



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Rastreio ativo do *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA): Para uma Enfermagem Promotora da Segurança do Doente

Cândida Auxiliadora Ribeiro da Silva

Orientação: Professora Maria Antónia Rasa Correia da Costa

Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Área de especialização: Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Rastreio ativo do *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA): Para uma Enfermagem Promotora da Segurança do Doente

Cândida Auxiliadora Ribeiro da Silva

Orientação: Professora Maria Antónia Rasa Correia da Costa

Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Área de especialização: Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

'O que fazemos para nós mesmos morre connosco. O que fazemos para os outros e para o mundo, permanece e é imortal.'
(Albert Pine)

AGRADECIMENTOS

O *terminus* desta caminhada marca uma etapa importante da minha vida. É o culminar de todo um percurso feito com sorrisos e lágrimas. E sem apoio daqueles que me acompanharam, isto não seria possível, como tal, não posso encerrar este capítulo sem agradecer:

À professora Antónia pela sua compreensão e orientação ao longo deste caminho, pelo seu *feedback*, encorajamento e persistência que foram alicerces fundamentais para esta conclusão;

Aos enfermeiros orientadores e a toda a equipa multidisciplinar do serviço de medicina intensiva e urgência geral, pelo acolhimento, disponibilidade e pela transmissão de saberes ao longo desta caminhada;

Aos meus colegas de trabalho, aos colegas da especialidade e à grande família do CNE (Agrup. 415) pela força, pelos ensinamentos, pelos momentos de descontração;

Aos meus amigos Paula Silva, Tânia, Tininha, Nara, Verita, Soeiro e Felgar por nunca deixarem a minha mão, por estarem em todos os momentos, principalmente nos momentos menos bons, por me relembrares a todo o instante o meu propósito, por respeitarem o meu tempo e acima de tudo pela vossa verdadeira amizade;

A toda a minha família pela compreensão, em especial aos meus pais e ao meu irmão que são a minha essência, o meu verdadeiro apoio. Vocês são exemplo de resiliência. Peço desculpa pelos momentos de stress e ausência, apesar de não compreenderem bem esta responsabilidade, mas este feito é para vocês;

E claro!! Aos meus filhos, Santiago e João Pedro, que são tão finalistas quanto eu nesta árdua caminhada! Desculpem os períodos de ausência, vocês são os meus diamantes em estado bruto, são âncoras e a minha razão de viver! Amo-vos imensamente!

A todos o meu sincero Obrigado!!

RESUMO

Introdução: O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório, integrado no plano de Estudos do 6º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem.

Objetivo: Realizar uma análise reflexiva sobre o processo formativo desenvolvido ao longo dos estágios e a sua importância no desenvolvimento e aquisição de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Na Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem.

Metodologia: Para a elaboração do presente relatório recorreu-se a uma metodologia reflexiva, onde são descritas e analisadas criticamente, as atividades desenvolvidas, ao longo dos Estágio I e Estágio Final. A realização do projeto de intervenção profissional foi desenvolvida de acordo com a Metodologia de Projeto.

Resultados: O presente relatório final revela de que forma foram adquiridas e desenvolvidas as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem. O projeto de intervenção profissional proporcionou um conjunto de propostas de melhoria contínua a ser implementadas, através da implementação do rastreio do *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina, no Serviço de Urgência.

Conclusão: No presente relatório foram abordadas as experiências vivenciadas ao longo dos Estágio I e Estágio Final, com maior incidência nas relações interpessoais, nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, na prevenção e controlo de infeção, finalizando com uma análise crítico reflexiva sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem, tendo sido considerados atingidos os objetivos definidos.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina, Qualidade e Segurança.

ABSTRACT

Introduction: This internship report is a part of the Curricular Unit, integrated in the study plan of the 6th Master's Degree in Association Nursing, in the area of Specialization in Medical-Surgical Nursing – The Person in Critical Care and Master in Nursing.

Objective: execute a reflective analysis about clinical experience throughout internships and its importance in the development and acquisition of Common and Specific Skills for Specialist Nurses in Medical-Surgical Nursing – In the Person in Critical Situation and Master in Nursing.

Methodology: For the elaboration of this report, a reflective methodology was used, where the activities developed during the internship I and Final internship are described and critically analysed. The professional intervention project was developed according to the Project Methodology.

Results: The current final report reveals how the competencies of a Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in Critical Situations and a Master of Nursing were acquired and developed. The professional intervention project has generated a set of continuous improvement proposals to be implemented through the introduction of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* screening in the Emergency Department.

Conclusion: In this report, the experiences lived throughout internship I and the Final internship's were addressed, with greater incidence in interpersonal relationships, in nursing care for the person in critical situation, in the prevention and control of infection, ending with a critical and reflective analysis on the process of acquisition and development of common and specific competences of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the Person in Critical Situation and Master in Nursing, having been considered achieved the defined objectives.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Person in Critical Situation; Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*; Quality and Safety.

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Expose/Environment*

ADR – Atendimento do Doente Respiratório

AO – Assistente Operacional

APA – *American Psychological Association*

APECE – Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomatoterapia

AR – Assembleia da República

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CAM-ICU – *Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit*

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

CHE – Centro Hospitalar E

CHU – Centro Hospitalar U

CHULC – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

CPOT – Critical-care Pain Observation Tool

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção-Geral de Saúde

ECD – Exames complementares de diagnóstico

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

eCPR – *Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation*

ECMO – *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

EE – Enfermeiro Especialista

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EF – Estágio Final

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EPE – Entidade Público Empresarial

EOT – Entubação Orotraqueal

ESS/IPS – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

GCLPPCIRA – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

GPT – Grupo Português de Triagem

GPTF – Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas/UPP

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MCTES – Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

MP – Metodologia Projeto

MRSA – *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina

MS – Ministério da Saúde

MSSA – *Staphylococcus aureus* sensível à Meticilina

n.º – Número

NAS – *Nurse Activities Score*

NEWS – *Nine Equivalents Of Nursing Manpower Use*

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nurse*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ITLS – *International Trauma Life Support*

ISBAR – *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

DGS – Direção-Geral de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade Cuidados Intensivos

p. – Página

pp. – Páginas

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PBE – Prática Baseada na Evidência

PBVT – Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

PIP – Projeto de Intervenção Profissional

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

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

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PRISMA – *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyse*

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS – *Richmond Agitation Sedation Scale*

RENDA – Registo Nacional de não Dadores

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SA – *Staphylococcus aureus*

SABA – Solução Antiséptica de Base Alcóolica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPIKES – *Setting up; Perception; Invitation; Knowledge; Emotion e Empathy; Strategy e Summary*

ST – Sala de Tratamentos

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SO – Sala de Observação

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

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

TSFR – Técnica de Substituição da Função Renal

UC – Unidade Curricular

UE – Universidade de Évora

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

UPP – Úlceras por Pressão

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	18
1.1. MODELO DE CONSERVAÇÃO – MYRA ESTRIN LEVINE	18
1.2. INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE, QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS	23
1.3. <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> RESISTENTE À METICILINA NO DOENTE CRÍTICO	25
1.3.1. Prevenção da transmissão e processo de descolonização de doentes com MRSA	28
2. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	32
2.1. ESTÁGIO I	32
2.1.1. Instituição Hospitalar	32
2.1.2. Serviço de Medicina Intensiva	33
2.1.3. Estrutura, recursos físicos e recursos materiais	34
2.1.4. Recursos humanos	34
2.1.5. Análise de gestão e produção de cuidados	35
2.2. ESTÁGIO FINAL	36
2.2.1. Instituição Hospitalar	36
2.2.2. Serviço de Urgência Geral	36
2.2.2. Estrutura, recursos físicos e recursos materiais	38
2.2.3. Recursos Humanos	39
2.2.4. Análise de gestão e produção de cuidados	40
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	43
3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	44
3.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	49
3.3. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO	50
3.4. AVALIAÇÃO	59
3.5. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	63
4. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	65
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	66
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	81
CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES	105
ANEXOS	184

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1 – Mapa representativo da percentagem de casos de MRSA isolados, por país, União Europeia (UE), 2020	26
Fig. 2 – Tabela representativa de casos de MRSA isolados, por país, União Europeia (UE), 2020	27
Fig. 3 – Tabela representativa sobre agentes patogénicos isolados em UCI	27
Fig. 4 – Amostras positivas de MRSA isoladas no CHE durante 2018-2021	46
Fig. 5 – Diagramas Primas das Plataformas EBSCOhost e ClinicalKey	54

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Tabela sintetizadora dos conceitos do Modelo da Conservação	22
Tabela 2 – Análise SWOT	47
Tabela 3 – Indicadores de qualidade rastreio MRSA no SUMC.....	51
Tabela 4 – Tabela avaliação das sessões	62

ÍNDICE DE APÊNDICE

APÊNDICE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	106
APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO PRÉ-DIAGNÓSTICO	123
APÊNDICE III – RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO PRÉ-DIAGNÓSTICO	130
APÊNDICE IV – RESUMO DO ARTIGO E QUADRO SINTETIZADOR DA PESQUISA	137
APÊNDICE V – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DAS FORMAÇÕES.....	143
APÊNDICE VI – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	145
APÊNDICE VII – APRESENTAÇÃO DE DIAPOSITIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO SOB O TEMA “RASTREIO ATIVO DO <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> RESISTENTE À METICILINA (MRSA): PARA UMA ENFERMAGEM PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE”	147
APÊNDICE VIII – FOLHA DE CONTROLO PARA PESQUISA DE PORTADORES DE MRSA	159
APÊNDICE IX – SINALÉTICA ISOLAMENTO PREVENTIVO	161
APÊNDICE X – SINALÉTICA ISOLAMENTO CONTATO	163
APÊNDICE XI – ORGANIZAÇÃO DOSSIER FÍSICO MRSA.....	165
APÊNDICE XII – FOLHETO INFORMATIVO SOBRE MRSA	167
APÊNDICE XIII – POSTER SOBRE RASTREIO ATIVO DO MRSA.....	170
APÊNDICE XIV – PROCEDIMENTO INTERNO SOBRE RASTREIO MRSA NO SUMC.....	172
APÊNDICE XV – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	177

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – PARTICIPAÇÃO CONGRESSO NACIONAL DE ESTOMATERAPIA 2023	185
ANEXO II – PARTICIPAÇÃO NO WORKSHOP “GESTÃO DE RECURSOS” NO CONGRESSO APECE	187
ANEXO III – FORMAÇÃO SOBRE VNI: PARÂMETROS, MODOS E MODALIDADES VENTILATÓRIAS	189
ANEXO IV – FORMAÇÃO SOBRE TERAPIA POR ALTO FLUXO	191
ANEXO V – PARTICIPAÇÃO NO SEMINÁRIO DO DOENTE CRÍTICO CUF 2023.....	193
ANEXO VI – CERTIFICADO ITLS	195
ANEXO VII – PARTICIPAÇÃO NO III CICLO DE WEBINARES DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM 2023	197
ANEXO VIII – PERLECTORA DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “RASTREIO ATIVO DO STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE À METICILINA (MRSA): PARA UMA ENFERMAGEM PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE”.....	199
ANEXO IX – PARTICIPAÇÃO NO 1º CONGRESSO DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 2022.....	201
ANEXO X – PARTICIPAÇÃO NAS VII JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA.....	203
ANEXO XI – VOTO DE LOUVOR CONCEBIDO PELA OE	205

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório, integrado no plano de Estudos do 6º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) – A Pessoa em Situação Crítica (PSC), a decorrer na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), no ano letivo 2022/2023.

Neste documento, descrevemos as atividades realizadas e o processo de formação durante o Estágio I e o Estágio Final (EF). Essas atividades foram cuidadosamente planeadas com o objetivo de adquirir e aprimorar as competências delineadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE): Competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) (OE, 2019), competências específicas do EEEMC-PSC (OE, 2019) e as competências de Mestre em Enfermagem (Universidade de Évora [UE], 2015).

Durante o nosso percurso formativo, integramos um conjunto de documentos basilares para a prática de Enfermagem, nomeadamente, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Ministério da Saúde [MS], 1996), o Código Deontológico (Assembleia da República [AR], 2015), as competências comuns e específicas do EEEMC-PSC e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2017).

De acordo com a OE, o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2019, p. 4744), sendo que o EEEMC-PSC é aquele que presta cuidados à pessoa “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p. 19362). Assim, o EEEMC tem o dever de conceber, implementar e avaliar planos de intervenção, respondendo às necessidades da pessoa/família alvo dos seus cuidados, de forma a detetar precocemente e estabilizar perante situações que necessitem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo possíveis complicações e eventos adversos, e promover a saúde e prevenção da doença nos vários contextos de ação (OE, 2017).

Neste sentido, surge a necessidade da implementação de um Projeto de Intervenção Profissional (PIP), com recurso à Metodologia Projeto (MP), onde identificamos um problema, no local onde foi realizado o EF, implementamos estratégias e intervenções eficientes para o resolver, conforme consta no Apêndice I (Ruivo et al, 2010). Constatou-se a necessidade de implementar o rastreio do *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA), sendo uma necessidade institucional atual e por se manter uma problemática à escala mundial, com repercussões gravosas na taxa de morbilidade, mortalidade e custos em saúde (Gonçalves & Carmo, 2022). Tendo em conta a complexidade dos cuidados e a necessidade de implementação de várias medidas invasivas, faz parte das competências específicas do EEEMC-PSC a procura da excelência do cuidado, maximizando a prevenção e o controlo de infeção (OE, 2017).

Este relatório baseia-se no Modelo de Conservação, de Myra Levine e recorre às ciências, como a psicologia, sociologia e fisiologia para analisar as diversas práticas e descrever determinadas competências de enfermagem, apresentando a pessoa doente como centro dos cuidados de saúde e útil para a pessoa saudável na promoção da saúde (Tomey & Alligood, 2004).

Estabelecemos como objetivo geral: Realizar uma análise reflexiva sobre o processo formativo desenvolvido ao longo dos estágios e a sua importância no desenvolvimento e aquisição de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Na Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem. E como objetivos específicos delineámos:

1. Descrever a apreciação dos contextos clínicos das UC Estágio I e Estágio Final;
2. Relatar o processo de desenvolvimento do PIP;
3. Fundamentar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

Posto isto, o relatório encontra-se estruturado em 4 grandes capítulos: Iniciamos com a presente introdução, onde realizamos o enquadramento do relatório, apresentamos os objetivos e a estruturação do mesmo; seguidamente concretizamos o enquadramento conceptual e teórico sobre a temática em questão; abordamos os contextos clínicos onde foram realizados os estágios; expomos o PIP tendo em conta a MP; Apresentamos a reflexão sobre a aquisição das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC e Mestre em Enfermagem; realizamos uma conclusão e reflexão sobre o relatório e do percurso realizado, e por último explanamos as referências bibliográficas e eletrónicas, bem como a apresentação dos apêndices e anexos utilizados para a sua conceção.

Este relatório encontra-se redigido segundo o novo acordo ortográfico português, à exceção das citações diretas de autores, onde é mantida a redação original dos autores e cumpre as normas de elaboração de trabalhos escritos do Instituto Politécnico de Portalegre (Arco et al, 2018). Segue igualmente as normas de citação e referência bibliográfica da *American Psychological Association* (APA) 7ª edição (APA, 2020).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

A história da enfermagem profissional começou com Florence Nightingale durante a guerra da Crimeia, através da organização e do cuidar dos feridos. A passagem da vocação para a profissão, baseou-se em várias etapas, em busca do conhecimento substancial no qual se baseasse a prática da enfermagem. A visão e a fundação de escolas de enfermagem marcam o nascimento da enfermagem moderna. À medida que as enfermeiras procuravam formação diferenciada, começou a emergir a era da investigação, chegando ao consenso de que a investigação era o caminho para o novo conhecimento (Tomey & Alligood, 2004).

Ao longo das últimas décadas, muito se tem escrito e desenvolvido sobre a enfermagem enquanto profissão. O compromisso com a prática baseada na teoria é benéfico para o doente, porque promove uma perspetiva sistemática e inteligente da prática de enfermagem. Sendo que, para a profissão é uma forma de reconhecimento do contributo dos cuidados de saúde prestados à sociedade, potenciando o respeito enquanto disciplina, fomentando o raciocínio, o pensamento crítico e a tomada de decisão na prática de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

A prestação dos cuidados de enfermagem, enquanto profissão, centra-se numa relação de cuidado entre o Enfermeiro e a pessoa, grupo ou comunidade, onde é da inteira responsabilidade do enfermeiro garantir a proteção da vida humana, no sentido de promover, defender e ajudar a resolver ou minimizar os problemas de saúde (Deodato, 2008).

As teorias de enfermagem conduzem a uma visão específica da enfermagem, fornecem indicações para a prática, levando assim à investigação (Tomey & Alligood, 2004).

Assim, neste capítulo será abordado o Modelo da Conservação da teórica Myra Levine, a infeção associada aos cuidados de saúde, qualidade e segurança dos cuidados e o MRSA no doente crítico.

1.1. MODELO DE CONSERVAÇÃO – MYRA ESTRIN LEVINE

A Enfermagem tem sido praticada há mais de um século e tem havido um desenvolvimento nas teorias de enfermagem que levou ao reconhecimento da Enfermagem enquanto disciplina

académica com grande base de sustentação. De acordo com Florence Nightingale, os conhecimentos na enfermagem diferenciavam-se dos conhecimentos da medicina, na medida em que é função específica do enfermeiro otimizar o estado do doente, garantindo que este se encontre nas melhores condições para que a natureza possa atuar sobre ele. Ou seja, a prática da enfermagem era fundamentada no entendimento das necessidades individuais das pessoas, de acordo com ambiente que as cercava. (Tomey & Alligood, 2004).

Como base de sustentação para a realização deste relatório, pareceu-nos mais adequado recorrer à teórica Myra Levine, através do Modelo da Conservação, uma vez que centra os cuidados de enfermagem na adaptação e reação da pessoa à doença, através de um processo dinâmico e intencional (Flório & Galvão, 2003).

O Modelo da Conservação é um modelo conceptual de enfermagem assente em 3 teorias: Conservação, Redundância e Intenção terapêutica. Este modelo baseia-se na premissa de que o homem é composto por várias partes ou subsistemas e que todos juntos, são mais e diferentes que a soma das partes. E estabelece como metaparadigmas – pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004):

- Pessoa – Ser holístico, visto como um todo, dinâmica e em constante interação e adaptação com ambiente – É o centro das atividades de enfermagem;
- Doença e saúde – Condições que geram respostas a nível sistémico da pessoa no meio ambiente. A saúde é determinada pela capacidade de funcionar de forma razoável, sendo pré-definido por grupos sociais e não apenas pela ausência de processos patológicos.
- Ambiente – Onde a pessoa está constante e ativamente envolvida.
- Cuidados de Enfermagem – Cuidados prestados a todas as pessoas, saudáveis ou doentes, com base no comportamento singular do doente, com competências técnicas e adaptadas.

Assim, desenvolveu o modelo da conservação com recurso aos princípios da conservação, que se caracteriza pela disponibilidade de respostas adaptativas quando a estabilidade se encontra ameaçada. E a enfermeira participa ativamente no ambiente de cada pessoa, ajusta e apoia o doente na adaptação à doença sempre que esta esteja no estadió difícil (Tomey & Alligood, 2004).

