with hand hygiene in emergency medical services: An international observational study. *Emergency Medicine Journal*, 0, 1–5. <https://doi.org/10.1136/emered-2018-207872>

Vikke, H. S., Vittinghus, S., Betzer, M., Giebner, M., Kolmos, H. J., Smith, K., Castrén, M., Lindström, V., Mäkinen, M., Harve, H., & Mogensen, C. B. (2019b). Hand hygiene perception and self-reported hand hygiene compliance among emergency medical service providers: A Danish survey. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0587-5>

Vilela, C., Lima, A. & Martins, M. M. (2024). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. In Néné, M., & Sequeira, C. (2024). *Enfermagem Avançada* (1ªed., pp.157-164). Lidel.

Vinanda, F., Wasiyem, W., Andini, S., Syafitri, W., Siregar, S. M., & Pratama, M. R. (2025). Transformational leadership strategies in improving sustainable healthcare. *International Journal of Health, Economics, and Social Sciences (IJHESS)*, 7(1), Article 1. <https://doi.org/10.56338/ijhess.v7i1.6727>

World Health Organization (WHO). (2009). *Guidelines on hand hygiene in health care: First global patient safety challenge clean care is safer care*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>

World Health Organization. (2019). Minimum requirements for infection prevention and control programmes. <https://iris.who.int/handle/10665/330080>

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. <https://iris.who.int/handle/10665/343477>

World Health Organization. (2022). *Infection prevention and control during health care activities*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>

World Health Organization. (2023). Research for hand hygiene in health care 2023–2030: summary. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240073715>

World Health Organization. (2024a). *Global patient safety report 2024* (n.d.). Retrieved July 14, 2024, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458>

World Health Organization. (2024b). *Surveillance of health care-associated infections at national and facility levels: Practical handbook*. World Health Organization.

<https://iris.who.int/handle/10665/379248>

World Health Organization. (2025). *The case for investment and action in infection prevention and control*. <https://doi.org/10.2471/B09330>

Yang, Z., Song, K., Lin, H., Li, C., & Ding, N. (2021). Factors associated with emergency department length of stay in critically ill patients: A single-center retrospective study. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 27, e931286. <https://doi.org/10.12659/MSM.93128>

Yen, M., Smith, J., Lee, K., & Chen, P. (2020). Occupational risks and safety culture among healthcare support workers. *Safety Science*, 124, 104583.

<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.104583>

Zago, D. P. L., Peres, A. M., Sade, P. M. C., Goto, D. Y. N., Almeida, M. de L. de, & Martins, M. M. F. P. da S. (2024). Mapeamento de competências essenciais: Conhecimentos, habilidades e atitudes para gestão em saúde pública. *Saúde em Debate*, 48, e9184.

<https://doi.org/10.1590/2358-289820241429184P>

ANEXOS

Anexo I - Formação “Higienização das mãos e PBCI”



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
NÚCLEO DE FORMAÇÃO DO HOSPITAL DA HORTA

DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que, **Ana Margarida Almeida Teixeira** participou, na formação intitulada: **Higienização das Mãos e PBCI**, que decorreu no dia **17 outubro 2023**, promovida pelo serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, no âmbito da Formação em Serviço, com a duração de **2h**.

Horta, 7 de novembro de 2023

A coordenadora do Núcleo de Formação

Orlanda Goulart André

DECLARAÇÃO N.º **583/2023**

ESTRADA PRÍNCIPE ALBERTO DO MÓNAGO – 9900-038 HORTA
TELEF. 292 201 126 - FAX. 292 201 194
EQUIPA TÉCNICA : ORLANDA.GA.ANDRE@AZORES.GOV.PT
SECRETARIADO : HUGO.FL.BOMBEIRO@AZORES.GOV.PT
NF.IMP.0.92.03



APÊNDICES

Apêndice I - “Protocolo de Comunicação de más notícias”

INSTRUÇÃO OPERACIONAL:

Comunicar más notícias

Registo de elaboração, revisão e aprovação

	Elaboração	Revisão	Aprovação
Nome	Ana Margarida Teixeira		
Cargo	Enfermeira em estágio tutelado		
Assinat./ Rúbrica			

Objetivos

Apresentar o Protocolo SPIKE para comunicação de más notícias:

- Criar um suporte à colheita de dados do doente para transmissão de informações;
- Aumentar a confiança na capacidade de transmissão de más notícias;
- Reduzir o stress;
- Prevenir falhas de comunicação;
- Facilitar o envolvimento do doente e família nas tomadas de decisão.