O Modelo da Conservação respeita três conceitos principais: A **totalidade**, a **adaptação** e a **conservação**. De acordo com Levine, cada pessoa tem formas adaptativas que variam de acordo com a hereditariedade, idade, sexo ou experiências quando vivencia uma doença. As respostas poderão ser idênticas em várias pessoas, mas o tempo e a manifestação dependem da pessoa, sendo este um ser único e individual. Este modelo orienta o enfermeiro a focalizar as suas ações nas respostas do organismo (Petiprin, 2023).

A **totalidade** ocorre quando a interação da pessoa com o ambiente permite garantir a integridade, ou seja, a unicidade individual, enfatizando a resposta singular integrada às mudanças ambientais. A totalidade é promovida pelo uso do princípio da conservação. E a conservação é o produto da adaptação (Tomey & Alligood, 2004; Petiprin, 2023).

A **adaptação** é um processo de mudança contínuo, onde a pessoa consegue manter a sua integridade, sempre que permanecer dentro da realidade do seu ambiente. Para a teórica, não existe inadaptabilidade, existe sim uma questão de gradação, e não um processo de “tudo ou nada”. E para tal, existem 3 características de adaptação: historicidade, especificidade e redundância, ou seja, cada pessoa possui padrões de respostas para assegurar o sucesso nas atividades essenciais da vida, demonstrando que a adaptação é histórica e específica. E a redundância são outras opções de resposta individuais disponíveis para garantir a adaptação da pessoa, por exemplo, a própria idade pode ser consequência da redundância falhada dos problemas fisiológicos e psicológicos (Tomey & Alligood, 2004).

A **conservação** descreve a forma como os sistemas complexos se mantêm funcionais mesmo quando são gravemente desafiados, ou seja, através da conservação, a pessoa consegue ultrapassar obstáculos e adaptar-se consoante as circunstâncias, mantendo a sua singularidade. O objetivo da conservação é a saúde e a força para lidar com a incapacidade. E para isso contempla 4 aspetos: conservação da **energia**, a conservação da **integridade estrutural**; a conservação da **integridade pessoal** e a conservação da **integridade social**. A conservação da energia reporta-se ao equilíbrio da energia que entra e sai do organismo de forma a combater a fadiga, através da adoção de várias estratégias como do descanso, nutrição adequada e realização de exercício físico. A conservação de integridade estrutural alude à manutenção ou restauração do corpo físico e a promoção bem-estar físico. A conservação da integridade pessoal refere-se à necessidade da pessoa no reconhecimento, respeito, autoconsciência e autodeterminação. Por fim na conservação da integridade social, remete-nos às interações da pessoa com a família, comunidade/grupo religioso (Tomey & Alligood, 2004; Petiprin, 2023). De acordo com a teoria, o objetivo da enfermagem é promover a totalidade, tendo em conta que cada pessoa necessita de um conjunto de atividades para alcançar essa totalidade. A integridade individual da pessoa é o ponto principal e é responsabilidade do enfermeiro auxiliar e defender a realização dessa integridade (Petiprin, 2023).

Para além dos três principais conceitos, o **Ambiente** é igualmente focado pela teórica, uma vez que cada pessoa é influenciada pelo seu próprio ambiente, interno e externo, e os enfermeiros devem relacionar o ambiente interno com os aspetos fisiológicos e fisiopatológicos. Para relacionar o ambiente, esta sugere três níveis: **perceptual**, **operacional** e **conceptual**. O nível perceptual são os aspetos do mundo que o indivíduo consegue intercepar, interpretar através dos órgãos dos sentidos. Apesar de não ser possível compreender diretamente, o nível operacional

contém aspetos que afetam fisicamente a pessoa, nomeadamente, os microrganismos. No nível conceptual, o ambiente é constituído por padrões culturais, espirituais, mediados pelos símbolos da linguagem, pensamento e história (Tomey & Alligood, 2004).

A capacidade de adaptação da pessoa às condições ambientais, nomeadamente na presença de doença é explicada em 4 níveis de resposta: (1) **Luta ou Fuga**, (2) **Resposta inflamatória**, (3) **Resposta ao stress** e (4) **Consciência percetual**, e o enfermeiro deve centrar-se na gestão dessas respostas. Relativamente ao primeiro nível, a luta ou fuga é a resposta inicial quando a pessoa se vê confrontada com esta realidade, com possibilidade de internamento hospitalar. A pessoa fica em estado de alerta, de forma a encontrar respostas que assegurem o bem-estar e a sua segurança. No nível seguinte, em resposta ao mecanismo de defesa face ao ambiente desconhecido/hostil, o organismo desenvolve mecanismos de defesa de forma a afastar ou eliminar os fatores causadores de stress ou patogénicas não desejadas. Esta resposta está limitada ao tempo, onde há uma drenagem das reservas de energia da pessoa, sendo que nesta fase, o controlo ambiental tem um papel importante na manutenção do equilíbrio. No terceiro nível de resposta, é descrito como síndrome de resposta ao stress onde o desgaste da vida é registado na pele e refletido nas respostas hormonais que provocam mudanças estruturais. É caracterizada pela irreversibilidade e influencia a forma como a pessoa reage aos cuidados de enfermagem. No último nível de resposta, esta acontece à medida que a pessoa experimenta o mundo ao seu redor. A pessoa utiliza esta resposta para procurar e manter segurança, de forma a converter a experiência em algo significativo (Tomey & Alligood, 2004; Petiprin, 2023).

Levine encara a enfermagem como uma profissão, mas também com uma disciplina académica, que deve ser estudada e praticada em conjunto com as restantes disciplinas, formando assim as ciências da saúde. E como etapas do Processo de Enfermagem para este modelo instituiu: Avaliação, *Trofocognosis*, Hipótese, Intervenções e Avaliação. Como método científico, para obter um juízo dos cuidados de enfermagem, recorreu à utilização de *Trofocognosis* como alternativa para o diagnóstico de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004; Petiprin, 2023).

De acordo com o referencial teórico, a enfermagem é uma “interação humana” e a enfermagem profissional está reservada para aqueles que conseguem completar um programa académico exigente, tal como se verifica nas diferentes áreas profissionais. A mesma defende que o enfermeiro deve estar dotado de conhecimento científico para a tomada de decisão, tendo em conta as necessidades individuais da pessoa, realizando ajustes de forma a permitir a adaptação do doente às alterações provenientes da doença, facilitando e garantindo assim a totalidade no processo de doença (Tomey & Alligood, 2004).

Em suma, Levine valoriza uma abordagem holística no cuidar da pessoa, sendo imperioso o respeito pela individualidade, logo os cuidados de enfermagem deverão ser focalizados no comportamento singular da pessoa. A observação sensível e a seleção de dados pertinentes devem

servir de base para uma correta avaliação das necessidades de enfermagem, uma vez que através das intervenções de enfermagem é possível influenciar a adaptação, bem-estar e garantir a totalidade da pessoa. Este modelo apesar de apresentar vários conceitos, subconceitos e variáveis múltiplas, é um modelo simples e claro, podendo ser aplicado em vários contextos, garantindo assim uma visão holística e coerente da pessoa.

Na **tabela 1**, é apresentada de forma sintetizada cada conceito do Modelo da Conservação.

Modelo da Conservação	Conceitos		Descrição
	Totalidade		Quando a interação da pessoa com o ambiente permite garantir a integridade, ou seja, a unicidade individual, enfatizando a resposta singular integrada às mudanças ambientais.
	Adaptação	Historicidade Especificidade Redundância	Processo de mudança contínuo, onde a pessoa consegue manter a sua integridade, sempre que permanecer dentro da realidade do seu ambiente. A pessoa possui padrões de respostas para assegurar o sucesso nas atividades essenciais da vida, demonstrando que a adaptação é histórica e específica. E a redundância são outras opções de resposta individuais disponíveis para garantir a adaptação do indivíduo.
	Conservação	Energia	Refere-se ao equilíbrio da energia que entra e sai do organismo de forma a combater a fadiga, através da adoção de estratégias.
		Estrutural	Remete à manutenção ou restauração do corpo físico e a promoção bem-estar físico.
		Pessoal	Refere à necessidade da pessoa no reconhecimento, respeito, autoconsciência e autodeterminação.
		Social	Indica as interações da pessoa com a família, comunidade/grupo religioso.
	Ambiente	Luta ou Fuga	Resposta inicial quando a pessoa se vê confrontada com uma realidade hostil. Esta fica em estado de alerta, de forma a encontrar respostas que assegurem o bem-estar e a sua segurança.
		Resposta Inflamatória	Resposta ao mecanismo de defesa face ao ambiente desconhecido/hostil, o organismo desenvolve mecanismos de defesa de forma a afastar ou eliminar fatores que possam causar stress ou situações patogénicas não desejadas.
		Resposta ao Stress	Síndrome de resposta ao stress onde o desgaste da vida é registado na pele e refletido nas respostas hormonais que provocam mudanças estruturais. É irreversível e influencia a forma como os doentes reagem aos cuidados de enfermagem.
		Consciência Percetual	Ocorre à medida que a pessoa experimenta o mundo ao seu redor. A pessoa utiliza esta resposta para procurar e manter segurança, de forma a converter a experiência em algo significativo.

Tabela 1 – Tabela sintetizadora dos conceitos do Modelo da Conservação
Fonte: Elaboração própria

1.2. INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE, QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS

A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) mantém-se uma problemática à escala mundial, devido à sua elevada taxa de morbilidade, mortalidade e aumento dos custos em saúde, mas através da correta implementação de programas verifica-se uma redução significativa da taxa de incidência (Pina et al, 2010; Gonçalves & Carmo, 2022). A IACS é definida pela Direção-Geral de Saúde (DGS) (2007) como sendo uma “infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade” (p. 4). Vulgarmente, estas infeções também são denominadas por infeções nosocomiais, no entanto, esta designação não abrange o cuidados em ambulatório, tornando o conceito de IACS mais abrangente, pois engloba todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde (DGS, 2007).

De acordo com o Relatório Global sobre a Prevenção e Controlo de Infeção da Organização Mundial de Saúde (OMS), 7 em cada 100/doentes internados em Unidade Cuidados Intensivos (UCI) de países desenvolvidos e 15 em cada 100/doentes em países em desenvolvimento adquirem IACS durante o internamento. Mas através da implementação de medidas, bem com a identificação de possíveis lacunas a nível global e nacional, foi possível demonstrar o impacto e a relação do custo-eficácia das intervenções para a prevenção e controlo da infeção (World Health Organization [WHO], 2022).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é um documento orientador das políticas de saúde, em Portugal, e tem como objetivo traçar um rumo estratégico para a intervenção no quadro do Sistema de Saúde, de forma a maximizar o bem-estar físico das populações. Este plano assume um papel orientador das medidas relevantes para obtenção de mais ganhos em saúde, por parte da população residente em Portugal, com base nos quatro eixos estratégicos: Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; e Políticas Saudáveis (DGS, 2015a; DGS, 2021-2030).

A implementação do PNS é realizada através da existência de programas, projetos, atividades e ações operacionalizadas numa lógica de plano macro estratégico que visa dar resposta aos 4 eixos estratégicos. A sua monitorização é realizada através de indicadores de metas emanadas no relatório da OMS e da União Europeia. E neste contexto surge o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) para responder ao indicador de metas na área dos Recursos e Produção em Saúde – Demora média do internamento (DGS, 2015a; MS, 2021). De acordo com a respetiva Norma 018/2014 (atualizada em 27/04/2015) da DGS, a gestão do PPCIRA estende-se até às unidades de saúde locais, através do despacho Despacho n.º 15423/2013 D.R. n.º 229, Série II, de 26 de novembro, onde é referido

que cada administração regional de saúde e nas secretarias regionais de saúde das regiões autónomas deve existir um Grupo de Coordenação Regional, constituído por médicos e enfermeiros da área do controlo de infeção. E que através dessa entidade, devem existir em cada unidade de saúde deve ter um Grupo de Coordenação Local do PPCIRA (GCLPPCIRA) (MS, 2013; DGS, 2015a).

Para além dos vários programas nacionais atuais para o controlo das IACS, a existência do Programa HELICS-UCI permite uma monitorização por parte da Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e da European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) sobre a incidência das IACS nas UCI nível III; Conhecer a evolução da flora responsável pelas IACS nas UCI e respetivos padrões de sensibilidade e resistência antimicrobianos; avaliação da epidemiologia de infeções emergentes; comparar taxas das IACS e relacionar com os procedimentos invasivos; e sensibilizar os profissionais de saúde para a adoção de medidas de controlo de IACS através do cumprimento das normas de boas práticas e melhoria dos cuidados de saúde, de forma a extrair indicadores para uma melhor identificação e comparação de problemas, tais como, a resistência aos antibióticos, a prevalência de microrganismos, perfil de consumo de antimicrobianos, entre outros (DGS, 2008; Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P., 2023).

As infeções na saúde geralmente ocorrem nas unidades de saúde complexas, onde se encontram doentes em estado crítico, devido a utilização de terapêutica, técnicas mais invasivas e diferenciadas. Como tal, é emergente promover o uso adequado dos dispositivos invasivos, adotar medidas adequadas de controlo e transmissão de infeção, que permitam a redução das resistências microbianas, através da aplicação das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) como forma de prevenção das IACS (DGS, 2019). O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, salienta a prevenção das IACS, como um dos Indicadores de Qualidade, através da implementação de programas de vigilância do PPCIRA, suporte e apoio aos serviços na implementação e monitorização das *bundles* de prevenção de IACS (MS, 2021).

Ainda de acordo com o Relatório Global sobre a Prevenção e Controlo de Infeção da OMS, a implementação de medidas preventivas e de controlo de infeção, isolada ou integrada em intervenções multifacetadas, tal como, a simples higienização das mãos, podem reduzir significativamente as IACS, independente do estadió de desenvolvimento do país (WHO, 2022).

Com a criação da OE, tornou-se imperativo definir os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), de forma a promover o domínio das competências relativas à implementação de sistemas de melhoria contínua de qualidade no âmbito do exercício profissional. E de acordo com as **Competências Comuns do EE** determinada pela OE, no domínio de melhoria contínua da qualidade, na alínea c) “o enfermeiro deve garantir um ambiente terapêutico e se-

guro” (OE, 2019, p. 4745), e através de uma gestão do ambiente centrado no doente como condição imperiosa, de forma a garantir efetividade terapêutica e prevenção de incidentes, atuando de forma proativa no bem-estar e na gestão do risco (OE, 2019). As **Competências Específicas do EEEMC** no ponto 1, alínea b) “Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” (OE, 2018, p. 19359) e alínea c) “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica” (OE, 2018, p. 19359), o enfermeiro especialista deve ter em conta os vários contextos de ação e a diversidade de processos terapêuticos complexos, fazer uma gestão do risco e do ambiente promotor dos cuidados especializados, e salvaguardando a segurança a resposta da atuação e a pessoa alvo dessa intervenção (OE, 2018). Situação ainda mais assente nas **Competências do EMC-PSC** ponto 1, alínea c) “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, p. 19359).

Os cuidados de enfermagem baseiam-se na disciplina de Enfermagem e no desenvolvimento científico, com contribuição de outras áreas do conhecimento, permitindo assim um agir profissional e tomada de decisão sustentada cientificamente e de forma multidisciplinar (Deodato, 2008).

De acordo com o nosso referencial teórico, a Enfermagem é uma profissão e disciplina que deve ser praticada e estudada em simultâneo com as restantes disciplinas que formam as ciências da saúde, de forma a garantir a integridade, através dos cuidados individualizados e holísticos quando ocorre uma alteração na vida da pessoa, tal como é o caso da doença, onde é necessário ajudar a pessoa a adaptar-se, garantindo a conservação da integridade pessoal e social (Petiprin, 2023).

1.3. *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RESISTENTE À METICILINA NO DOENTE CRÍTICO

O *Staphylococcus aureus* (SA) é uma bactéria Gram-positiva que geralmente encontra-se associado às infeções da corrente sanguínea, infeções da pele e tecidos moles. É um agente patogénico das infeções da corrente sanguínea, pneumonias e infeções associadas aos dispositivos médico e feridas pós-operatório e habitualmente coloconiza narinas, axilas, faringe, reto/vagina e/ou superfícies cutâneas lesadas (DGS, 2015; Sharara et al, 2021). A utilização alargada e indevida de diversos antibióticos, nomeadamente, a penicilina, fomentou nestes

microrganismos alterações que permitem a resistência ao tratamento eficaz destas infeções com Metilina, originando desta forma o MRSA (Santos et al, 2021).

Os principais sintomas associados a este agente patogénico dependem do órgão ou zona do corpo afetada, se for infeção cutânea, surgem sinais inflamatórios, como, edema, rubor, valor, exsudado, febre e dor na zona afetada. Quando a infeção atinge os órgãos e não é realizado um controlo efetivo, rapidamente pode evoluir para sépsis (CDC, 2019).

A via de transmissão de MRSA é por contato direto, entre doentes, profissionais de saúde, equipamentos/superfícies contaminadas e ambiental (CDC, 2019, Sharara et al, 2021).

Segundo os dados da OMS e ECDC, a prevalência do MRSA mantém-se como um dos principais responsáveis por infeções da corrente sanguínea, sendo responsável da elevada taxa de morbilidade e mortalidade em Portugal, em cerca de 34,8% referentes ao ano 2019, conforme se verifica na **Fig. 1** (ECDC, 2020; WHO, 2022).