Âmbito

Profissionais de saúde do SU do HH, EPE

Definições

Definições: “ Más notícias” são informações que afetam de forma negativa a visão da pessoa sobre o seu futuro (Dean & Willis, 2016).

Comummente associada a estados terminais, a má notícia está também associada a outros eventos de vida do doente e família quando o acontecimento produz mudanças significativas, assim, o ato de transmitir más notícias estará presente em algum momento da atuação do profissional de saúde (Lino et al., 2011).

Sendo uma tarefa de comunicação complexa, estão envolvidas diversas habilidades além da componente verbal, pois a forma como as notícias são transmitidas podem afetar a compreensão da mensagem pelo doente/família, a satisfação em relação ao atendimento e o seu nível de esperança e adaptação, além das falhas de comunicação comprometerem o objetivo de compreender as expectativas do doente e o seu envolvimento nos planos para o futuro (Baile et al., 2000).

Torna-se então necessário atender às reações emocionais perante a transmissão de más notícias e lidar com o stress criado pelas expectativas, enquanto se procura igualmente envolver a família no processo, ao mesmo tempo que o portador de más notícias experimenta ele próprio emoções fortes como ansiedade, o peso da responsabilidade e o receio de uma avaliação negativa (Baile et al., 2000).

Não obstante, a tarefa de comunicar más notícias pode ser melhorada compreendendo o processo envolvido e abordando-o como um procedimento por passos, aplicando princípios de comunicação e aconselhamento (Baile et al., 2000).

Lino et al. (2011) referem que devido ao stress que acarreta, a tarefa de transmissão de más notícias é muitas vezes evitada ou transmitida de forma inadequada. Então, o protocolo SPIKES apresenta-se como um modelo de seis passos, sintetizados na tabela 1, para comunicar más notícias, devendo ser considerada a necessidade de ser individualizado e adaptado a cada situação.

Nem todos os episódios de comunicação de más notícias exigirão o cumprimento de todos os passos de SPIKES, mas quando tal acontece, eles devem se seguir um ao outro em sequência (Baile et al., 2000)

INSTRUÇÃO OPERACIONAL:

Comunicar más notícias

Tabela 1- Apresentação dos 6 passos do protocolo SPIKES

Protocolo SPIKES
S – “Setting” - Preparar a entrevista
P – “perception” - Avaliar a percepção da pessoa sobre o problema
I - “Invitation” - Convidar para o diálogo e perceber quanto o recetor deseja saber sobre o problema
K - “knowledge” - Transmitir conhecimento/informação
E - “emotions” - Permitir a expressão de emoções
S – “Strategy and summary” - Organizar estratégias e resumir informações

Tabela 1-Adaptada do projeto de Investigação de Lino et al. (2011)

Metodologia

“Setting”:

- Verificar se o gabinete médico 1 tem cadeiras suficientes para todos os intervenientes se sentarem sem obstáculos entre si;
- Certificar-se de que não será interrompido;
- Realizar uma revisão das notas;
- Confirmar que tem lenços de papel descartáveis para oferecer em caso de emoção;
- Convidar o doente para o gabinete médico 1 e caso seja seu desejo convidar à conversa uma ou duas pessoas significativas, à escolha do doente. Caso não seja possível realizar a conversa no gabinete médico 1, manter as portas do gabinete a utilizar fechadas ou manter as cortinas em redor da unidade do doente fechadas;
- Convidar quem estiver de pé a sentar, sentar-se e manter o contacto visual. Caso o doente esteja recetivo pode-se tocar no antebraço do doente ou segurar a sua mão.

“Perception”:

- Formular perguntas abertas para descobrir a percepção do doente em relação ao problema.

“Invitation”:

- Formular perguntas abertas para perceber quanta informação o doente deseja receber;
- Oferecer-se para responder a quaisquer dúvidas que possam surgir no futuro. É válido oferecer-se para conversar com uma pessoa significativa do doente.

“Knowledge”:

- Iniciar o diálogo com uma frase de aviso de que más notícias virão;
- Comunicar os factos evitando o uso de termos técnicos e adaptar o discurso ao recetor da mensagem;
- Não usar franqueza excessiva;
- Realizar pequenas pausas para confirmar a compreensão da mensagem.