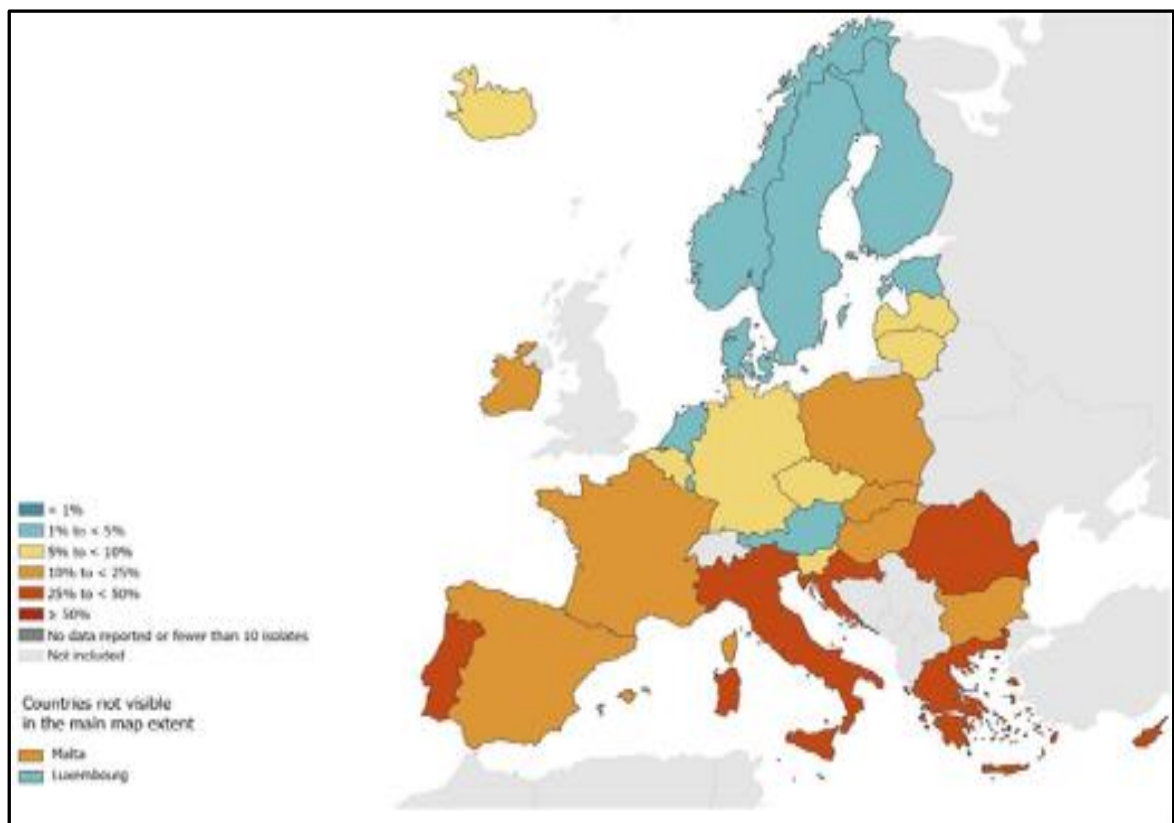


Fig. 1 – Mapa representativo da percentagem de casos de MRSA isolados, por país, União Europeia (UE), 2020
Fonte: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-EARS-Net-2020.pdf>

No período circunscrito entre 2017-2020, a prevalência de MRSA tem vindo a estabilizar e até mesmo a reduzir na maioria dos países da Europa (exceto Reino Unido), de 18,4% para 15,8% conforme se constata na **Fig. 2** (ECDC, 2020a; WHO, 2022).

Country	2016		2017		2018		2019		2020	
	N	%R	N	%R	N	%R	N	%R	N	%R
Netherlands	3 041	1.2	3 045	1.6	3 566	1.3	3 221	1.6	3 293	1.4
Denmark	1 963	2.0	1 996	2.5	2 181	1.7	2 172	2.2	2 390	1.7
Norway	1 448	1.2	1 462	1.0	1 547	0.9	1 644	1.1	1 552	1.7
Sweden	3 450	2.3	3 787	1.2	3 639	1.9	5 948	1.8	6 871	2.3
Finland	1 890	2.2	2 439	2.0	2 105	2.0	2 473	2.1	2 188	2.5
Estonia	314	3.5	290	2.1	359	3.3	366	3.0	367	3.0
Luxembourg	187	10.2	200	9.5	181	7.7	209	6.2	195	3.1
Austria	3 053	7.2	3 158	6.0	3 307	6.4	3 323	5.2	2 843	4.4
Iceland	76	1.3	69	1.4	82	0.0	121	6.6	116	5.2
Germany	9 866	10.2	13 128	9.1	11 918	7.7	11 950	6.7	13 927	5.5
Belgium	1 364	12.2	1 511	8.5	1 735	9.1	1 168	6.7	1 455	6.9
Czechia	1 887	14.0	1 944	13.2	2 243	13.7	2 108	12.6	2 089	9.3
Latvia	284	4.2	210	5.7	315	5.7	421	7.4	353	9.3
Slovenia	534	11.0	576	9.0	606	11.7	656	7.5	711	9.8
Lithuania	503	11.3	514	8.8	691	8.4	656	9.3	704	9.8
Bulgaria	231	14.3	227	13.7	313	17.6	324	14.8	220	11.8
France	5 578	13.8	6 472	12.9	6 903	12.1	6 467	11.6	10 763	12.1
Ireland	1 143	14.3	1 140	16.3	1 188	12.4	1 146	12.6	777	12.1
Poland	1 772	16.4	1 805	15.2	1 959	15.9	1 841	14.9	1 351	13.8
EU/EEA (population-weighted mean)	57 730	17.7	66 279	16.8	72 882	16.4	74 718	15.7	72 314	16.7
Malta	97	37.1	95	42.1	88	36.4	75	24.0	92	19.6
Hungary	1 668	25.2	1 566	23.6	1 721	23.1	1 884	19.4	1 513	21.0
Spain	1 945	25.8	1 856	25.1	2 444	24.2	2 711	22.4	2 292	23.3
Slovakia	571	27.1	613	29.2	610	26.6	563	27.2	540	24.8
Croatia	458	25.3	520	28.5	458	26.4	358	24.9	424	29.2
Portugal	3 454	43.6	3 728	39.2	3 810	38.1	3 265	34.8	3 299	29.7
Italy	2 981	33.6	3 591	33.9	8 263	34.0	9 681	34.3	10 923	33.5
Greece	639	38.8	822	38.4	888	36.4	170	37.6	448	40.2
Romania	477	50.5	507	44.4	600	43.0	625	46.7	406	47.3
Cyprus	139	38.8	125	31.2	117	40.2	58	36.2	212	49.1
United Kingdom	6 717	6.7	8 883	6.9	9 045	7.3	9 114	6.0	ND	ND

Fig. 2 – Tabela representativa de casos de MRSA isolados, por país, União Europeia (UE), 2020

Fonte: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/EUEEA_tables_showing_total_isolates_tested_per_species.pdf

De acordo com os dados apurados pela ECDC, em UCI foram isolados cerca de 6% de casos do agente patogénico SA no ano de 2019, onde se verifica uma diminuição relativamente ao ano anterior e manteve-se constante no ano 2020, como se pode constatar na **Fig. 3** (ECDC, 2020).

Bacterial species	2016			2017			2018			2019			2020		
	Lab. (n)	Isolates (n)	Isolates from ICU (%)	Lab. (n)	Isolates (n)	Isolates from ICU (%)	Lab. (n)	Isolates (n)	Isolates from ICU (%)	Lab. (n)	Isolates (n)	Isolates from ICU (%)	Lab. (n)	Isolates (n)	Isolates from ICU (%)
<i>E. coli</i>	60	5 786	4	62	6 452	4	59	5 921	4	58	6 433	4	63	5 858	4
<i>K. pneumoniae</i>	59	2 352	12	61	2 743	10	58	2 604	10	55	2 709	9	60	2 790	9
<i>P. aeruginosa</i>	57	1 230	13	57	1 220	13	55	1 115	12	54	1 061	11	57	1 061	9
<i>Acinetobacter</i> spp.	39	207	22	36	174	16	39	127	18	30	99	14	31	104	9
<i>S. aureus</i>	59	3 482	7	64	3 789	5	59	3 940	7	59	3 308	6	65	3 319	6
<i>S. pneumoniae</i>	57	928	3	54	1 056	1	55	1 062	Unknown	53	983	Unknown	48	588	Unknown
<i>E. faecalis</i>	56	972	2	58	1 014	8	56	979	9	54	945	9	58	990	10
<i>E. faecium</i>	45	411	2	46	467	16	47	440	16	43	411	15	43	406	12

Fig. 3 – Tabela representativa sobre agentes patogénicos isolados em UCI

Fonte: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_EARS-Net%202020%20country-summaries.pdf

O MRSA é apontado como um dos potenciais agentes causadores de IACS, com maior taxa de morbilidade e de mortalidade atribuível, choque séptico, tempo de internamento pós-infecção comparativamente ao SA sensível à metilina (MSSA) e apresenta um aumento duplicado de risco aquando a alta para cuidados de longa duração por MRSA comparativamente ao MSSA (WHO, 2022).

A implementação de estratégias multimodais flexíveis e adaptadas com base em evidências no contexto da epidemiologia, infraestruturas e recursos locais, potencia a eficácia para a prevenção e controlo de infeção por MRSA (Lee et al, 2021).

Apesar das várias medidas de controlo instituídas, tem sido difícil erradicar totalmente o MRSA, mas através de vários estudos rigorosamente conduzidos referem que é possível estreitar algumas medidas de controlo relativamente a higiene das mãos, triagem, o isolamento, a descolonização, a limpeza ambiental e a administração de antibióticos (Lee et al, 2021).

1.3.1. Prevenção da transmissão e processo de descolonização de doentes com MRSA

Segundo a OMS, a higiene das mãos é uma das medidas mais eficazes relativamente à prevenção de infeções por agentes patogénicos e diminui as complicações associadas às IACS, assim apresenta uma redução em custos para a saúde (WHO, 2022). De acordo com as indicações da OMS, através da Norma 007/2019 – Higiene das mãos nas Unidades de Saúde, a DGS (2019a) emite indicações claras relativamente aos “5 Momentos” para a higiene das mãos seja realizada:

- Antes do contato com o doente;
- Antes de um procedimento limpo/asséptico;
- Após risco de exposição de fluídos orgânicos, secreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso;
- Após contato com o doente;
- Após contato com objetos/equipamentos do ambiente envolvente do doente (p.1).

E sempre que:

- As mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue/outras fluídos orgânicos;
- Antes da preparação/administração de fármacos e manipulação de dispositivos médicos;
- Antes da manipulação/preparação de alimentos;
- Antes da colocação e remoção das luvas (limpas ou esterilizadas);
- Antes de procedimentos cirúrgicos;
- Após utilização de instalações sanitárias (p.2).

A utilização de Solução Antiséptica de Base Alcóolica (SABA) é fortemente recomendada no local de prestação de cuidados quando as mãos se apresentam visivelmente limpas, excetuando em casos de *Clostridium difficile* e *Bacillus anthracis*. A realização da higienização das mãos e fricção com SABA deve ser realizada conforme técnica recomendada na norma da DGS (DGS, 2019a).

Em doentes internados em UCI, a colonização por SA pode evoluir rapidamente para infeção por SA, como tal, a triagem neste tipo doentes é primordial, de forma a implementar as medidas de isolamento, reduzindo a taxa de incidência das Infeções da corrente sanguínea por MRSA não só em contexto de UCI, mas a nível hospitalar (Lee et al, 2021; Sharara et al, 2021).

De acordo Levine, a pessoa tem o seu próprio ambiente e cabe ao enfermeiro relacionar o ambiente interno com os aspetos fisio-patológicos. Refere ainda que a pessoa tem capacidades para se adaptar ao ambiente através da gestão das respostas face à doença, perante a hospitalização e novas experiências que exijam uma resposta do organismo de forma a atingir segurança e bem-estar. No entanto, o hábitos de vida tem implicações nos tecidos e é refletido nas respostas hormonais e estruturais que podem ser cruciais na adaptação aos cuidados de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Assim, de acordo com as orientações Mundial e Europeu, a DGS através da Norma 018/2014 (atualizada em 27/04/2015) emana orientações claras sobre a Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por MRSA nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados (DGS, 2015).

Um dos pontos enunciados na norma é o rastreio ativo de portadores de MRSA, em todos os serviços/unidades de internamento hospitalares e unidades cuidados continuados integrados que tenham risco acrescido de colonização ou infeção por MRSA, neste sentido (DGS, 2015):

- Todos os doentes transferidos de outras unidades hospitalares com internamento na unidade de saúde superior a 48 horas;
- Todos os que verifiquem um ou mais destes critérios:
- Realização de antibióticos nos seis meses anteriores;
- Com internamento nos seis meses anteriores;
- Realização de hemodiálise;
- Internamento em unidades de cuidados continuados ou lar/residência de idosos;
- Ter presença de dispositivos invasivos;
- Ter presença de feridas crónicas;
- Colonização prévia por MRSA.

O rastreio de portadores de MRSA deve ser realizado: No momento da admissão, através da realização de zaragatoa nasal e amostra da ferida crónica (se houver presença de ferida) e o

doente deve permanecer em isolamento de contato preventivo até conhecimento do resultado da pesquisa.

A escolha do EPI revela-se de extrema importância na medida em que são todas as barreiras protectoras utilizadas, sozinhas ou em conjunto, e tem como objetivo proteger as mucosas, pele e roupa do contato com agentes infecciosos. Os EPI abrangem as luvas, máscaras, respiradores, óculos, viseiras, aventais/batas (DGS, 2013).

De acordo com a norma da DGS, todos os doentes infetados/colonizados por MRSA ou suspeitos de ter infeção ou colonização por este agente, devem estar em regime de “isolamento/precauções de contacto” e/ou devem ser colocados em regime de *coorte* específico de doentes; e estas informações devem estar devidamente documentadas no processo clínico (DGS, 2015).

Neste sentido, as **Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão** (PBVT) tem como foco os microrganismos, no que concerne ao tamanho, tipo de partículas e a forma de transmissão para uma melhor adequação do **Equipamento de Proteção Individual** (EPI). Um atraso na implementação das PBVT expõe o profissional de saúde e o doente a doenças infecciosas potencialmente transmissíveis, como tal, é imperioso a identificação do microrganismo e saber a forma de atuação conforme as orientações dos CDC (Liang et al, 2018).

Durante a prestação direta dos cuidados aos doentes infetados/colonizados com MRSA ou suspeitos, o profissional de saúde deve utilizar o EPI adequado para o tipo de isolamento, privilegiando a utilização de luvas, avental de uso único e máscara cirúrgica se houver risco de contato com secreções ou fluidos orgânicos. Todo o material utilizado no doente infetado/colonizado por MRSA ou suspeito deve ser individualizado (DGS, 2015).

Vários estudos referem que, a alocação dos doentes com MRSA em regime de isolamento contribui grandemente para a redução das taxas de infeção e colonização (Lee et al, 2021). Neste sentido, a norma da DGS é clara, referindo que os doentes infetados/colonizados por MRSA ou suspeitos devem, sempre que possível, ser internados em quartos com instalações sanitárias independentes (DGS, 2015).

Relativamente à descolonização nos casos de isolamento por MRSA, esta deve ser realizada (DGS, 2015):

- Através da aplicação de Mupirocina nasal 2%, 3 aplicações diárias em ambas as narinas e realização de higiene corporal (incluindo o couro cabeludo e exceto a face) com toalhetes de gluconato de clorhexidina a 2% e higiene oral com gluconato de clorhexidina 0,2%, 3 vezes por dia, em contexto de UCI, nos primeiros 5 dias.
- Nos restantes contextos, aplicação de Mupirocina nasal 2%, 3 aplicações em ambas as narinas e a realização de higiene corporal com gluconato de clorhexidina $\geq 0,2\%$ durante os 5 dias.

- Após a realização do ciclo de descolonização, devem ser realizados 3 rastreios de *follow-up*: o primeiro às 48h após terminar o ciclo e repetir os restantes com intervalos semanais.
- Se a primeira descolonização falhar, o procedimento deve ser repetido, sem nunca ultrapassar os 2 ciclos de descolonização.

De acordo com as diretrizes da Joint Healthcare Infection Society e da Infection Prevention Society para a prevenção e controlo de MRSA nas unidades de saúde, nos casos que a integridade da pele não permita a utilização de Clorhexidina e Mupirocina, é possível recorrer ao uso de Octenidina (Coia et al, 2021).

Verifica-se que a descolonização demonstrou ser bastante eficaz na redução de infeções por SA, existindo 2 estratégias de colonização: **Descolonização universal** onde aplicada a toda a população independentemente da realização de triagem e a **descolonização direcionada/controlada** que consiste na realização da descolonização após detecção por rastreios de zangatos de vigilância. A descolonização universal em grandes UCI tem revelado ser de grande valia, na medida em que contribuem para a diminuição de uma disseminação e incidência por MRSA a nível hospitalar (Sharara et al, 2021).

Em contexto de ambiente complexo, os enfermeiros são os profissionais que se encontram permanentemente junto do doente, estão capacitados e treinados para o cumprimento das PBCI, nomeadamente, higienização das mãos, etiqueta respiratória, a correta utilização dos EPI de acordo com PBVT, coordena os cuidados ao doente e está sempre atento às questões de segurança, sendo o responsável pela proteção e defesa do doente/família e demais profissionais de saúde na prestação de cuidados seguros e complexos (Grotta & Grant, 2018).

Levine enfatiza a disponibilidade e o papel do enfermeiro nos processos de adaptação à doença, de forma a salvaguardar a estabilidade da pessoa, garantindo de forma primordial a sua individualidade (Tomey & Alligood, 2004).

E com base nestes factos, surge a pertinência desta temática para a realização deste relatório.

2. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

A prática clínica compreende a excelência, que por sua vez se desenvolve através do estudo, da investigação e da observação científica. Através dessas ferramentas é possível adquirir novos conhecimentos, novos “*know-hows*” que devem ser documentados de forma a desenvolver competências e certificar a perícia clínica (Tomey & Alligood, 2004). A formação para a responsabilidade e a avaliação da responsabilidade da nossa *praxis* leva-nos a interpretação do cumprimento dos deveres profissionais, segundo o Código Deontológico, o REPE, conforme consta nos PQCE.

2.1. ESTÁGIO I

O Estágio I foi realizado num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) da área metropolitana de Lisboa, sob a orientação da Professora Antónia Costa e do enfermeiro orientador, Mestre e Especialista em EMC-PSC.

O Estágio decorreu entre o dia 16 de maio 2022 e terminou no dia 24 de junho de 2022 e contou com 144h de contato clínico (ESS/IPS, 2022).

No decorrer do presente Estágio I previu-se a realização de uma sessão de formação com objetivo de “planejar e desenvolver uma sessão de formação em serviço sobre um tema que reflita as necessidades do mesmo, envolvendo o responsável do serviço, orientador e professor” (ESS-IPS, 2022). Neste sentido, de modo a dar resposta à avaliação da UC, verificou-se a necessidade de determinar indicadores de qualidade no novo sistema informático *BS PaTIENT.CARE*, como Projeto de Intervenção Profissional sobre o Cateter Venoso Central (CVC).

2.1.1. Instituição Hospitalar

O Centro Hospitalar U¹ (CHU) - Entidade Público Empresarial (EPE) foi criado fevereiro de 2007 através da junção de outro Centro Hospitalar D onde se inserem vários hospitais da zona

¹ Nome fictício

central, nomeadamente – Hospital A, hospital B, hospital ST e hospital E (nomes fictícios). O SMI onde foi realizado o presente estágio I, encontra-se localizado no hospital J (CHU, 2022).

Este CHU tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as várias unidades prestadoras de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), garantindo cuidados diferenciados que correspondam às necessidades dos doentes, de acordo com a melhor prática clínica. Sendo um hospital central, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, é reconhecida pela excelência clínica, eficácia e eficiência, assumindo assim como uma instituição de referência (CHU, 2022).

2.1.2. Serviço de Medicina Intensiva

Este SMI encontra-se no piso 0 e conta com cerca de 40 anos de existência. Começou como uma unidade para tratar doentes em estado crítico e passou a ser uma das primeiras UCI em Portugal. Desde o início da sua existência, a formação é o pilar de desenvolvimento, através da formação em serviço, orientação em ensinos clínicos, pós-graduações e especialidades, sempre pautado pelos elevados patamares de complexidade, tendo por base as orientações científicas mais recentes, com novos procedimentos e protocolos, dando resposta aos vários serviços do CHU, ao Serviço de Urgência e ao Pré-hospitalar (protocolo de Gestão da Temperatura Alvo e Protocolo de Resgate Respiratório e Via Verde *Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation* (eCPR) (CHU, 2022).

Segundo a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva e a Federação das Sociedades de Cuidados Intensivos, este SMI é polivalente e é classificado como nível III, dispondo também 8 camas de nível I (Ordem dos Médicos [OM], 2018). Com a atual pandemia e pela complexidade dos doentes, houve necessidade de converter camas de nível I para nível III, sendo que neste momento o SMI conta com 26 camas de nível III.

Tendo em conta a complexidade e pela vasta experiência e disponibilidade por parte da instituição para receber profissionais em contexto académico, encaramos esta instituição como um local de excelência para o desenvolvimento das competências a qual nos propomos. É uma unidade de referência para a realização de *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), com valências e complexidade aumentadas em termos de cuidados necessários, a unidade foi alvo de reestruturação física, acabando por refletir também no aumento do número (nº) de pessoas admitidas. Assim, pensamos que foi uma mais-valia para aquisição de conhecimentos, uma vez que não é a realidade que costumamos abordar diariamente. De acordo com os critérios da *Extracorporeal Life Support Organization*, a ECMO é técnica extracorporeal utilizada para a remoção exclusiva de CO₂ em doentes com Insuficiência respiratória grave (Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central [CHULC], 2021; Bernhardt et al, 2023).

2.1.3. Estrutura, recursos físicos e recursos materiais

Em termos arquitetónicos, o SMI conta com 12 salas com camas de internamento, 1 sala com a admissão de doentes através do Programa de eCPR; 2 salas da equipa médica com monitorização por telemetria, 1 gabinete da enfermeira-chefe; 1 sala de enfermagem com telemetria, 1 sala de Técnica de Substituição da Função Renal (TSFR), 1 sala de acolhimento aos familiares, 1 sala de desinfeção, 2 salas de reciclagem, 2 salas de trabalho, 2 salas de equipamentos, 2 salas de material clínico; 2 WC; 1 sala dos serviços administrativos; 2 salas de sujos e 1 copa.

A sala de eCPR é uma sala que está preparada com todo o material necessário para a colocação do doente em ECMO e Suporte Avançado de Vida (SAV). Possui 1 carro de emergência exclusivo com material de SAV no doente em ECMO, de forma a permitir um procedimento rápido e eficaz. À admissão de um doente na sala de eCPR, todos os profissionais são identificados com cartão que se encontra preso no fio e coloca ao pescoço, de modo, a identificar a sua função: Enfermeiro de Canulação; Enfermeiro Circulante; Enfermeiro de Perfusão; Enfermeiro de SAV; Médico de SAV e Médico de Canulação. Todas estas funções encontram-se descritas na instrução de trabalho específico da respetiva sala.

A sala TSFR recebe doentes com necessidade de realização dessa técnica numa situação de urgência ou se o doente internado não apresentar condições hemodinâmicas para se deslocar para outro hospital, onde se encontra o serviço de hemodiálise, para a realização da técnica dialítica. À admissão de um doente com essa necessidade identificada no turno da manhã, existe um enfermeiro afeto a essa sala, nos restantes turnos, os cuidados são assegurados pelo 2º elemento de chefia de equipa. Numa das salas de internamento também podem ser admitidos doentes com necessidade de colocação de *Pacemaker* ou eletrocateter de urgência, sendo esses cuidados também assegurados pela equipa do SMI.

2.1.4. Recursos humanos

Esta equipa do SMI é constituída por uma vasta equipa multidisciplinar, enfermeiros, médicos, assistentes operacionais (AO), assistentes administrativos e restantes profissionais de saúde.

A equipa de enfermagem é constituída por 120 enfermeiros: 32 enfermeiros especialistas, sendo que 25 são enfermeiros especialistas em EMC, 6 são enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e 1 enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

A equipa médica é constituída por médicos com especialidade de Medicina Intensiva e/ou Interna, e conta com o apoio de outras especialidades sempre que a situação do doente careça de observação de um profissional diferenciado.

A restante equipa multidisciplinar é constituída por assistentes operacionais que estão divididos em 5 equipas, apresentam horário rotativo seguindo a equipa de enfermagem atribuída, 24h durante os 7 dias da semana; os fisioterapeutas deslocam ao SMI durante os turnos da manhã, nos dias úteis; o SMI conta ainda com a presença de 2 administrativos que se encontram disponíveis no secretariado durante os dias úteis, das 09:00 às 17:00.

2.1.5. Análise de gestão e produção de cuidados

A gestão do serviço e da equipa de enfermagem é realizada pela enfermeira-chefe, e conta com o apoio de 3 enfermeiros que geralmente encontram-se de horário fixo nos dias úteis e 3 enfermeiros colaboram diretamente com as equipas.

Os restantes enfermeiros estão distribuídos pelas 5 equipas em horário rotativo, onde o rácio é 1 enfermeiro para cada 2 doentes de nível III e 1 enfermeiro para cada 4 doentes de nível I. Esta unidade recebe doentes com necessidade de realização de ECMO e nestes casos, em que o grau de complexidade de cuidados é elevado, o rácio é 1 enfermeiro para 1 doente, privilegiando-se que nestes casos, seja o EEEMC-PSC. A equipa de AO trabalham em parceria com a equipa de enfermagem, trabalham em horário rotativo “*roalman*” durante 24h por dia, nos 7 dias da semana.

A equipa de enfermagem rege-se pelo método de enfermeiro responsável, havendo em cada equipa 3 a 4 enfermeiros que ajudam o chefe de equipa na gestão de cada turno, ficando estes responsáveis pela gestão dos recursos humanos, material, organização do serviço e apoio nos procedimentos/técnicas mais complexas durante a prestação de cuidados.

A gestão dos cuidados e produção de cuidados no SMI é calculada de acordo com os instrumentos de registo de carga de trabalho, tais como, o *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28) (Baltazar, 2000), o *Nine Equivalents Of Nursing Manpower Use* (NEMS) (Miranda et al, 1997; Royal College of Physicians, 2012) e o *Nurse Activities Score* (NAS) (Macedo et al, 2021), onde estabelecem na gravidade da condição clínica da pessoa, de acordo com o tempo despendido nas atividades de enfermagem. Estes instrumentos são alvo de registo diário referentes às últimas 24h, pela equipa de enfermagem, desde que a pessoa tenha sido admitida há pelo menos seis horas.

2.2. ESTÁGIO FINAL

O EF foi realizado num Serviço de Urgência de um hospital a Sul do Tejo, sob a orientação da Professora Antónia Costa e da enfermeira orientadora, Mestre e Especialista em EMC. O EF decorreu entre o dia 19 de setembro 2022 e com término no dia 21 de janeiro de 2023. Contou com um total de 336h de contato clínico (ESS-IPS, 2022).

Neste EF, pretende-se que o estudante desenvolva um projeto de intervenção, apresente ao orientador e professor, podendo ser ajustado à tipologia e organização da realidade onde decorre o estágio e elaborar um artigo para publicação (ESS-IPS, 2022).

2.2.1. Instituição Hospitalar

O Centro Hospitalar E² (CHE), EPE está inserido na cidade distrital a Sul do Tejo e é constituído por 2 hospitais: Hospital B e Hospital O com a valência ortopédica desde 1976 (CHE, 2022a).

O CHE tem como missão a promoção da saúde a todos os cidadãos, prestar cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, promover o desenvolvimento profissional dos colaboradores, pautando por um quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa (CHE, 2022a).

O CHE atua de acordo com a área de influência e redes de referência, em articulação com instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde. Desenvolve ainda atividades complementares, no âmbito do ensino pré e pós-graduado, de investigação e de formação, através da submissão à regulamentação de âmbito nacional pelo qual se rege os processos de ensino-aprendizagem no domínio da saúde (CHE, 2022a). Assim, o EF foi realizado no Hospital B.

2.2.2. Serviço de Urgência Geral

De acordo com o Despacho n.º 10319/2014, publicado no Diário da República n.º 153, Série II, de 11 de agosto, a rede do SU integra 3 níveis de resposta, por ordem crescente de resposta e de acordo com a capacidade de resposta (MS, 2014):

² Nome fictício

- **Serviço de Urgência Básico (SUB)** - Primeiro nível de acolhimento de situações de urgência de maior proximidade das populações, constituindo assim um nível de abordagem e resolução de situações mais simples e comuns.
- **Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC)** - Segundo nível assistencial de situações de urgência, localizado em rede e geograficamente dá assistência diferencial à rede SUB. Este nível deve referenciar para o último nível assistencial superior e/ou diferenciado sempre que se justifique.
- **Serviço de Urgência Polivalente (SUP)** – Terceiro e último nível assistencial, sendo o SU mais diferenciado, visa dar resposta a situações de Urgência e Emergência, de forma eficaz e em tempo útil.

O Serviço de Urgência do CHE, é classificado como SUMC e tem como missão o atendimento de doentes urgentes e emergentes prestando cuidados de acordo com a situação clínica, em articulação com as restantes estruturas estatais e não estatais no âmbito do SNS. E tem como objetivos a melhoria e bem-estar dos doentes mediante cuidados de saúde de qualidade, eficientes e humanização da equipa multidisciplinar; desenvolve formas de organização do serviço que atuam no âmbito do SNS direta ou indiretamente desde a área pré-hospitalar à hospitalar, de forma a minorar conflitos entre os vários profissionais de saúde, doentes e respetivas famílias, promove a confiança dos doentes na instituição (CHE, 2021).

O SUMC fica situado no piso 0, do Hospital B e está incluído na Rede Nacional de referência de urgências: Urgências médico-cirúrgicas, integrando também as Vias Verdes Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Coronária (CHE, 2022a). De acordo com a mesma fonte, este SUMC dispõe em permanência de 24h nas valências de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Anestesiologia, Cardiologia, Neurologia, Patologia Clínica, Medicina Intensiva, Imunohemoterapia e Diálise para situações agudas. Existem outras valências com horários próprios, tais como o serviço de Imagiologia e Gastrenterologia que são asseguradas de segunda a domingo das 9h às 24h; o serviço de Psiquiatria das 9h às 22h; as especialidades de Otorrinolaringologia e Oftalmologia, são garantidas de segunda-feira a sábado das 8h às 20h, no entanto, sempre que seja necessária uma avaliação, os doentes são encaminhados para os hospitais de referência da região onde está a ser realizado o estágio. Para além do apoio referenciado, também conta com Emergência Pré-hospitalar: através da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) que tem uma equipa e coordenação própria; Dá apoio à área de ambulatório e Internamento de curta duração; e colabora com as Autoridades de Saúde Pública, Judiciais e Policiais no âmbito da Medicina Forense (CHE, 2022a).

2.2.2. Estrutura, recursos físicos e recursos materiais

Neste momento o SUMC encontra-se dividido em duas áreas distintas: a área do doente respiratório e a área do doente não respiratório. Essa distinção é realizada através de uma pré-triagem, sendo os critérios para essa diferenciação a existência de febre, tosse ou dispneia. Dentro de cada área, respiratório e não respiratório, o espaço encontra-se dividido na ala do ambulatório e na ala do internamento.

A ala do internamento é composta por 3 Salas de Observação (SO) com cerca de 5 camas cada SO; sala de sujos, 2 salas com material de consumo clínico, sala de isolamento, sala de preparação de terapêutica, bancada médica e de enfermagem. Cada unidade do SO é composta por material de monitorização eletrocardiográfica, rampa de aspiração e fonte de oxigenoterapia; 4 WC dos profissionais de saúde; Sala de Enfermagem; Sala dos médicos; Gabinete administrativos das direções de enfermagem e médico + armazém material administrativo; Gabinete Enfermeira-chefe e Gabinete do Diretor Clínico; Sala de Sessões; Vestiários dos profissionais; Sala com material de monitorização hemodinâmica, respiratório e restantes dispositivos médicos para procedimentos médicos/enfermagem.

Na ala de ambulatório temos o gabinete dos administrativos, gabinete do utente, 2 salas de triagem, Sala de Emergência (SE), Sala de Tratamentos (ST), 5 gabinetes médicos (balcões) com sala de espera, WC dos utentes, sala de higienização, sala de isolamento com rampas para a realização de oxigenoterapia e sala de realização de ECG, Laboratório de Urgência, Sala Aberta com capacidade para 5 macas e 6 cadeirões sem monitorização e com rampas para oxigenoterapia; 5 gabinetes médicos das especialidades (ortopedia, psiquiatria, medicina/neurologia); sala de pequena cirurgia e sala de material cirúrgico; sala de ortopedia – sala de gesso e material ortopédico e 2 salas de consumo clínico.

A SE encontrasse no centro da área de ambulatório e conta com 2 unidades com monitorização eletrocardiográfica, rampa de aspiração e fonte de oxigénio. No interior da SE consta o carro de emergência com todo o material para a realização de SAV; 2 ventiladores, sendo que um ventilador é utilizado para transporte do doente ventilado, a mala de transporte com todo material necessário para o transporte do doente crítico, de acordo com as Recomendações do Transporte do Doente Crítico emanado pela OM e pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) (OM e SPCI, 2023). Dentro da SE existe todo o material necessário para realização de colocação de drenagens torácica, gástrica, material de hemóstase e todo o material necessário para garantir a via aérea, entre outros materiais para monitorização.

Na ala do atendimento do doente respiratório (ADR), existem 3 balcões médicos, 1 sala de colheita de produtos biológicos, 1 sala de triagem, 1 sala para a realização de exames de imagem, 1 sala de isolamento, 1 SO com capacidade para 3 doentes, 1 SE com capacidade para 2

doentes, 1 ST com capacidade para 6 doentes em maca com rampa de oxigénio e 6 cadeirões, 1 sala de oxigenoterapia com capacidade de 4 doentes em maca com rampa de oxigénio e 8 doentes em cadeirão, e o SO-ADR conta com uma capacidade de 8 doentes com monitorização eletrocardiográfica, rampa de oxigenoterapia e aspiração.

2.2.3. Recursos Humanos

O SUMC é constituído por uma extensa equipa multidisciplinar, desde enfermeiros, médicos, AO, assistentes administrativos e técnicos cardio-pneumologia, entre outros profissionais de saúde.

A equipa de enfermagem é constituída por 90 enfermeiros que se encontram divididos em 5 equipas de Enfermagem que trabalham em horário rotativo, durante 24h por dia, 7 dias por semana + 3 enfermeiros em regime de prestação de serviços. Neste momento, existem 21 enfermeiros especialistas em EMC e 2 a frequentar a especialidade; 8 enfermeiros especialistas em reabilitação e 4 a frequentar a especialidade; 1 enfermeiro a frequentar a especialidade de Saúde Materna e Obstétrica; 30 enfermeiros com pós-graduação no âmbito do doente crítico e 7 a iniciar o curso de pós-graduação; 1 enfermeiro com pós-graduação em cuidados paliativos e 5 enfermeiros com pós-graduação em gestão de unidades de saúde.

A coordenação de cada equipa é realizada por um enfermeiro com especialidade e experiência em contexto de urgência nos últimos 6 anos. Os restantes enfermeiros especialistas encontram-se divididos, de forma equitativa, pelas equipas tendo em conta a sua área de especialização. Cada equipa conta também com a presença de 1 elemento de ligação ao GCLPPCIRA e 1 elemento de ligação à Comissão para a Qualidade e Segurança do Doente. No seio da equipa existe um enfermeiro responsável pela formação, 1 enfermeiro responsável pelo Risco, 2 enfermeiros pelo Risco Clínico e 2 enfermeiros responsáveis pela implementação do Plano de Catástrofe Externa.

Relativamente às restantes classes profissionais, temos a equipa médica; equipa de AO constituída com cerca de 75 profissionais e à semelhança da equipa de enfermagem, também se encontra dividida pelas 5 equipas e acompanham o horário da equipa de enfermagem, sendo que há um AO que assume função de maquieiro; 2 administrativos com funções de secretariado, 20 administrativos no gabinete de admissão, 4 funcionárias no gabinete do utente, 7 técnicos de cardio-pneumologia.

2.2.4. Análise de gestão e produção de cuidados

A melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde é uma das principais linhas orientadoras da atividade do SUMC, e assim foi permanecendo mesmo em contexto de pandemia (CHE, 2021).

A direção do SUMC é assegurada no horário fixo, pelo Diretor Clínico e a coordenação e gestão pela Enfermeira Coordenadora do SUMC, especialista em Enfermagem de Reabilitação com o apoio do 2º elemento que é enfermeiro especialista em EMC. A gestão do ADR é assegurada pelo Enfermeiro Coordenador Especialista em EMC. No restante horário, a coordenação e gestão dos recursos é assumido pelo Chefe da Equipa Médica e o Chefe de Equipa de Enfermagem do respetivo turno.

No turno da manhã, tarde e noite estão escalados 18, 18 e 17 enfermeiros respetivamente, de forma a assegurar todos os postos de trabalho no SUMC: ADR ambulatório e internamento; SO internamento; sala aberta; SE, ST; Triagens e pequena-cirurgia. Para além de todos estes postos de trabalho, existe 1 enfermeiro que está de prevenção, pertencente à Equipa de Transporte Hospitalar. A ativação do enfermeiro de prevenção rege-se pelas normas de procedimento hospitalar do Transporte do Doente Crítico estabelecidos e é da responsabilidade do Chefe de Equipa de Enfermagem a sua ativação após confirmação das informações relativamente ao transporte.

Segundo o Despacho n.º 10319/2014, publicado no Diário da República n.º 153, Série II, de 11 de agosto que reconhece a obrigatoriedade da implementação de sistemas de triagem de prioridades em todos os SU, independentemente do nível, deve existir um sistema de triagem que permita distinguir graus de prioridade, de modo que, se houver tempo de espera, se exerçam critérios preestabelecidos de tempo até à primeira observação médica (MS, 2015b). Deste modo, para a ocupação dos postos de triagem, o enfermeiro deve possuir o curso de Sistema de Triagem de Manchester ministrado pelo Grupo Português de Triagem (GPT), devidamente validado, de forma a cumprir o atendimento, consoante a avaliação da queixa, sintomas referidos e/ou observados no momento.

De acordo com os PQCE definido pela OE, criar sistemas de qualidade revela-se uma ação prioritária, na medida em que os cuidados de enfermagem têm como foco de atenção a promoção cuidados de saúde ao longo do ciclo vital, prevenção da doença, promoção de processos de adaptação através da satisfação das necessidades humanas básicas fundamentais e adaptação funcional as alterações funcionais (OE, 2001). De acordo com o modelo teórico, o ambiente influencia os aspetos fisiológicos e fisiopatológicos da pessoa. E como tal, o enfermeiro, através dos padrões científicos, culturais e espirituais, deve garantir a adaptação da pessoa a essas alterações (Tomey & Alligood, 2004).