“Emotions”:

- Permitir que o doente expresse as suas emoções;
- Oferecer uma resposta empática às emoções:
 - 1- Observar as emoções;
 - 2- Identificar as emoções;
 - 3- Identificar as razões que despoletaram as emoções;
 - 4- Dar tempo ao doente para expressar os seus sentimentos e dar conhecimento que relacionou a emoção com a razão.

“Strategy and summary”:

- Questionar o doente se está pronto para discutir os planos para o futuro;
- Apresentar as opções para o futuro;

INSTRUÇÃO OPERACIONAL:

Comunicar más notícias

- Confirmar a compreensão, por parte dos recetores da mensagem, do plano que se está a traçar;

(Baile et al., 2000) & (Dean & Willis, 2016)

Bibliografia

- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Dean, A., & Willis, S. (2016). The use of protocol in breaking bad news: evidence and ethos. *International Journal of Palliative Nursing*, 22(6), 265–271. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.6.265>
- Ferraz, M. A. G., Chaves, B. A., Silva, D. P., Jordán, A. de P. W., & Barbosa, L. N. F. (2022). Comunicação de más notícias na perspectiva de médicos oncologistas e paliativistas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 46, e076. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.2-20210458>
- Fisseha, H., Mulugeta, W., Kassu, R. A., Geleta, T., & Desalegn, H. (2020). Perspectives of Protocol Based Breaking Bad News among Medical Patients and Physicians in a Teaching Hospital, Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 30(6), 1017–1026. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v30i6.21>
- Lino, C. A., Augusto, K. L., Oliveira, R. A. S. de, Feitosa, L. B., & Caprara, A. (2011). Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35, 52–57. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000100008>
- Powell, S. (2022). Breaking bad news to patients in the emergency department. *Emergency Nurse: The Journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 30(2), 32–40. <https://doi.org/10.7748/en.2021.e2108>
- Rayan, A., Hussni Al-Ghabeesh, S., & Qarallah, I. (2022). Critical Care Nurses' Attitudes, Roles, and Barriers Regarding Breaking Bad News. *SAGE Open Nursing*, 8, 23779608221090000. <https://doi.org/10.1177/23779608221089999>
- Wahyuni, S., Gautama, M. S. N., & Simamora, T. Y. (2023). A Literature Review of Nurses Challenges and Barriers in Assisting Patients and Families Facing Breaking Bad News. *Indian Journal of Palliative Care*, 29(3), 243–249. <https://doi.org/10.25259/IJPC.128.2023>

INSTRUÇÃO OPERACIONAL:

Comunicar más notícias

Warnock, C. (2014). Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 28(45), 51–58. <https://doi.org/10.7748/ns.28.45.51.e8935>

Apêndice II - “Abordagem ao doente crítico com dor torácica”



Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de
especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica**

2º Ano - 3º Semestre

Abordagem ao doente crítico com dor torácica

Referencial teórico baseado na revisão da literatura sobre EAMCSST, EAMSSST, Angina
Instável

Estágio de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II

Autora: Ana Margarida de Almeida Teixeira (nº 3663)

Outubro 2023

Índice:

Introdução.....	2
Referencial teórico.....	3
Bibliografia.....	7

Introdução:

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica prevê horas de contacto, na tipologia de estágio, em contexto de prática clínica com vista ao desenvolvimento de competências de enfermagem avançada.

Nesse contexto, integro o Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II, no seu primeiro momento, a realizar num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um hospital.

Para a sua execução foram definidos objetivos gerais e objetivos específicos, tal como foram delineadas propostas de actividades à sua concretização.

Um dos objetivos específicos traçados para este momento de estágio foi: “Implementar planos de intervenção, com base na melhor evidência científica, à pessoa com dor torácica no serviço de urgência”.

Atividades propostas para atingir o objetivo específico:

- Realizar revisão da literatura sobre EAMCSST, EAMSSST, Angina Instável;
- Avaliar a pessoa com dor torácica utilizando a abordagem ABCDE;
- Avaliar e abordar focos perante a ativação da Via Verde Coronária;
- Desenvolver competências avançadas no reconhecimento de traçados cardíacos;
- Reconhecer focos de instabilidade e antecipar complicações;
- Atuar de acordo com as normas e protocolos de serviço;
- Implementar respostas apropriadas aos focos de instabilidade;
- Maximizar o controlo de infeção associada aos cuidados de saúde;
- Monitorizar as intervenções e cuidados de enfermagem prestados.

A revisão da literatura tem também como objetivo apresentar novas sugestões ao serviço de Urgência na abordagem ao doente com dor torácica, com base na mais recente evidência científica.

Nesse sentido, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *CINAHL®Complete*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied Health: Comprehensive Edition*, *MedicLatina* e *COCHRANE Library Plus*, com recurso à frase booleana: *acute coronary syndrome AND emergency service, hospital AND chest pain NOT covid*, sendo incluídos estudos sobre adultos, em inglês, português e espanhol.

Foi definido o espaço temporal entre 2021 e 2023, datas posteriores à publicação da última revisão das diretrizes da American Heart Association.

A pesquisa resultou em 68 registos, tendo sido selecionados, após análise de título e resumo, 12 artigos.

Referencial teórico:

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2023), a doença isquêmica cardíaca é a maior causa de morte no mundo, sendo responsável por 16% do total de mortes e com um aumento de mortes de 2 milhões para 8,9 milhões do ano 2000 para o ano 2019.

Também Liu et al. (2021) referiram a doença cardíaca como a principal causa de morte na última década, com um aumento anual do número de doentes. Os autores referiram igualmente, que a dor torácica é a principal queixa e a mais comum no enfarte agudo do miocárdio (EAM) e que esta é também a segunda queixa mais comum em episódios de visita ao serviço de urgência, com cerca de 5 milhões de episódios anuais nos Estados Unidos. Acrescentam ainda que, a falha no diagnóstico preciso de EAM pode levar um atraso no tratamento, aumento do risco de mortalidade e a um aumento dos custos.

A dor torácica é responsável por cerca 10% dos atendimentos em serviços de urgência, com apenas 10 a 20% desses episódios a serem diagnosticados como dor de origem cardíaca. Diferenciar dor torácica causada por isquemia cardíaca, como o síndrome coronário agudo (SCA), requer atenção, uma vez que os doentes se podem apresentar de forma atípica (Lin et al., 2022).

Para idosos, sendo o SCA mais frequente nestes doentes, deve haver um limiar baixo para obtenção de ECG e troponina, devendo ser considerado o SCA quando apresentam dispneia, diaforese, síncope, náuseas, vômitos, alteração do estado mental, fadiga e fraqueza generalizada (McGarry & Shenvi, 2021).

Soluções de longo prazo para estes doentes com SCA precisam ser sistemáticas e de fácil implementação, e sistemas e protocolos devem ser desenvolvidos para criar redes de segurança e evitar diagnósticos perdidos ou atrasados, pois, com o avanço da idade os pacientes são mais propensos a ter outros sintomas além da dor torácica. Além de que, doentes com SCA sem dor torácica apresentam um risco aumentado de diagnóstico tardio e piores resultados. É importante que se compreenda o espectro de sintomas que podem acompanhar a SCA, particularmente dispneia, diaforese, náuseas e vômitos ou síncope. (McGarry & Shenvi, 2021)

A estratificação de risco coronário é recomendada para doentes com dor torácica no serviço de urgência, existindo diversos protocolos traçados como estratégias de classificação binária de exclusão, enquanto outros utilizam a estratificação de risco gradual (Mark et al., 2021)

As abordagens de exclusão ideais, segundo Mark et al. (2021), são as abordagens RISTRA-ACS e HEART, enquanto RISTRA-ACS foi a abordagem de risco gradual com melhor desempenho. Segundo Bylund et al. (2021), a abordagem HEART demonstrou ser igual ou superior a outros sistemas de pontuação, como TIMI ou GRACE.

A abordagem HEART (história, eletrocardiograma, idade, fatores de risco e troponina) é amplamente utilizada na estratificação de risco de doentes com dor torácica nos serviços de urgência (Soares et al., 2021). Ela tenta distinguir doentes de baixo risco que podem receber alta com segurança, de doentes com maior risco de um evento cardíaco maior (MACE) definido

como morte, EAM não fatal ou procedimento de revascularização dentro de seis semanas (Bylund et al., 2021).

A abordagem HEART foi desenvolvida e validada externamente, em ambiente de urgência, para determinar que doentes com dor torácica apresentam maior risco de eventos desfavoráveis (Bylund et al., 2021)

A abordagem HEART auxilia na estratificação de risco, que pode reduzir com segurança as hospitalizações por dor torácica de doentes no serviço de urgência. Ela ajuda na estratificação de risco para estimar a probabilidade de eventos cardíacos adversos maiores dentro de 30 dias em doentes que recorreram ao serviço de urgência por suspeita de SCA (Soares et al., 2021).