A organização dos cuidados de enfermagem obedece a metodologias promotoras de qualidade, de forma a dar resposta aos problemas de saúde apresentados. Assim, o exercício profissional dos enfermeiros é realizado num contexto de ação multidisciplinar, onde existem intervenções de enfermagem interdependentes e intervenções autónomas de enfermagem (OE, 2001). Ao longo do exercício profissional do enfermeiro, é possível identificar vários métodos de trabalho, que definem a divisão do trabalho e orientam para a tomada de decisão em função dos resultados esperados. Assim, identificam-se 4 métodos de trabalhos (Silva et al, 2021):

- **Método funcional** – Consiste na distribuição de tarefas padronizadas. Neste método o enfermeiro alcança a proficiência através da repetição sucessiva das técnicas e o foco da ação passa a ser a técnica/tarefa.
- **Método individual** – Consiste na abordagem total ao doente, ou seja, a organização dos cuidados está centrada no doente, o enfermeiro assume total responsabilidade pelos cuidados a um grupo de doentes durante o respetivo turno.
- **Método em equipa** – Nesta metodologia, os enfermeiros são divididos por grupos e são coordenados por um líder (ou vários líderes) que garante as qualificações de cada enfermeiro, maximiza a rentabilização do grupo e assume a responsabilidade da prestação dos cuidados.
- **Método do enfermeiro responsável** – Mais conhecido por *primary nursing*, que consiste na prestação de cuidados através de uma responsabilidade individualizada nas tomadas de decisão em relação à assistência do doente, ou seja, o enfermeiro é responsável por decidir como o cuidado deve ser prestado e supervisiona os cuidados prestados. Rege-se por métodos de trabalhos que refletem os valores sociais, ideologias de gestão e interação das várias equipas que interam a organização.

No SUMC, de acordo com as funções do Enfermeiro Chefe de Equipa, a metodologia utilizada é o método em equipa, onde o chefe de equipa distribui os enfermeiros pelos postos de trabalho, assumindo as qualificações de cada elemento, de forma a maximizar a rentabilização do grupo e em cada posição, o enfermeiro opera de acordo com método individual, à exceção do posto de trabalho ST onde o enfermeiro atua pelo método funcional.

Por dia, em média, recorrem ao SUMC, cerca de 150-200 pessoas, com maior incidência na segunda-feira. De acordo com a triagem de Manchester a maioria das recorrências são situações (CHE, 2021):

- 0,5% Emergentes (vermelho)
- 11,6% Muito Urgentes (laranja)
- 47,5% Urgentes (amarelo)
- 34,7% Pouco Urgentes (verde)

- 2,4% Não Urgente (azul)
- 3,4% Referenciado (branco)

Tratando-se de um SUMC de acesso a cuidados especializados, pretende-se que os doentes permaneçam o menor tempo possível, até à estabilização da situação clínica, sendo posteriormente transferidos para internamento em enfermaria/unidade ou decisão de alta clínica com referência para médico assistente (CHE, 2021).

Dada a afluência ao SUMC, diariamente é feita a gestão do Ekaban® que consiste num sistema de gestão de *stock* de fármacos e material clínico através de códigos de barras. Geralmente à sexta-feira ou nas vésperas de feriado, é realizada uma estimativa do material a ser utilizado, de forma a dar resposta durante o período do fim-de-semana/feriado. Faz parte das funções do Enfermeiro Chefe de Equipa a assegurar a reposição de material e medicamentos por posto de trabalho e é responsável pelo controlo e reposição de *stocks* dos Estupefacientes (CHE, 2022b).

Para além da atividade assistencial, importa referir que o SUMC colabora (CHE, 2021):

- Plano de contingência global do CHE;
- Plano de Catástrofe externa do CHE;
- Participação da direção de Serviço no Gabinete de Crise.

O SUMC tem uma cultura de gestão do risco implementada com propostas de ações corretivas. Assim, é realizado a monitorização e análise do risco clínico e não clínico pelos gestores locais, de forma a implementar medidas corretivas e outras ações de acordo com a saúde, segurança no trabalho/ergonomia nos vários postos de trabalho. São igualmente realizadas auditorias internas mensais ao processo de triagem e através do GPT e auditorias internas bimensais relativamente à identificação do doente internado no SUMC (CHE, 2021).

Através do cumprimento das normas e regras de boas práticas técnico-científicas, são dadas respostas aos problemas e expectativas dos doentes, sendo estes o pilar da cultura de qualidade e segurança dos cuidados, como tal, é mantida de forma criteriosa a revisão de protocolos e procedimentos, com adaptação ao novo contexto (CHE, 2021).

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O PIP surge no âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências de EEEMC-PSC e Mestre em Enfermagem, e encontra-se integrada nas atividades desenvolvidas no contexto da UC EF.

Importa elucidar alguns conceitos, nomeadamente, a origem etiológica da palavra projeto, que provém do termo latim *projectare* e significa lançar, investigar um determinado tema/problema com objetivo de conhecer e apresentar atuações/interpretações referente a uma temática. O projeto é uma atividade que decorre num período, de tempo, bem delimitado, visa obter um resultado específico e contribui para a execução de um programa (Imperatori & Giraldes, 1982).

Neste contexto, a investigação emerge na área de intervenção do REPE conforme consta nos pontos 5 e 6 do Artigo 9.º das “Intervenções dos enfermeiros” constante no Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, publicado no Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04 (MS, 1996).

A investigação em enfermagem surgiu durante a segunda metade do séc. XIX, na guerra da Crimeia, onde Florence Nightingale enfatiza a necessidade da colheita sistemática de dados, de forma a melhorar os cuidados e prioriza a necessidade de aprender o que observar e como observar. Desta forma, foram dados os primeiros passos na investigação em Enfermagem até à investigação científica que se pratica atualmente (Fortin, 1999). A investigação científica é o método de aquisição de conhecimento rigoroso, que recorre ao método científico com objetivo de encontrar respostas para resolver problemas (Silva, 2020). E conjugado com a Ciência são resultado de uma procura incessante de conhecer e dominar o mundo, através da resolução de problemas que vão surgindo de forma contínua (Coutinho, 2021).

Levine contribuiu para o desenvolvimento da investigação global em enfermagem, através dos princípios da conservação pelas quais as questões de investigação podem ser formuladas, tendo por base a taxonomia do diagnóstico de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

A implementação de projetos recolhe de forma sistemática dados e permitem uma reflexão da prática do enfermeiro, de forma a identificar preocupações, identificar e desenvolver competências, desenvolver uma prática baseada na evidência e desenvolvimento da profissão através do conhecimento (Benner, 2001).

Assim, para a realização deste projeto, recorreu-se à MP, que consiste numa ligação entre a teoria e a prática, na medida em que o conhecimento teórico suporta a prática. A MP tem como objetivo principal a resolução de problemas, e através dessa resolução adquirir capacidades e competências pessoais para a elaboração e concretização de projetos (Ruivo et al, 2010).

A MP divide-se em 5 etapas (Ruivo et al, 2010):

- (1) Diagnóstico da situação;
- (2) Definição de Objetivos;
- (3) Planeamento;
- (4) Execução e Avaliação;
- (5) Divulgação dos Resultados.

Seguidamente, iremos abordar cada etapa percorrida.

3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação é a primeira etapa da MP que visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada e responder a uma necessidade da população. Para tal, pressupõe-se que seja realizada, de acordo com contexto (Ruivo et al, 2010).

Levine (1965) através do Modelo da Conservação recomenda a utilização de *Troficognosis* como alternativa ao diagnóstico de enfermagem, decorrente do Processo de Enfermagem, que significa conhecimento completo da situação ao fazer um julgamento sobre as necessidades dos cuidados de enfermagem que a pessoa necessita.

O desenvolvimento infeção nosocomial contribui para um *outcome* negativo no doente crítico, sendo a primeira causa de morte no doente crítico e a principal responsável pelo desenvolvimento de disfunção multiorgânica (CHULC, 2022).

As infeções nos serviços de saúde, por norma, ocorrem em unidades de saúde complexas, nos doentes em estado crítico, dada a utilização de terapêutica, técnicas invasivas e diferenciadas. Assim, é emergente adotar medidas adequadas de controlo de infeção, de forma a reduzir as resistências microbianas e prevenção das IACS (DGS, 2019).

O MRSA mantém-se como um dos potenciais agentes causadores de IACS do mundo e uma das principais causas de morte nos doentes hospitalizados (Negrinho et al, 2019; Rodrigues & Coelho, 2020).

Para a criação e otimização de respostas de qualidade para satisfazer as necessidades da população, é fulcral a mobilização de recursos humanos de forma a desencadear a mudança, e é importante que estes possuam um bom nível de formação, adequada às suas funções e que possam dar continuidade à sua formação (Ruivo et al, 2010). Assim, de acordo com as Competências Específicas do EEEMC-PSC, enunciadas no Regulamento 429/2018 no Anexo II, na Unidade de Competência 3, evidencia-se “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, p. 19359), como tal, o enfermeiro deve identificar e atuar preventivamente, através da criação de estratégias que visem responder eficazmente à prevenção e controlo de infeção. De acordo com o referencial teórico, a hospitalização, a doença e as novas experiências exigem uma resposta, como tal, o enfermeiro deve relacionar o ambiente interno com os aspetos fisiopatológicos da pessoa, potenciando a sua adaptação à mudança (Tomey & Alligood, 2004).

O diagnóstico da situação é dinâmico e por se tratar de um processo contínuo em permanente atualização, é imperioso que seja realizado eficientemente e em tempo útil, de forma a agilizar a implementação de medidas pertinentes e exequíveis. Para a elaboração do diagnóstico de situação, nomeadamente, a identificação e validação dos problemas podem ser utilizadas várias ferramentas, de acordo com o contexto. Para este contexto em específico, recorreremos a entrevista não estruturada e a análise **SWOT** (**Strengths** = forças, **Weaknesses** = fragilidades, **Opportunities** = oportunidades, **Threats** = ameaças) (Cruz et al, 2017).

A entrevista é uma técnica bastante utilizada na investigação devido à sua flexibilidade para a colheita de dados em pesquisas qualitativas. Trata-se de uma relação estabelecida entre o entrevistado e o entrevistador que permite a negociação de visões resultantes da dinâmica social e onde todos os participantes podem eventualmente construir conhecimentos, encontrando respostas para as suas necessidades. Para a sua realização, é necessário haver uma preparação prévia e consentimento para a sua realização (Batista et al, 2017).

Neste sentido, foi realizado uma entrevista não estruturada com a enfermeira-chefe, a enfermeira orientadora e os enfermeiros peritos do serviço, no sentido de auscultar uma necessidade do serviço. A necessidade prioritária identificada foi a reimplantação do rastreio do MRSA nos doentes que irão ficar internados na nova Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD). E de acordo com os intervenientes, de modo a evitar lapsos no rastreio, o rastreio deverá abranger qualquer doente com critério de internamento no CHE.

A caracterização do problema passa por identificar, descrever, estabelecer relações entre as várias variáveis, compreender a pertinência do problema e posteriormente traçar objetivos (Ruivo et al, 2010). O desenvolvimento do conhecimento de uma disciplina prática só é possível através da ampliação dos conhecimentos práticos, o “*know-how*”, e é preciso documentar as práticas

realizadas, assim como as observações efetuadas de forma a contribuir para a riqueza do conhecimento contido na prática clínica (Tomey & Alligood, 2004).

De acordo com o Relatório da Vigilância Epidemiológica do CHE relativamente aos Microrganismos Multirresistentes e Microrganismos Problema 2018/2021, verificou-se um decréscimo no rastreamento do MRSA nos períodos 2019 e 2021. Essa redução foi justificada com o aparecimento da pandemia, no entanto é de referir que apesar dessa diminuição, os níveis permanecem elevados como pode ser claramente constatado na **Fig. 4**.

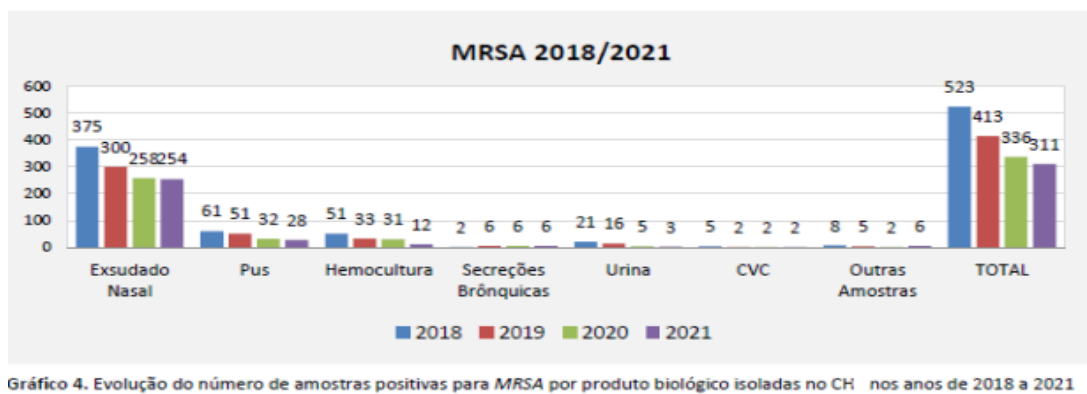


Fig. 4 – Amostras positivas de MRSA isoladas no CHE durante 2018-2021
Fonte: CHE, 2022c

Assim, com base na entrevista realizada e no relatório de vigilância epidemiológico do respetivo hospital, identificou-se a falta de realização rastreamento de MRSA nos doentes com critérios de internamento no CHE.

De forma suportar esta problemática, realizamos a análise SWOT conforme consta no **Tabela 2**. A análise SWOT é uma ferramenta utilizada para o Diagnóstico da Situação, onde são avaliados os pontos fortes – **Força** e **Fragilidade** da organização e **Oportunidades** e **Ameaças** do ambiente externo (Cruz et al, 2017; Hofrichter, 2021). Nesta problemática, podemos verificar que, em termos institucionais, a força temos: a existência de 5 elos de ligação do GCLPPCIRA, um em cada equipa; o trabalho e coesão da equipa de enfermagem e uma equipa motivada para melhorar a prática clínica. Como fraquezas verificamos a existência de apenas 2 elementos GCLPPCIRA no ativo; entrada de vários enfermeiros em tempos de pandemia; serviço de grande rotatividade e com grande fluxo de doentes. Em termos ambiental relativamente às Oportunidades temos: Abertura da nova UICD com capacidade para mais camas; possibilidade de recrutamento de mais enfermeiros e também a disponibilidade para aquisição de material novo. Como Ameaças temos o aumento do n.º doentes internados; rutura de *stock* por parte dos fornecedores de material e a aproximação do Inverno.

Fatores Positivos			
Fatores Internos	Forças	Oportunidades	Fatores Externos
	• Existência de 5 elementos de ligação do GCLCIPRA, 1 em cada equipa, total de 5 elementos; • Trabalho e Coesão da equipa de Enfermagem; • Equipa motivada para melhorar a prática clínica.	• Abertura de nova unidade de UICD com 30 camas, 2 quartos de isolamento com pressão negativa e 2 unidades de isolamento; • Aumento do n.º de enfermeiros; • Disponibilidade para aquisição de material.	
	Fraquezas	Ameaças	
	• Existência apenas de 2 elementos GCLCIPRA no ativo em horário de amamentação, os restantes elos encontram-se de atestado; • Entrada de vários enfermeiros devido à pandemia; • Serviço de grande rotatividade; • Grande fluxo de doentes.	• Aproximação do Inverno; • Aumento do número de doentes internados; • Ruturas de <i>stock</i> por parte dos fornecedores de material.	
Fatores Negativos			

Tabela 2 – Análise SWOT
Fonte: Elaboração Própria

De forma a conhecer melhor a população-alvo e auscultar o conhecimento da equipa de enfermagem relativamente à temática em questão, realizamos um questionário pré-diagnóstico online Apêndice II, com recurso à ferramenta *Google Forms*, que foi previamente revisto e validado pela Professora Orientadora e pela Enfermeira Orientadora. Este questionário encontra-se dividido em duas partes: Na primeira, pretendeu-se a caracterização sociodemográfica, profissional e académica da população-alvo, neste caso, a equipa de enfermagem do SUMC e na segunda parte, avaliar a pertinência e os conhecimentos da equipa sobre a temática que pode ser consultado no respetivo apêndice.

Após os esforços desenvolvidos e a sensibilização realizada para o preenchimento do questionário por parte dos intervenientes, obtiveram-se 23 respostas no universo de 90 enfermeiros (Apêndice III). Dos inquiridos que responderam ao questionário: 43,5% (n=10) tem experiência

profissional entre 10-20 anos e 43,4% (n=10) tem experiência profissional inferior a 5 anos e apenas 13% (n= 3) tem 6-10 anos de experiência profissional (**Gráfico 1**).

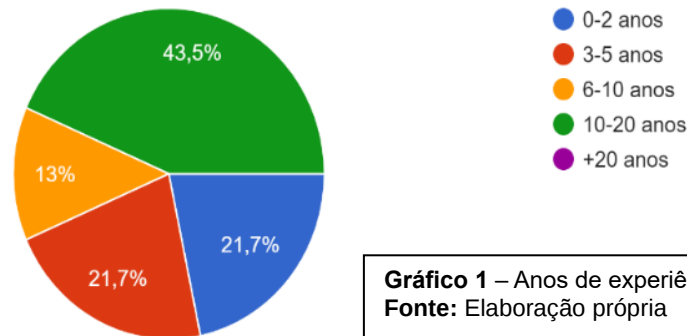


Gráfico 1 – Anos de experiência profissional
Fonte: Elaboração própria

Benner (2001) refere que a experiência profissional é primordial, porque para atingir os estágios de proficiente e perito, o enfermeiro necessita de aprender pela experiência a reconhecer situações na sua generalidade que passam despercebidas ao enfermeiro iniciado ou competente e a desenvolver a intuição que caracteriza o enfermeiro perito.

Dos profissionais que responderam ao questionário, 73,9% (n= 17) tem formação especializada em Enfermagem médico-cirúrgica, Enfermagem de Reabilitação e 26,1% (n=6) não tem formação especializada (**Gráfico 2**).

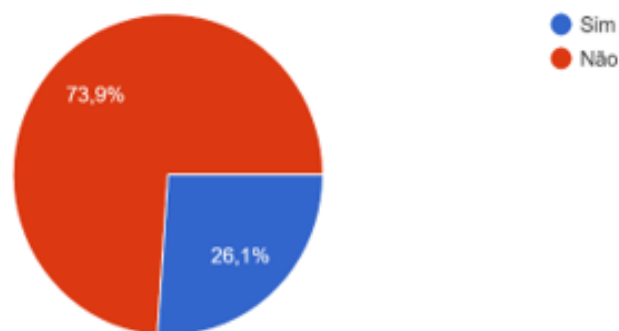


Gráfico 2 – Enfermeiros com especialização em Enfermagem
Fonte: Elaboração própria

Todos estes profissionais da amostragem (n=23) referem ser importante a realização de formação para a prevenção e controlo de infeção por MRSA e manifestam várias sugestões para a qual vamos tentar dar resposta durante a implementação do projeto (**Gráfico 3**).