No entanto é necessária cautela no uso generalizado do score HEART como único determinante da disposição dos doentes no serviço de urgência, já que abordagem HEART não parece ser suficientemente confiável para determinar uma decisão tão importante quanto a exclusão de dor torácica (Soares et al., 2021).

Segundo Bylund et al. (2021), após a adoção de um protocolo baseado no score HEART, observou-se que as altas em serviço de urgência aumentaram, com uma diminuição correspondente de internamentos para avaliações cardíacas, observando-se igualmente uma diminuição dos custos. Os efeitos foram semelhantes em doentes que se apresentaram sem dor torácica, mas com apresentações relativas à SCA.

Embora a abordagem HEART tenha diminuído as hospitalizações e os testes cardíacos objetivos, ela aumentou o número a altas precoces em jovens e doentes de meia-idade, diferindo nos resultados para adultos mais velhos, em que aumentou o número de testes cardíacos objetivos e a tendência para hospitalizações de idosos. No entanto, segurança e eficácia da abordagem com recurso ao score HEART foi bem demonstrada em estudos anteriores, com bom desempenho nos principais subgrupos de doentes (Ashburn et al., 2022)

Já Juknevičienė et al.(2022), refere que o score HEART, apesar da sua fácil utilização, apresenta discordâncias devido às componentes subjetivas para a estratificação de risco. Refere que o profissional de saúde deve considerar, além do score de estratificação de risco, uma revisão cuidadosa da história clínica e as das alterações inespecíficas do ECG, mesmo com resultados normais de troponina, sugerindo fortemente uma avaliação completa na unidade de dor torácica.

Os testes de biomarcadores com níveis de troponina são essenciais na avaliação inicial da SCA (Wassie et al., 2021).

O complexo troponina desempenha um papel vital na regulação da excitação e contração cardíacas, sendo que, num cenário de EAM, tanto a troponina I quanto a T são libertadas aquando da lesão do músculo cardíaco (Lin et al., 2022).

No entanto, testes convencionais de troponina são limitados devido ao atraso no aumento dos níveis de troponina circulante, exigindo testes repetidos a 6–9 h (Lin et al., 2022).

Com a introdução da troponina de alta sensibilidade é possível obter resultados tão rapidamente quanto dentro de uma a duas horas, podendo assim atenuar o problema da sobrelotação e contribuir para uma alocação mais eficiente de recursos (Lin et al., 2022).

Assim, o recurso a troponina de alta sensibilidade (hsTnI) está associado a um menor tempo até ao diagnóstico e uma identificação mais rápida das pessoas com SCA, devendo ser usada rotineiramente sobre a TnI para uma identificação mais rápida da SCA, com benefícios para os doentes e redução de custos (Lin et al., 2022)

Para doentes com dor torácica emergente, recomenda-se o recurso a um protocolo de 0 hora/1 hora baseado em testes de troponina T cardíaca de alta sensibilidade (hs-cTnT) combinado com a estratificação de risco no diagnóstico de síndrome coronariana aguda (Nilsson et al., 2021).

No entanto, o recurso à troponina de alta sensibilidade poderá trazer novos desafios, com a deteção concentrações elevadas em muitas outras doenças, dificultando a distinção entre verdadeira causa dessa elevação (Juknevičienė et al., 2022).

Ford et al. (2021) indicam no seu estudo que a transição para hs-cTn foi associada a um aumento de permanência em serviço de urgência, diminuição das admissões em internamento e nenhuma alteração substancial na estratificação de risco cardíaco, consulta de cardiologia ou diagnóstico de SCA. Mas que avaliação rápida e precisa dos doentes com dor torácica é fundamental para otimizar o funcionamento dos serviços de urgência, tal como a estratificação adicional de risco cardiovascular.

Também referiu que os testes de troponina de alta sensibilidade (hscTn), têm um elevado nível de precisão ao medir os valores de troponina no percentil 99 (coeficiente de variação <10%), aumentando a precisão diagnóstica em comparação com os testes convencionais de troponina cardíaca (c-cTn), apesar de existir a preocupação de que o aumento da sensibilidade da hs-cTn leve a mais resultados de cTn "falso-positivos", culminando em diagnósticos inadequados de EAM, bem como admissões desnecessárias.