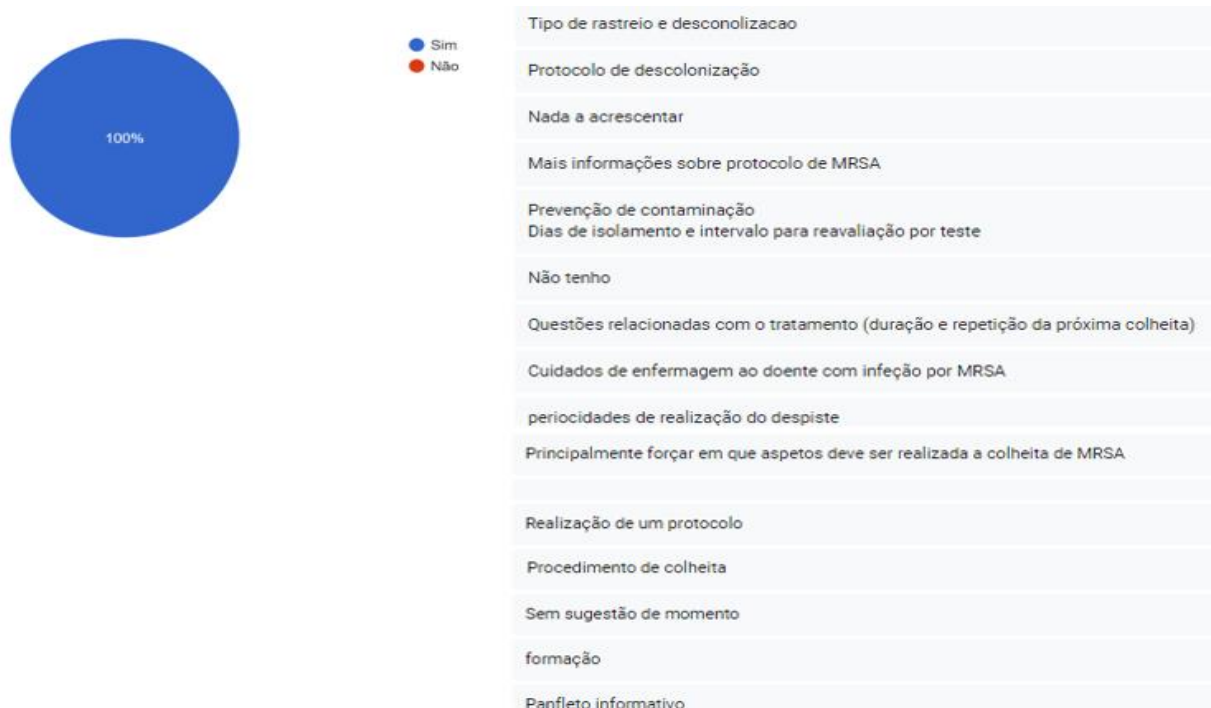


Gráfico 3 – Importância da realização de formação para a prevenção e controlo de infeção por MRSA e sugestões
Fonte: Elaboração própria

3.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A definição de objetivos é a segunda etapa do processo da MP. E entende-se como objetivo um resultado que se pretende atingir, com diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico (Ruivo et al, 2010).

Os objetivos específicos são o resultado da subdivisão do objetivo geral, sendo indicadores de conhecimento e aptidão que os formandos devem obter ao longo do processo formativo, devendo estes ser rigorosos, precisos, exequíveis e mensuráveis (Ruivo et al, 2010).

Assim, tendo em conta a problemática já identificada e explanada neste relatório, foi definido como **objetivo geral**:

Implementar o rastreio do MRSA no SUMC, no decorrer do EF.

E como **objetivos específicos**, enumeram-se os seguintes:

1. Recolher evidência científica sobre a temática;
2. Capacitar a equipa de enfermagem para o rastreio do MRSA durante a realização do EF;

3. Construir poster com informação sintetizada sobre o rastreio e descolonização por MRSA;
4. Construir proposta de procedimento interno sobre o rastreio de MRSA.

3.3. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

Na terceira etapa da MP, a fase do planeamento, delineiam-se as atividades a desenvolver, com a finalidade de dar resposta aos objetivos anteriormente enunciados. É nesta fase do que existe uma antevisão de uma imagem final, um esboço do projeto e na implementação das operações, onde existe um compromisso entre os objetivos e os recursos (Ruivo et al, 2010).

Para a preparação das atividades, a pesquisa da informação tem um papel preponderante, na medida em que é possível proporcionar contributos importantes para o avanço da prática e permite uma avaliação mais eficaz do percurso a realizar. É nesta fase que também foi realizado o levantamento dos recursos, as limitações que podem condicionar a implementação do projeto, são definidas as atividades que se encontram esplanados no cronograma de Atividades do EF que está incluso no PIP (Apêndice I) (Ruivo et al, 2010).

Levine acredita que o enfermeiro deve munir-se de conhecimentos científicos, através da observação sensível e seleção de dados relevantes de forma a sustentar a sua avaliação das necessidades de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

É na fase do planeamento que são averiguados todos os recursos necessários para realização do projeto. Recursos são todos os meios necessários para a concepção do projeto, nomeadamente, humanos, equipamentos, materiais necessários e quantidade (Ruivo et al, 2010).

Nesta fase em que se pretende a introdução do rastreio do MRSA, tendo em conta todas as condicionantes que o SUMC atravessou com a pandemia, nomeadamente, a entrada de novos profissionais, a necessidade de voltar a formar e sensibilizar os profissionais para o procedimento, o curto internamento dos doentes que permitam calcular a incidência, estabeleceu-se como indicadores os que estavam inicialmente acordados com o GCLPPCIRA e os elementos de ligação, conforme consta na **Tabela 3**.

Assim, o instrumento de auditorias a ser implementado é o enunciado na Norma da DGS n.º 018/2014 (atualizada em 27/04/2015).

	Indicadores	Metas
Indicadores de Processo	Cumprimento da Norma 018/2014 (atualizada em 27/04/2015) da DGS.	95%
	% rastreios precoces de acordo com a Norma da DGS n.º 018/2014 (atualizada em 27/04/2015)	95%
	Taxa de cumprimento das medidas de isolamento nos doentes portadores de MRSA	95%
	Taxa de cumprimento de PBCI nos doentes em isolamento	95%
Indicadores de Resultado	Taxa de prevalência de MRSA	20%

Tabela 3 – Indicadores de qualidade rastreio MRSA no SUMC
Fonte: Elaboração própria

A seleção de estratégias refere-se à utilização de meios que foram definidos no planeamento. Estas devem ser eficientes e passíveis de serem aplicados de acordo com a tarefa. E tem como objetivo principal utilizar de forma eficaz os recursos, de acordo com as decisões e o tipo de infraestruturas existentes (Ruivo et al, 2010).

De acordo com o referencial teórico, o enfermeiro deve estar dotado de conhecimento científico e planear os cuidados, tendo em conta as necessidades da pessoa, potenciando a adaptação às alterações decorrentes da doença e garantir a sua individualidade (Tomey & Alligood, 2004).

É então na fase da execução, que todo o planeamento ganha forma, tornando-se uma situação real através da implementação de estratégias e intervenções planeadas. A separação entre o real idealizado e o real em construção mostra-se problemático e a sua resolução potencia o desenvolvimento e aprofundamento de várias competências. (Ruivo et al, 2010).

Estando o SUMC numa fase de reestruturação devido à construção da nova UICD; a existência de vários elementos da equipa ausentes por incapacidade temporária/prolongada e férias; o aumento da carga horária dos enfermeiros que impossibilita/dificulta a participação nas sessões, são algumas das limitações que poderão condicionar a implementação do projeto. Tendo em conta as alterações estruturais, houve necessidade de identificar e definir circuitos para a alocação dos doentes em isolamento preventivo e de contato; para a implementação do projeto, foi necessário efetuar articulação com: os elementos do GCLPPCIRA no que concerne à atuação e notificação; com o laboratório para celeridade na obtenção dos resultados; com farmácia para aumentar o nível de stock das zaragotas e elementos de ligação com GCLPPCIRA para a realização de auditorias internas e garantir as formações periódicas à equipa multidisciplinar para o cumprimento das normas de prevenção e controlo de infeção.

Seguidamente, iremos apresentar as atividades, estratégias e recursos utilizados para alcançar os objetivos específicos propostos:

1º Objetivo: Recolher evidência científica sobre a temática

- Atividades e estratégias utilizadas:
 - ✓ Aceder a bases de dados científicas sobre MRSA: Cuidados de enfermagem promotores da segurança na prevenção de infeção por MRSA no doente crítico adulto;
 - ✓ Realizar uma Revisão *Scoping*;

- Recursos Humanos:
 - ✓ Professora Orientadora

- Recursos Materiais e Tecnológicos
 - ✓ Bibliografia pesquisada e selecionada nas diferentes bases de dados científicas sobre cuidados de enfermagem para a prevenção de MRSA no doente crítico adulto;
 - ✓ Computador com acesso à internet
 - ✓ Livros.

- Indicador de Avaliação
 - ✓ Apresentação do resumo do artigo e quadro sintetizador da pesquisa

De forma a aprofundar conhecimentos sobre o tema, realizamos uma Revisão *Scoping* intitulada por “*Cuidados de enfermagem na prevenção de infeção por MRSA no doente crítico adulto: uma scoping review*”, onde é possível visualizar o resumo do artigo e o quadro sintetizador da pesquisa no Apêndice IV.

Através da metodologia da Joanna Briggs Institute (JBI), formula-se a questão de revisão com recurso à mnemónica **População** (P), **Conceito** (C) e **Contexto** (C), de forma a organizar os estudos selecionados, extrair os dados e mapear a evidência, assim como explicar o seu significado (Apóstolo, 2017). Desta forma formulamos a seguinte questão “Quais os cuidados de enfermagem na prevenção da infeção por MRSA no doente crítico adulto?”, sendo que **População** – O adulto (idade superior a 18 anos); **Conceito** – Cuidados de enfermagem na prevenção da infeção por MRSA; e **Contexto** – Doente Crítico (contexto de serviço de urgência ou unidade de cuidados intensivos).

Para a realização da pesquisa recorreremos a dois motores de busca: **EBSCOhost** e **ClinicalKey** e de acordo com os descritores em Ciências da Saúde, DeCs e MeSH, foram utilizadas

4 palavras-chaves no primeiro motor de busca que foram interligadas com o operador booleano AND da seguinte forma: *Methicillin-resistant staphylococcus aureus* AND *Infection control* AND *Critical care* AND *Nurse* e foram utilizadas as seguintes bases de dados: CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; MedicLatina; Cochrane Central Register of Controlled Trial; Cochrane Clinical Answers; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; Academic Search Complete. No segundo motor de busca, os artigos advêm da empresa Elsevier e utilizamos 3 palavras-chaves que foram interligadas com o operador booleano AND originando *Methicillin-resistant staphylococcus aureus* AND *Infection control* AND *Critical care*.

Como critérios de inclusão delimitamos:

- Estudos realizados com pessoas adultas, com idade ≥ 18 anos, independentemente do género;
- Estudos realizados em contexto de Serviço de Urgência ou Unidade Cuidados Intensivos; Estudos com data de publicação entre os anos 2018 e 2022 inclusive;
- Estudos publicados em inglês, português ou espanhol;
- Estudos publicados em revistas, jornais ou periódicos científicos.

Como critérios de exclusão temos:

- Estudos realizados com pessoas, com idade < 18 anos;
- Estudos realizados com grávidas/puérperas/mulher que amamentam;
- Estudos publicados em e-books, testemunhos particulares.

Desta pesquisa originaram 2029 artigos, com a aplicação dos limitadores, artigos indisponíveis e repetidos, originaram 110 artigos e após leitura do título e integral do resumo, ficamos com total de 4 artigos (2 pelo motor de busca EBSCOhost e 2 pela ClinicalKey). Todo este processo obedece ao Modelo de construção PRISMA – *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyse* (Liberati et al, 2009) que se encontra na **Fig. 5**.

Após o estudo aprofundado realizado sobre a temática, foi possível concluir que, promover e adotar medidas adequadas de controlo de infeção é uma ação emergente, pois permite a redução das resistências antimicrobianas para a prevenção das IACS; O enfermeiro é o profissional que maximiza a prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica.

Assim, neste sentido, o EEEMC-PSC tem um papel preponderante na prevenção e controlo de infeção, porque o “risco existe face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas

medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018, p. 19364).

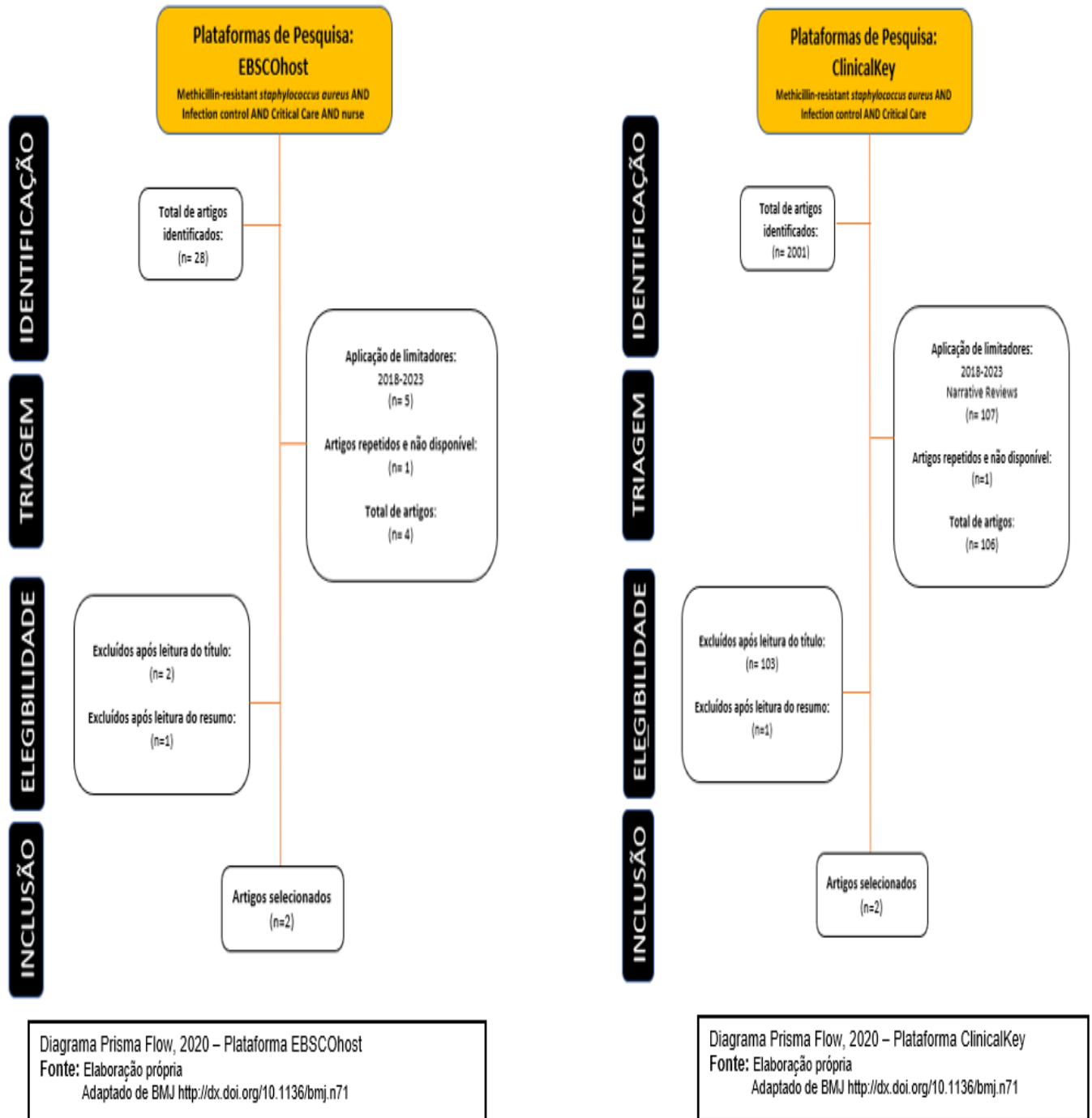


Fig. 5 – Diagramas Primas das Plataformas EBSCOhost e ClinicalKey
Fonte: Elaboração Própria

2º Objetivo: Capacitar a equipa de enfermagem para o rastreio do MRSA durante a realização do EF

- Atividades e estratégias utilizadas:

- ✓ Articulação com a enfermeira coordenadora, enfermeira orientadora, enfermeira responsável pela formação e elementos de ligação com GCLPPCIRA na comunicação com restante equipa de enfermagem e com a professora orientadora no sentido de orientação sobre a implementação do projeto;
- ✓ Realização de 2 sessões de formação (presencial e online, de preferência com os elementos de ligação do GCLPPCIRA);
- ✓ Apresentação de vídeo demonstrativo do rastreio do MRSA durante as sessões de formação.
- ✓ Realização de uma sessão em formato online, de forma a abranger o maior n.º de enfermeiros, na impossibilidade de estarem presencialmente na sessão de formação;
- ✓ Realização da formação nas várias equipas, antes da passagem de turno, de forma abranger a maior parte da equipa de enfermagem;
- ✓ Replicação da formação por parte dos elementos de ligação do GCLPPCIRA, em cada equipa e de forma periódica a toda a equipa de enfermagem;
- ✓ Implementação do rastreio antes a abertura da nova UICD;
- ✓ Atualização da Folha de Controlo para pesquisa de Portadores de MRSA;
- ✓ Criação de Panfleto informativo para a população sobre o MRSA.
- ✓ Construção de dossier físico e pasta digital com a informação relacionada com o rastreio.

- Recursos Humanos:

- ✓ Professora Orientadora;
- ✓ Enfermeira Orientadora;
- ✓ Enfermeira Coordenadora;
- ✓ Enfermeira responsável pela Formação em Serviço do SUMC;
- ✓ Elementos de ligação do GCLPPCIRA;

- Recursos Materiais e Tecnológicos

- ✓ Sala de formação do SUMC com cadeiras e mesas;
- ✓ Sala de Computador com programa para visualização de vídeo ou com acesso à internet;

- ✓ Videoprojector;
 - ✓ Material necessário para rastreio e descolonização de MRSA (zaragatoa nasal; EPI – avental, batas, luvas; SABA; saco do lixo; esponjas e solução de clorexidina; pomada de mupirocina nasal);
 - ✓ Plastificadora + bolsas para plastificar;
 - ✓ Impressora, papéis e tinteiros.
-
- Indicadores de Avaliação
 - ✓ Cartaz de divulgação das formações: presencial e on-line;
 - ✓ Apresentação do plano da sessão de formação;
 - ✓ Realização da Sessão de Formação on-line e presencial;
 - ✓ Atualização da folha de controlo para a pesquisa de Portadores de MRSA;
 - ✓ Sinalética dos isolamentos preventivo e de contato;
 - ✓ Realização do folheto informativo para ser entregue ao doente/família.

A formação dos profissionais deve ser contínua, adaptada à atividade de trabalho e à carreira profissional, com intuito de estimular e potenciar o processo evolutivo aos níveis pessoal e profissional. Esta necessidade é assumida pelos enfermeiros durante o seu desenvolvimento pessoal e profissional, sendo essencial para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, a atualização e o grau de formação dos profissionais no desempenho das suas funções são fulcrais para a melhoria da qualidade dos serviços (Ortega et al, 2015). A prática reflexiva permite a capacitação do enfermeiro para lidar, de forma crítica, com as condicionantes do processo saúde-doença, realizar a sua prática de forma autónoma, tendo em conta o seu contexto profissional (Netto et al, 2018).