Alguns doentes considerados de baixo risco recebem alta após um único resultado negativo de teste de troponina, sugerindo-se que os doentes recebem alta de forma rotineira após um único teste de troponina alta sensibilidade negativo que, quando comparado com o teste de troponina seriada, um único teste de troponina parece ser seguro com base na tomada de decisão, sem diferença na mortalidade a 30 dias e nas taxas de EAM (Wassie et al., 2021).

Também Barnes et al. (2021), referem que para doentes de baixo risco, com provável SCA, uma via que englobe uma alta precoce baseada num único nível muito baixo de troponina cardíaca de alta sensibilidade, aumenta a proporção de pacientes que recebem alta e reduz o tempo de internamento e é segura.

Nilsson et al. (2021) referem que a combinação da abordagem HEART com um protocolo hs-cTnT de 0 hora/1 hora permite a exclusão segura e precoce de um grande número de doentes com dor torácica no serviço de urgência.

Conclusão:

Tendo em conta a análise aos estudos selecionados, sugere-se o desenvolvimento de protocolos de diagnóstico acelerado com estratificação de risco e a implementação de protocolo de troponina de alta sensibilidade, de forma a diminuir com segurança o tempo de permanência em serviço de urgência, a taxa de hospitalização, o tempo de internamento hospitalar e o custo relativo a doentes com dor torácica no serviço de urgência.

Bibliografia:

- Liu, T.-Y., Tsai, M.-T., Chen, F.-C., Pan, H.-Y., Huang, J.-B., Cheng, F.-J., & Cheng, C.-Y. (2021). Impact of coronary risk scores on disposition decision in emergency patients with chest pain. *The American Journal of Emergency Medicine*, 48, 165–169. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.04.029>
- Soares, W. E., 3rd, Knee, A., Gemme, S. R., Hambrecht, R., Dybas, S., Poronsky, K. E., Mader, S. C., & Mader, T. J. (2021). A Prospective Evaluation of Clinical HEART Score Agreement, Accuracy, and Adherence in Emergency Department Chest Pain Patients. *Annals of Emergency Medicine*, 78(2), 231–241. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2021.03.024>
- Lin, Z., Cardelli, P., Marino, R., Lim, S. H., & Di Somma, S. (2022). Advantage of Using of High-Sensitivity Troponin I Compared to Conventional Troponin I in Shortening Time to Rule out/in Acute Coronary Syndrome in Chest Pain Patients Presenting to the Emergency Department. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 58(10). <https://doi.org/10.3390/medicina58101391>
- Ashburn, N. P., Snively, A. C., Paradee, B. E., O'Neill, J. C., Stopyra, J. P., & Mahler, S. A. (2022). Age differences in the safety and effectiveness of the HEART Pathway accelerated diagnostic protocol for acute chest pain. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(8), 2246–2257. <https://doi.org/10.1111/jgs.17777>
- Steiro, O.-T., Aakre, K. M., Tjora, H. L., Bjørneklett, R. O., Skadberg, Ø., Bonarjee, V. V. S., Mjelva, Ø. R., Omeland, T., Vikenes, K., & Langørgen, J. (2022). Association between symptoms and risk of non-ST segment elevation myocardial infarction according to age and sex in patients admitted to the emergency department with suspected acute coronary syndrome: a single-centre retrospective cohort study. *BMJ Open*, 12(5), e054185. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054185>
- García, A., Miota, N., Miró, Ò., López-Ayala, P., López-Barbeito, B., Strebel, I., Xipell, C., Fuenzalida, C., Martínez-Nadal, G., Boeddinghaus, J., Nestelberger, T., Twerenbold, R., Mueller, C., & Coll-Vinent, B. (2022). Association between troponin and outcome in patients with chest pain and rapid atrial fibrillation: a retrospective study of a single-center 10-year cohort. *European Journal of Emergency Medicine : Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*, 29(6), 404–412. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000945>