Após a realização da pesquisa, os enfermeiros do serviço foram convocados para as formações presencial e online intitulado por “Rastreio ativo do *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA): Para uma Enfermagem Promotora da Segurança do Doente”, com recurso ao cartaz de divulgação (Apêndice V) que foi encaminhado por email e pelas várias formas de comunicação da equipa, em articulação com o enfermeiro coordenador, a enfermeira orientadora e a enfermeira responsável para formação do serviço. Posteriormente, iniciou-se a preparação da sessão de formação através da construção do plano de sessão e validação com a enfermeira orientadora e professora orientadora (Apêndice VI).

Nos dias estabelecidos, decorreu a formação dos profissionais, através da realização de 2 sessões de formação e de forma a abranger o maior número de profissionais optámos por realizar uma sessão presencial e outra online. A formação presencial foi replicada online e organizada da seguinte forma: na primeira parte foram abordados: o enquadramento teórico sobre a temática

e a sua importância; os critérios para o rastreio; apresentado o protocolo de descolonização e restantes de medidas a implementar. Na segunda parte, promovemos a visualização de um vídeo sobre a técnica da colheita e a apresentação dos materiais necessários para a realização do rastreio conforme consta no Apêndice VII.

Ao longo da formação, foram apresentados os materiais produzidos para o serviço, nomeadamente, a Folha de Controlo para pesquisa de Portadores de MRSA (Apêndice VIII), a sinalética do isolamento preventivo (Apêndice IX) e isolamento de contato por MRSA (Apêndice X), o poster com fluxograma para ser afixado no SA e SO, a criação de um dossier físico (Apêndice XI) e informático com toda a informação sobre o rastreio ativo do MRSA que funcionará como documentação de bolso e o folheto informativo a ser entregue ao doente/família (Apêndice XII), conforme solicitado nas sugestões do inquérito pré-diagnóstico e por atualmente não estar nenhum folheto informativo disponível na intranet pela GCLPPCIRA sobre a temática.

Objetivo 3º - Construir poster com informação sintetizada sobre o rastreio e descolonização por MRSA

Objetivo 4º - Construir proposta de procedimento interno sobre o rastreio de MRSA.

Os objetivos 3 e 4 são apresentados em conjunto uma vez que, as atividades e estratégias implementadas foram realizadas em simultâneo, mas concretizados separadamente.

- Atividades e estratégias utilizadas:
- ✓ Reunião com a enfermeira orientadora; enfermeiro coordenador e elementos de Ligação com GCLPPCIRA;
- ✓ Realização do poster e proposta de protocolo de atuação sobre o rastreio de MRSA com informação sintetizada e baseada na última evidência e de acordo com as orientações mundiais, europeias e nacionais;
- ✓ Apresentação do poster e proposta de procedimento à professora orientadora, enfermeira coordenadora, enfermeira orientadora e elementos de ligação com GCLPPCIRA;
- ✓ Averiguar com a enfermeira orientadora e elementos de ligação com GCLPPCIRA sobre o melhor local para fixação na SA e no SO (locais onde geralmente permanecem pessoas com possível critério de internamento);
- ✓ Apresentação do poster à equipa de Enfermagem do SUMC e a proposta de procedimento à equipa assim que for oportuno.

- Recursos Humanos:

- ✓ Professora Orientadora;
- ✓ Enfermeira Orientadora;
- ✓ Enfermeira Coordenadora;
- ✓ Elementos de ligação do GCLPPCIRA;

- Recursos Materiais e Tecnológicos

- ✓ Computador com Microsoft PowerPoint® e Microsoft Word®;
- ✓ Internet;
- ✓ Plastificadora + bolsas para plastificar;
- ✓ Impressora, papéis e tinteiros.

- Indicador de avaliação

- ✓ Construção do poster com a informação sintetizada
- ✓ Apresentação da proposta de procedimento interno sobre o rastreio de MRSA

A construção do poster foi realizada com base na informação obtida na pesquisa, de acordo com a última evidência científica e segundo as orientações mundiais, europeias e nacionais. E teve como objetivos sintetizar a informação e promover uma consulta rápida sobre o rastreio ativo da pesquisa de MRSA.

Preconiza-se que a leitura do poster deve captar a atenção do leitor, não mais que 30 segundos. Geralmente segue uma linha orientadora da organização, com regras específicas (Clematide, 2008).

De forma a tornar o poster apelativo, utilizamos um menor n.º de palavras, adequamos a disposição das colunas e evitamos excesso de informação que foi validado pela enfermeira coordenadora, a enfermeira e professora orientadores e como se pode constatar no Apêndice XIII.

O procedimento é uma ferramenta de comunicação que tem como objetivo sistematizar, normalizar conceitos, instruções de trabalho e fornecer orientações e promovendo a adoção de boas práticas, auxilia no processo de auditorias e atesta a conformidade das informações, com critérios pré-estabelecidos (Carvalho, 2020).

Após a pesquisa realizada sobre a mais recente evidência científica sobre a temática e as várias reuniões com a enfermeira coordenadora, a enfermeira orientadora, os enfermeiros de ligação GCLPPCIRA e professora orientadora, verificou-se a necessidade da realização de um procedimento interno sobre o rastreio de MRSA. O contributo dos enfermeiros do serviço, tam-

bém se revelou de extrema importância, pelas suas sugestões e conhecimentos sobre as dinâmicas próprias do serviço. Desta forma foi realizado o procedimento interno relativamente ao rastreio do MRSA no SUMC, que pode ser consultado no Apêndice XIV.

3.4. AVALIAÇÃO

A avaliação é a quarta etapa da MP e é processo dinâmico, complexo e contínuo que permite uma análise da situação, a comparação dos objetivos inicialmente definidos e os objetivos atingidos, assim como as intervenções e seleção de estratégias e meios. E de forma a conduzir a avaliação é possível utilizar vários instrumentos, que passam pela observação, entrevistas, questionários, de acordo com o indicado que se pretende recolher (Ruivo et al, 2010).

Ao longo do presente projeto foram surgindo vários instrumentos de avaliação, nos diversos momentos. Após a realização das sessões de formação, presencial e online, foi aplicado um questionário com recurso ao *Google Forms*, uma vez que se tratou de uma formação incluída no plano de formação do Serviço de Urgência onde foram avaliados: A ação da formação, o formador, a apreciação global da formação, o impacto no desempenho e foram solicitadas sugestões para melhoria da ação. A avaliação foi realizada de acordo com a escala numérica, sendo que 1 – Insuficiente, 2 – Suficiente, 3 – Bom, 4 – Muito bom e 5 – Excelente, e pode ser consultado no Apêndice XV. Relativamente à avaliação do impacto que esta formação poderá ter no desempenho dos profissionais obtivemos uma avaliação de 100% (n=9), o que nos poderá dar um indicador da importância da ação de formação na prática clínica, alguns enfermeiros deixaram também algumas sugestões que foram tidas em consideração e levados a cabo na implementação do projeto.

A avaliação da implementação do rastreio não pode ser realizada por esta ter sido introduzida recentemente, no entanto, será da responsabilidade dos elementos de ligação com GCL-PPCIRA a monitorização e avaliação do rastreio e dos resultados.

Relativamente aos objetivos propostos, podemos verificar que:

1º Objetivo: Recolher evidência científica sobre a temática

- Indicador de Avaliação

Apresentação do resumo do artigo e quadro sintetizador da pesquisa

De forma a sustentar a implementação do rastreio de MRSA no SUMC na mais recente evidência científica e ir de encontro ao objetivo proposto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e efetuada uma seleção criteriosa da informação encontrada.

Foi realizada uma revisão *scoping* com base no modelo de Joanna Briggs Institute (JBI), que permite uma pesquisa contínua e potencia o desenvolvimento de novas abordagens com base na evidência de forma eficaz e rigorosa (Apóstolo, 2017). Este tipo de revisão permite mapear uma determinada área de conhecimento, sobre a qual existe uma escassa informação específica, permitindo reconhecer os tipos de evidência disponíveis, identificar as principais características ou fatores relacionados sobre uma determinada área e justificar e produzir informação que possibilite a realização de uma revisão sistemática da literatura (Apóstolo, 2017; Aromataris & Munn, 2020). Para a realização da revisão *scoping* de acordo com JBI, foram percorridas várias etapas, tais como, formular uma pergunta de investigação e delinear uma estratégia de pesquisa, definir de critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos; apresentar os resultados obtidos, realizar a discussão e conclusão da mesma com sucesso.

Assim, após a pesquisa sobre a temática, foi possível construir as várias ferramentas de trabalho e construir um protocolo de atuação com base na melhor evidência científica possível e concluir que, promover e adotar medidas adequadas de controlo de infeção é uma ação emergente, pois permite a redução das resistências antimicrobianas para a prevenção das IACS. E através do indicador que pode ser verificado no Apêndice IV – Resumo do Artigo e Quadro Sintetizador da Pesquisa, podemos dizer que este objetivo foi atingido com sucesso.

2º Objetivo: Capacitar a equipa de enfermagem para o rastreio do MRSA durante a realização do EF

- Indicadores de Avaliação

Cartaz de divulgação das formações: presencial e on-line;

Apresentação do plano da sessão de formação;

Realização da Sessão de Formação on-line e presencial;

Atualização da folha de controlo para a pesquisa de Portadores de MRSA;

Sinalética dos isolamentos preventivo e de contato;

Realização do folheto informativo para ser entregue ao doente/família;

Organização do dossier físico sobre rastreio do MRSA.

No âmbito dos cuidados à pessoa em situação crítica, é fundamental que os profissionais estejam dotados de formação específica de forma a dar resposta à necessidade identificada, assim, e com objetivo de apresentar o trabalho desenvolvido e sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do rastreio do MRSA foram realizadas 2 sessões de formação sobre a temática em questão (Apêndice V). Para o agendamento das sessões, foram realizados esforços para que as datas não coincidisse com as restantes formações já programadas no plano de

formação do SUMC e que permitam abranger o maior número de profissionais. Assim conseguimos que as datas respeitassem o cronograma das atividades e foram realizadas dentro do período do estágio conforme o objetivo estabelecido.

Apesar dos vários esforços realizados de forma a abranger o maior número de formandos, nas sessões presencial e online, foi reduzido o n.º de participantes tendo em conta o n.º total de elementos da equipa. Presencialmente estiveram presentes 3 elementos e online estiveram 8, que corresponde a uma taxa de adesão de 12,2%. Segundo a informação dos enfermeiros responsáveis do serviço, da formação e do enfermeiro orientador, geralmente a taxa de adesão às formações não ultrapassa os 30-40%, o que permite concluir que não está fora do padrão praticado neste SUMC.

Tendo em conta a baixa taxa de participação nas formações, replicámos a formação aos elementos de ligação do GCLPPCIRA e os chefes de equipa no momento da passagem de turno; guardarmos a gravação da formação em formato digital, assim como o vídeo mostrado nas formações na pasta digital que foi criada com a informação relativa ao MRSA para consulta, acessível a todos os membros da equipa de enfermagem, caso seja necessário. Foi criado também um dossier físico com toda a informação e instrumentos necessários para o rastreio do MRSA no SUMC (Apêndice XI), nomeadamente, folha de controlo para a pesquisa de portadores de MRSA (Apêndice VIII); Sinaléticas dos isolamentos preventivo e de contato (Apêndices IX e X, respetivamente); e Folheto informativo sobre o rastreio de MRSA para entregar as famílias/cuidadores (Apêndice XII). Acreditamos que estas medidas serão de grande utilidade no futuro, especialmente durante a efetiva implementação do MRSA no SUMC.

É fundamental que todos os membros da equipa de enfermagem possuam um conhecimento sólido sobre como operacionalizar o protocolo de rastreio de MRSA, de forma a garantir o sucesso de todo o processo. Portanto, queremos expressar a nossa total disposição para continuar a colaborar neste processo.

Após o término das sessões de formação, os participantes foram convidados a preencher um breve questionário de avaliação de satisfação por meio da plataforma Google Forms® conforme Apêndice XV. É importante destacar que dos 11 participantes, somente 9 forneceram *feedback* por meio do questionário. De forma global, a avaliação da sessão demonstra níveis de satisfação que variam de "bom" a "muito bom" e, em alguns casos, alcançam a classificação "excelente", conforme ilustrado na **Tabela 4**. No que concerne à prática dos cuidados, 100% dos inquiridos referem que a realização da formação terá um impacto no desempenho das suas funções.

Após concluir as sessões de formação, elaborar as várias ferramentas necessárias, coordenar com o laboratório e a farmácia, e apresentar todos os documentos relevantes, avançamos com a implementação do rastreamento de MRSA no SUMC no 6 de janeiro de 2023. Dessa

forma, podemos afirmar com total confiança que o objetivo sobre capacitar a equipa de enfermagem para realização do rastreio do MRSA foi alcançado de forma inequívoca.

Indicadores de Avaliação	1 Insuficiente	2 Suficiente	3 Bom	4 Muito bom	5 Excelente
Avaliação da ação					
Divulgação da formação			33,3%	33,3%	55,5%
Apoio administrativo (inscrições e informações)		11,1%		77,7%	11,1%
Utilidade do tema			11,1%	55,5%	33,3%
Objetivos da ação		11,1%		55,5%	33,3%
Conteúdo/Estrutura da ação			11,1%	55,5%	33,3%
Duração da ação		11,1%		55,5%	33,3%
Equipamento e meios audiovisuais		11,1%		55,5%	33,3%
Avaliação do formador – Cândida Silva					
Domínio dos conteúdos			22,2%	66,6%	11,1%
Clareza da linguagem			22,2%	66,6%	11,1%
Esclarecimento de dúvidas			22,2%	55,5%	22,2%
Capacidade de motivação		11,1%	11,1%	55,5%	22,2%
Relacionamento com formandos			22,2%	33,3%	44,4%
Adequação do método pedagógico		11,1%	11,1%	44,4%	33,3%
Cumprimento de horários		11,1%	11,1%	33,3%	44,4%
Documentação de apoio			22,2%	33,3%	44,4%
Geral					
Apreciação global			11,1%	22,2%	66,6%
	Sim			Não	
Impacto no desempenho	100%			0%	

Tabela 4 – Tabela avaliação das sessões
Fonte: Autoria própria

Objetivo 3º: Construir poster com informação sintetizada sobre o rastreio e descolôniação por MRSA

Objetivo 4º: Construir proposta de procedimento interno sobre o rastreio de MRSA

- Indicador de avaliação

Construção do poster com a informação sintetizada;

Proposta de procedimento interno sobre o rastreio de MRSA.

Para a realização do poster e do procedimento interno, foi fundamental e facilitador a realização da pesquisa prévia da evidência científica mais recente, de forma garantir coerência da informação segundo as normas e diretrizes nacionais e internacionais. A construção do poster e do procedimento revelou-se desafiador, na medida em que foi necessário realizar uma gestão do espaço e do conteúdo, a informação contida teve de ser apresentada de forma clara e concisa tendo em conta o público-alvo.

Após a construção do poster e do procedimento foram realizadas 3 reuniões com a enfermeira coordenadora, a enfermeira orientadora, os elementos de ligação com GCLPPCIRA e a professora para assegurar que tudo estivesse em conformidade, ficando assim validados positivamente, conforme se pode confirmar respetivamente nos Apêndices XIII e XIV.

Relativamente ao *feedback* obtido dos colegas após a exibição do poster, estes afirmam que o poster contém informações sintetizadas, tornando mais fácil acesso à informação e consequentemente o esclarecimento de dúvidas, contribuindo igualmente para a padronização das práticas sobre o rastreio ativo do MRSA. Podemos assim concluir que estes objetivos foram alcançados com sucesso.

3.5. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A divulgação dos resultados é crucial no desenvolvimento de um projeto e representa uma etapa importante após a sua implementação. Nesta fase, o objetivo é transmitir à população e entidades a relevância do projeto, o caminho percorrido para resolver o problema e os resultados alcançados. Isso permite que os utentes estejam cientes do compromisso que os profissionais têm com a instituição de forma a melhorar os cuidados, promovendo uma prática baseada em evidências (Ruivo et al, 2010). Na área da saúde, essa fase tem o propósito de conscientizar os profissionais sobre a problemática, possibilitando a definição de estratégias de forma a minimizar ou eliminar o problema, promovendo um avanço no desenvolvimento profissional e melhoria dos cuidados de saúde (Ruivo et al, 2010).

A concretização do PIP foi alcançada por meio da implementação do rastreio ativo de MRSA no SUMC, seguindo as fases da metodologia de projeto: Inicialmente com a identificação da necessidade e após essa identificação foi necessário realizar uma pesquisa em bases de dados científicas sobre a temática e verificar as directrizes nacionais e internacionais atuais. Com base na pesquisa realizada, traçaram-se objetivos claros e exequíveis de forma a dar resposta ao PIP. De acordo com esses objetivos, foram desenvolvidas estratégias e ações, que passaram pela construção de aporte teórico de forma a dar suporte à implementação, definição de funções e responsabilidades dos vários intervenientes e quais os recursos necessários. Após as sessões de formação cujo objetivo era capacitar a equipa de enfermagem para o rastreio, várias reuniões com laboratório, elementos de ligação ao GCLPPCIRA, farmácia de forma a garantir os recursos necessários, decorreu a implementação no dia 06 de Janeiro, onde foi posto em prática o rastreio ativo do MRSA no SUMC.

Todo este processo permitiu o sucesso da implementação do rastreio ativo de MRSA no SUMC, contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados aos doentes e atuar na prevenção de IACS.

O indicador de avaliação será a posterior elaboração e apresentação de um artigo com os resultados alcançados através da implementação deste PIP, no entanto, considera-se pouco tempo de implementação do rastreio no SUMC para a sua conceção.

É importante destacar que, a elaboração deste relatório, bem como sua posterior discussão pública e publicação no repositório universitário, servirá para documentar todo o processo de desenvolvimento do projeto e seus resultados. Este relatório pode ser encarado como um meio significativo para partilhar informações e disseminar conhecimento sobre o tema estudado, enfatizando a importância do controlo de infeção durante a prática clínica, baseada em evidência.

Assim, seguidamente será realizado a análise reflexiva sobre a aquisição das Competências: Comuns e Específicas do EE e EEEMC-PSC.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

De acordo com Benner (2001), a prática é um todo integrado no desenvolvimento do caráter, conhecimento e desenvolvimento da própria prática clínica, ou seja, vai para além de um conjunto de técnicas onde o domínio de conjunto especializado de aspetos da prática, não qualifica o profissional para ser reconhecido como perito.

A prática clínica compreende a excelência, que por sua vez se desenvolve através do estudo, da investigação e da observação científica. Através dessas ferramentas é possível adquirir novos “*know-hows*” que devem ser documentados de forma a desenvolver competências e certificar a perícia clínica (Tomey & Alligood, 2004). A formação para a responsabilidade e a avaliação da responsabilidade da nossa “*praxis*” leva-nos a interpretação do cumprimento dos deveres profissionais.