- Bunney, G., Sundaram, V., Graber-Naidich, A., Miller, K., Brown, I., McCoy, A. B., Freeze, B., Berger, D., Wright, A., & Yiadom, M. Y. A. B. (2023). Beyond chest pain: Incremental value of other variables to identify patients for an early ECG. *The American Journal of Emergency Medicine*, 67, 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2023.01.054>
- Díaz-Betancur, J. S., Martínez, J. M., Zapata, J. G., & Marín-Orozco, I. (2021). Chest pain and acute coronary syndrome in octogenarians admitted to the Emergency Department. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(8), 2213–2221. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01737-3>
- Juknevičienė, R., Juknevičius, V., Jasiūnas, E., Raščiūtė, B., Barysienė, J., Matačiūnas, M., Vitkus, D., Laucevičius, A., & Šerpytis, P. (2022). Chest pain in the emergency department: From score to core-A prospective clinical study. *Medicine*, 101(29), e29579. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000029579>
- Spiegel, R., Sutherland, M., Brown, R., Honasoge, A., & Witting, M. (2021). Clinically relevant adverse cardiovascular events in intermediate heart score patients admitted to the hospital following a negative emergency department evaluation. *The American Journal of Emergency Medicine*, 46, 469–475. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.10.065>
- Hrecko, J., Dokoupil, J., & Pudil, R. (2022). Comparison of six decision aid rules for diagnosis of acute myocardial infarction in elderly patients presenting to the emergency department with acute chest pain. *Bratislavské Lekárske Listy*, 123(4), 282–290. https://doi.org/10.4149/BLL_2022_045
- Nilsson, T., Johannesson, E., Lundager Forberg, J., Mokhtari, A., & Ekelund, U. (2021). Diagnostic accuracy of the HEART Pathway and EDACS-ADP when combined with a 0-hour/1-hour hs-cTnT protocol for assessment of acute chest pain patients. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 38(11), 808–813. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2020-210833>
- Sattayaraksa, A., Ananchaisarp, T., Vichitkunakorn, P., Chichareon, P., & Tantarattanapong, S. (2023). Diagnostic Performance of a Mnemonic for Warning Symptoms in Predicting Acute Coronary Syndrome Diagnosis: A Retrospective Cross-Sectional Study. *International Journal of Public Health*, 68, 1606115. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1606115>
- Bylund, W. E., Cole, P. M., Lloyd, M. L., Mercer, A. A., Osit, A. K., Hussain, S. W., Lawrence, M. W., & Gaspary, M. J. (2021). Effect of Implementation of HEART Chest Pain Protocol on Emergency

Department Disposition, Testing and Cost. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 22(2), 308–318. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.9.48903>

Miró, Ò., Martínez-Nadal, G., García, A., López-Barbeito, B., Carbó, M., Placer, A., Repullo, D., Bragulat, E., Sánchez, M., & Coll-Vinent, B. (2022). Factors associated with erroneous emergency department noncardiac chest pain classifications in men and women. *Emergencias : Revista de La Sociedad Espanola de Medicina de Emergencias*, 34(4), 268–274.

Musey, P. I., Jr, Bellolio, F., Upadhye, S., Chang, A. M., Diercks, D. B., Gottlieb, M., Hess, E. P., Kontos, M. C., Mumma, B. E., Probst, M. A., Stahl, J. H., Stopyra, J. P., Kline, J. A., & Carpenter, C. R. (2021). Guidelines for reasonable and appropriate care in the emergency department (GRACE): Recurrent, low-risk chest pain in the emergency department. *Academic Emergency Medicine : Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 28(7), 718–744. <https://doi.org/10.1111/acem.14296>

McGarry, M., & Shenvi, C. L. (2021). Identification of Acute Coronary Syndrome in the Elderly. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 39(2), 339–346. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2020.12.003>

Ford, J. S., Chaco, E., Tancredi, D. J., & Mumma, B. E. (2021). Impact of high-sensitivity cardiac troponin implementation on emergency department length of stay, testing, admissions, and diagnoses. *The American Journal of Emergency Medicine*, 45, 54–60. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.02.021>

Mark, D. G., Huang, J., Kene, M. V., Sax, D. R., Cotton, D. M., Lin, J. S., Bouvet, S. C., Chettipally, U. K., Anderson, M. L., McLachlan, I. D., Simon, L. E., Shan, J., Rauchwerger, A. S., Vinson, D. R., Ballard, D. W., & Reed, M. E. (2021). Prospective Validation and Comparative Analysis of Coronary Risk Stratification Strategies Among Emergency Department Patients With Chest Pain. *Journal of the American Heart Association*, 10(7), e020082. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.020082>

O'Rielly, C. M., Harrison, T. G., Andruchow, J. E., Ronksley, P. E., Sajobi, T., Robertson, H. L., Lorenzetti, D., & McRae, A. D. (2023). Risk Scores for Clinical Risk Stratification of Emergency Department Patients With Chest Pain but No Acute Myocardial Infarction: A Systematic Review. *The Canadian Journal of Cardiology*, 39(3), 304–310. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2022.12.028>

Barnes, C., Fatovich, D. M., Macdonald, S. P. J., Alcock, R. F., Spiro, J. R., Briffa, T. G., Schultz, C. J., & Hillis, G. S. (2021). Single high-sensitivity troponin levels to assess patients with potential acute coronary syndromes. *Heart (British Cardiac Society)*, 107(9), 721–727. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2020-317997>

Wassie, M., Lee, M.-S., Sun, B. C., Wu, Y.-L., Baecker, A. S., Redberg, R. F., Ferencik, M., Shen, E., Musigdilok, V., & Sharp, A. L. (2021). Single vs Serial Measurements of Cardiac Troponin Level in the Evaluation of Patients in the Emergency Department With Suspected Acute Myocardial Infarction. *JAMA Network Open*, 4(2), e2037930. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.37930>

Kumar, R., Bhasin, D., & Isser, H. S. (2021). Typical chest pain and an ominous ECG. *Heart (British Cardiac Society)*, 107(5), 380–432. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2020-318570>

Bylund, W. E., Cole, P. M., Lloyd, M. L., Mercer, A. A., Osit, A. K., Hussain, S. W., Lawrence, M. W., & Gaspary, M. J. (2021). Effect of Implementation of HEART Chest Pain Protocol on Emergency Department Disposition, Testing and Cost. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 22(2), 308–318. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.9.48903>

The top 10 causes of death. (n.d.). Retrieved November 9, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Apêndice III - Panfleto educativo “5 momentos para a Higiene das mãos”

DESAFIOS DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere existir uma crescente preocupação a nível internacional relacionada com o dano causado ao doente, consequente da prestação de cuidados de saúde (2021). Definuiu como uma prioridade global a segurança do doente e a prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade: criou a “Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care”.

Uma das Metas da OMS adaptadas no Plano Nacional da Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, é a adesão de 95% das Unidades de Saúde ao 1º dos 5 momentos para higienização das mãos.

O PPCIRA tem até 2026, a meta de taxa de adesão igual ou superior a 90% para o 1º dos 5 momentos da higienização das mãos.



Fonte das imagens: Google Imagens (atualizado 2023)

ESS+

Escola Superior de Saúde Norte

Centro de Formação e Investigação

Elaborado por: Enlª Ana Vitorino, Professora Catedrática de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II. Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

2023

OS 5 MOMENTOS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

1º Momento: Antes do contato com o doente
QUANDO? Antes de tocarmos no doente, enquanto nos aproximamos dele.
PORQUÊ? Para protegermos o doente dos microrganismos que transportamos nas nossas mãos.

2º Momento: Antes dos procedimentos limpos ou assépticos
QUANDO? Antes qualquer procedimento

envolvente o contacto direto ou indireto com mucosas, pele com solução continuidade, dispositivo médico invasivo ou equipamentos. Inclui preparação e administração de fármacos e preparação e manipulação de refeições.
PORQUÊ? Para proteger o doente de microrganismos que transportamos nas mãos e dos da sua própria flora.

3º Momento: Após risco de exposição a fluidos orgânicos
QUANDO? Após qualquer procedimento que real ou potencialmente envolva a exposição das mãos a um fluido orgânico (mesmo após remoção das luvas).
PORQUÊ? Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.



4º Momento: Após contato com o doente
QUANDO? Imediatamente após ter contactado com um doente, quando deixa o ambiente envolvente do mesmo.

PORQUÊ? Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.

5º Momento: Após contato com o ambiente envolvente
QUANDO? Quando o profissional de saúde abandona o ambiente envolvente do doente após ter tocado em equipamento, pertences pessoais ou outras superfícies, mesmo sem ter tocado no doente.
PORQUÊ? Para proteger o profissional e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.

Técnicas de higienização das mãos mais utilizadas em Serviço de Urgência:

FRICÇÃO ANTISSEPTICA

- Aplicação de um antisséptico de base alcoólica para fricção das mãos
- Técnica aplicada antes de procedimentos limpos/assépticos
- Tempo de Execução da técnica :Cerca 20-30 s



Fonte:

LAVAGEM

- **Higiene das mãos com água e sabão:**
- Mãos visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica;
- Após prestação de cuidados a doentes com *Clostridium difficile*;
- Antes e após as refeições;
- Após usar WC;
- Tempo de execução da técnica: Cerca de 40-60 s.



Fonte das imagens: Google Imagens (atualizado 2023)