Neste capítulo, apela-se a uma descrição, análise e reflexão do trabalho desenvolvido ao longo da UC EF, com principal objetivo de adquirir e desenvolver as competências comuns do EE, as competências específicas do EEEMC-PSC, assim como as competências inerentes ao Grau de Mestre em Enfermagem, que se encontram explanados no pedido de acreditação do novo ciclo de estudos à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior pela UE (UE, 2015), de acordo com o Decreto-lei 74/2006 de 24 de março emitido pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [MCTES] (MCTES, 2006).

De acordo com a OE, o título de Enfermeiro Especialista “pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (OE, 2019, p. 4744). Ao enfermeiro especialista é reconhecido competências científicas, técnicas e humanas nos cuidados especializados, de acordo com a sua área de especialidade, tendo por base as suas competências de cuidados gerais (OE, 2019).

O Mestre em Enfermagem, independentemente da área de especialização (UE, 2015, p. 26):

1. “Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza o desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade”.

Dada a transversalidade e complementaridade das competências comuns do EE e específicas do EEEMC-PSC com as competências do Grau de Mestre, conforme descrição realizada anteriormente, optámos por uma abordagem conjunta destas competências, no que concerne à descrição, análise e reflexão sempre que for pertinente e concordante.

Seguidamente, iremos realizar uma análise reflexiva das competências comuns do enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e mestre em Enfermagem.

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

As competências comuns do EE são:

“As competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

E abrangem 4 domínios:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
- b) Melhoria contínua da qualidade (B);

- c) Gestão dos cuidados (C);
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

Estes domínios estão em conformidade com os domínios estabelecidos no perfil das competências do enfermeiro de cuidados gerais e são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, no entanto, estes devem ser aprofundados e desenvolvidos na área específica de especialização.

Competências Comuns do EE

(A) Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

“A1 – Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas gerais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019, p. 4745).

Competências de Mestre em Enfermagem

“3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.
7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade” (UE, 2015, p. 26).

Ao longo deste percurso, foram mobilizados e adquiridos conhecimentos com a UC Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, onde foi tido em consideração e revistos os documentos reguladores da profissão, onde intrinsecamente se encontram explanados os princípios éticos que deverão ser considerados ao longo da nossa *praxis*. Com a respetiva UC foi possível perceber o quão imperioso é a importância do conhecimento e compreensão sobre o enquadramento das várias dimensões da Responsabilidade a qual estamos sujeitos: a responsabilidade profissional e disciplinar através do REPE e pela Deontologia Profissional; a responsabilidade civil pelo Código Civil e responsabilidade penal através do Código Penal que se encontra a vigorar.

De acordo com o Artigo 8.º, no ponto 1 do REPE, “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (MS, 1996, p. 2961) e neste sentido surge o Código Deontológico do Enfermeiro, no âmbito do Estatuto da OE, publicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, Capítulo VI – “Deontologia Profissional” (AR, 2015).

A Deontologia determina um conjunto de regras que o profissional deve adotar na qualidade de membro de um determinado grupo social, ela expressa normas e deveres, e demonstra poder e possibilidade de reconhecer mérito ou aplicação de pena (OE, 2005).

De acordo com o Código Deontológico, o enfermeiro é responsável por proteger e defender a pessoa humana nas práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, principalmente quando é indispensável a competência profissional. Durante o seu exercício, o enfermeiro assume, o cuidar da pessoa, sem qualquer tipo de discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, respeitando e fazendo respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa, criando condições para que a mesma possa exercer os seus direitos (AR, 2015). E é neste sentido que se impõe uma reflexão sobre o que é Ética de Enfermagem que segundo Nunes (2011), pressupõe uma reflexão centrada no agir próprio, na *praxis*, do enfermeiro. A *praxis* configura a identidade pelo conjunto de circunstâncias e contextos em que se desenvolve, num determinado contexto. De acordo com Kant in Nunes (2011), o enfermeiro deve agir de tal modo que a máxima da vontade possa valer ao mesmo tempo como um princípio da legislação universal. Assim deve ser a conduta do enfermeiro, na sua *praxis*, agir e procurar ir de encontro ao que foi prometido no juramento profissional: Defender em todas intervenções profissionais, a liberdade, e a dignidade da pessoa humana e do enfermeiro, ter como princípios orientadores da actividade profissional a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes, a excelência do exercício na profissão e na relação com os outros profissionais e cumprir os deveres ao assumir título de Enfermeiro, decorrentes do Código Deontológico (OE, 2010).

Em termos jurídicos eleva-se a Lei de Bases da Saúde, que tem como objetivo “definir os valores e princípios que asseguram a proteção e promoção da saúde das pessoas, das famílias e das comunidades, cumprindo os princípios constitucionais em que se afirma o primado da dignidade da pessoa humana” (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [CNECV], 2019, p. 2) e de acordo com a Base XIV – Estatuto dos Utentes, ponto 1, alíneas b), c), respectivamente, os utentes tem direito a “Decidir e recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei” (Deodato, 2012, p. 39) e “Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito” (Deodato, 2012, p. 39).

O cuidado de enfermagem é um cuidado solidário, em que a pessoa é o centro do cuidar, sendo primordial o cuidado humanizado (Deodato, 2008), tendo em consideração as questões éticas em situações tais como, o tratamento de minorias étnicas, igualdade de géneros, respeito pelos direitos humanos (Nunes, 2011).

Levine defende que o enfermeiro deve zelar pela conservação da integridade pessoal, através do respeito pela pessoa, pela sua individualidade, com atitudes simples, tal como chamar

a pessoa pelo nome, respeitando os seus desejos, valorizando os seus objetos pessoais, promovendo a privacidade durante os procedimentos (Tomey & Alligood, 2004).

No âmbito do doente crítico, este é descrito como “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sobrevivência esteja depende de meios avançados de monitorização e terapêutica” (OM e SPCI, 2023, p. 11) e com o aumento da exigência e complexidade dos cuidados, surgem questões éticas causados pelos persistentes avanços científicos e tecnológicos se elevam, como tal é imperioso uma resposta eficaz e eficiente de forma a obter a qualidade dos cuidados prestados. Nesse sentido somos desafiados a reflectir nas nossas ações e explicar os motivos que nos levam a agir de determinada forma (Nunes, 2009; Nunes, 2011).

A doação de órgãos é um processo complexo que se encontra consagrado na Lei Portuguesa, Lei n.º12/93 de 22 de abril – Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. E de acordo com o explanado no Artigo 10.º, ponto 1 – “São considerados como potenciais dadores *post mortem* todos os cidadãos nacionais e apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores” (AR, 1993, p. 1962). Todos aqueles que desejam manifestar a sua decisão de não doação de órgãos e tecidos, devem estar registados no Registo Nacional de não Dadores (RENDA), conforme se encontra referido no Artigo 11.º, ponto 1 – “É criado um Registo Nacional de não dadores (RENDA), informatizado, para registo de todos aqueles que hajam manifestado, junto do Ministério da Saúde, a sua qualidade de não dadores” (AR, 1993, pp. 1962,1963).

Este processo apresenta-se como um momento stressante para a família, pois enfrentam a perda de um membro da família e ao mesmo tempo ficam com perguntas sem respostas que torna o processo de luto, um procedimento contínuo (Fernández-Alonso et al, 2022).

De acordo com a Lei n.º 12/93 de 22 de abril, no Artigo 4.º “Salvo o consentimento de quem de direito, é proibido revelar a identidade do dador ou do receptor de órgão ou tecido” (AR, 1993, p. 1962). O papel do enfermeiro e a preparação da equipa de enfermagem é descrito como um fator preponderante no processo de doação de órgãos. Sendo um procedimento que suscita muitas dúvidas na família, o enfermeiro deve estar sensibilizado para as intervenções de enfermagem, no sentido de promover a privacidade e apoio durante todo o processo de doação (Fernández-Alonso et al, 2022).

Neste sentido, o profissional deve estar sensibilizado para as responsabilidades ética e deontológica, que regem a profissão conforme consta no Código Deontológico no Artigo 97.º - Deveres em Geral, alíneas a) “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de

enfermagem” (AR, 2015, p. 8078) e b) “Cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão” (AR, 2015, p. 8078).

O Enfermeiro está obrigado a manter sigilo profissional sobre as informações que tem na sua posse no exercício da profissão, de acordo com estabelecido no Código Deontológico, no Artigo 106.º - Do dever do sigilo, ponto 1, alíneas a) “Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte” (AR, 2015, p. 8079) e b) “Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (AR, 2015, p. 8079).

Durante o Estágio I foi-nos possível acompanhar apenas a parte inicial de uma situação em que foi admitido um doente de 65 anos, do sexo masculino no SMI, e que após realização de exames complementares de diagnóstico, foi declarado morte cerebral e potencial dador de órgãos. Nesse momento, houve necessidade de averiguar se o doente estava inscrito no RENNDA. A instituição onde foi realizado o Estágio I é hospital de referência na transplantação de órgãos, pelo que o processo de confirmação foi célere. Após confirmação da não inscrição no RENNDA, a família foi convocada a comparecer no hospital para posterior conferência familiar. Infelizmente não nos foi possível acompanhar o restante processo, no entanto, soubemos que a família, apesar da difícil aceitação, acabou por concordar com o processo de doação de órgãos, que apesar de ser uma situação difícil, seria uma oportunidade de dar continuidade de vida a outras pessoas que necessitam de transplante de órgãos.

Os profissionais devem ter presentes os princípios éticos de forma a orientar a sua *praxis*, uma vez que estes são temporais e espacialmente imutáveis, encontrando-se estes num nível superior aos conceitos ideológicos, políticos e sociais. Estes princípios são a autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, e alicercam a tomada de decisão para um bem superior, nomeadamente, o respeito pela vida humana e pela sua dignidade, o dever da não discriminação e a proteção dos diminuídos e dos mais fracos (Rosa et al, 2016).

Tendo em conta o doente crítico, importa procurar a melhor forma de abordar o doente/família, estabelecer uma relação de ajuda e tentar averiguar o meio no qual está inserido, perceber não só o estadio da doença, mas qual o impacto que esta vai causar no próprio doente/família. De acordo com as recomendações e do bom senso, o caminho mais correto é realizar uma avaliação inicial eficiente e com a recolha máxima de informação, junto do doente/família de forma a garantir o respeito da sua autonomia (Pina, 2020).

O princípio da **autonomia** refere-se ao respeito da autodeterminação sobre o poder de decisão sobre si mesmo, onde a liberdade do ser humano deve ser preservada. Cabe ao profissional de saúde, fornecer todas as informações necessárias e orientar as decisões do doente, de forma idónea para que este possa participar nas tomadas de decisão sobre a sua

saúde, tendo em conta o respeito pelo ser humano e pelos seus direitos à dignidade, privacidade e liberdade. Respeitar a autonomia é reconhecer o poder de decisão do doente, e neste caso, remetemo-nos ao doente adulto com capacidade para tomar as suas próprias decisões, seguindo as suas convicções e valores próprios, mesmo que divergentes com o ponto de vista da sociedade (Korich et al, 2004).

O princípio da **beneficência** remete-nos para o dever de ajudar o outro, fazer o bem a favor dos seus interesses e o princípio da **não-maleficência** é não causar dano (Rosa et al, 2016). Neste sentido, o profissional deve avaliar potenciais os riscos e benefícios, de forma a não causar danos ou riscos no doente. De forma a utilizar e a respeitar estes princípios é imperioso o desenvolvimento de competências profissionais que permitam averiguar e garantir quais os riscos e benefícios para determinadas decisões (Korich et al, 2004).

O princípio da **justiça** reporta-nos à distribuição equitativa e coerente dos recursos necessários para a assistência e a garantia do acesso aos cuidados de saúde à população (Rosa et al, 2016). A busca da justiça decorre num processo subsequente que culmina com uma decisão singular, por vezes em clima de conflito e incertezas, pautada pela convicção em que o justo se identifica com o equitativo (Nunes, 2006). Este princípio vai de encontro ao que foi anteriormente exposto, relativamente à Lei Bases da Saúde, no sentido de assegurar a proteção e promoção de saúde das pessoas tendo em conta o o respeito da dignidade humana.

Com o avassalador avanço da tecnologia, impera a necessidade da busca do conhecimento, no sentido de construir um conjunto de conhecimentos específicos que possibilitem uma maior autonomia no processo de cuidar, vinculando o pensar ao ato de fazer (Korich et al, 2004).

Ao longo dos estágios foram surgindo questões de ordem ética e legais, para os quais houve necessidade de recorrer às competências no domínio da responsabilidade profissional, ético e legal para a sua resolução, principalmente em situações relacionadas com autonomia, decisões de fim-de-vida, transmissão da informação clínica e comunicação de más notícias.

Nos dois contextos de estágio surgiram situações clínicas relacionadas com a transmissão de informação clínica, para as quais o Enfermeiro, pelo Artigo 105.º do Código Deontológico tem o dever de “Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (AR, 2015, p. 8079) e quando a informação ultrapassa a esfera de competências da enfermagem, o enfermeiro tem o dever de “Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (AR, 2015, p. 8079). No contexto de EF, na SE, surgiram situações relacionadas com tentativas de suicídio, agressão, entre outras onde o Enfermeiro tem o dever “Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte” (AR, 2015, p. 8079) e através Artigo 106.º do Código Deontológico “Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico,

usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (AR, 2015, p. 8079). O enfermeiro deve “Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (AR, 2015, p. 8079) de forma a ir de encontro ao direito do doente no que concerne “à proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade” (AR, 2019, p. 56). Toda e qualquer “informação de saúde é propriedade da pessoa” (AR, 2019, p. 60) e “a circulação da informação de saúde deve ser assegurada com respeito pela segurança e proteção dos dados pessoais e da informação de saúde, pela interoperabilidade e interconexão dos sistemas dentro do SNS e pelo princípio da intervenção mínima” (AR, 2019, p. 60), conforme consagrado na Lei n.º 95/2019 - Lei de Bases da Saúde, o qual cumpridos impreterivelmente ao longo do exercício profissional.

É de ressaltar a vasta experiência dos enfermeiros orientadores tiveram na condução das situações e foi deveras importante a partilha da informação, a reflexão sobre a prática diária tendo em conta a toda esfera de responsabilidades a qual estamos sujeitos durante exercício profissional. Durante a nossa *praxis*, quer em unidade cuidados intermédios/enfermaria de doentes cirúrgicos quer atualmente em unidade de cuidados intensivos, impera a necessidade de ter sempre presente as ferramentas do domínio ético, legal relativamente às situações relacionadas com a transmissão de informação e o sigilo profissional, dada a particularidade dos contextos e com a realização destes estágios, permitiu um aprofundamento dessas ferramentas em contexto de urgência/emergência.

É de referir que para a implementação do PIP, foi obtido o consentimento informado e esclarecido do enfermeiro coordenador, do enfermeiro orientador e do GCLPPCIRA; e na aplicação do questionário diagnóstico também foi tido em consideração o consentimento informado e esclarecido dos enfermeiros no momento do seu preenchimento.

Desta forma, podemos concluir que as competências do domínio da Responsabilidade, Profissional e Ética encontram-se desenvolvidas.

Competências Comuns do EE **(B) Melhoria contínua da qualidade**

- “B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- B2 – Desenvolve um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p. 4745).

Competências de Mestre em Enfermagem

- “2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 5 – Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- 6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade” (UE, 2015, p. 26).

O enfermeiro tem um papel promotor na implementação de estratégias que permitam o desenvolvimento da governação clínica, através da implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade, na participação nas formações em serviço, na promoção e incentivo da prática baseada na evidência, garantindo um ambiente seguro e a qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste sentido a OE emanou vários documentos que refletem a autonomia e a autorregulação da profissão, sendo alguns desses documentos normativos e vinculativos que tem por base a qualidade em saúde e a segurança do doente como premissas. Através dos PQCE onde se alicerçam-se os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica, emergem orientações adicionais para a prática especializada da EMC-PSC.

Com as orientações obtidas nas UC Gestão em Saúde e Governação Clínica; e Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde, de forma mais abrangente e através das pesquisas realizadas foi possível contactar e analisar vários documentos orientadores da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (MS, 2015), onde se inserem o PNS 2021-2030 (DGS, 2021-2030); o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (MS, 2021).

A enfermagem de urgência é definida como sendo a “prestação de cuidados a pessoas, de todas as idades, com alterações de saúde física ou psíquica, reais ou intuídas, não diagnosticadas ou que requeiram outras intervenções” (Sheehy, 2011, p. 4), ou seja, são cuidados prestados em situações agudas e como tal, é uma prática que reúne competências gerais e especializadas de avaliação, intervenção e tratamento. Dada as múltiplas dimensões da área da enfermagem que definem as funções, comportamentos, e procedimentos inerentes à *praxis*, torna-se imperioso a aquisição e aplicação de um conjunto de comportamentos e técnicas especializadas, associado ao aumento da responsabilidade, autonomia, trabalho interdisciplinar e necessidade de uma comunicação eficaz (Sheehy, 2011).

De acordo com o referencial teórico, deve ser parte integrante do objetivo do enfermeiro adquirir e transmitir o conhecimento, e isso inclui o ensino/aprendizagem do enfermeiro, sobre as teorias da saúde e doenças vigentes, de forma a suportar a tomada de decisão (Tomey & Alligood, 2004).

Os dois contextos onde foram realizados os estágios, primam pela Cultura de Segurança do Doente e Qualidade dos Cuidados, sendo visível através da monitorização e auditorias às Escalas de Barthel (avaliação do autocuidado), Morse (avaliação do risco de queda) e Braden (avaliação do risco de desenvolver úlceras por pressão [UPP]), assim como a realização de auditorias relacionadas ao controlo de infeção associada aos dispositivos médicos, PBCI, entre outros procedimentos e boas práticas de enfermagem. No Estágio I, devido à implementação do novo sistema informático no serviço, BS PaTIENT.CARE, houve necessidade de determinar os indicadores de qualidade sobre um dispositivo, a qual escolhemos o CVC, por ser um dispositivo frequente na prática clínica, e segundo o enfermeiro orientador e os enfermeiros peritos do serviço, o processo realizado para este dispositivo será replicado para os restantes frequentemente utilizados no SMI como forma de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados no SMI.

Durante a realização do EF, tivemos oportunidade de realizar auditorias clínicas, no âmbito do projeto de melhoria contínua em curso, orientado para a prevenção de UPP, a qual a enfermeira orientadora é elemento dinamizador com o Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas/UPP (GPTF) institucional no SUMC e tendo em conta a nossa *praxis* atual no SMI, como elemento referência do GPTF e indo ao encontro do nosso interesse pessoal sobre tratamento de feridas/UPP e parametrização sistema informático SClinic/BS PaTIENT.CARE, foi uma mais valia poder contribuir com a nossa experiência e conhecimentos no seio das equipas onde foram realizados os contextos de estágio, no sentido de melhoria contínua e uma prática baseada na evidência (PBE).

A realização de registos de enfermagem completos e individualizados, assim como a transferência de informação entre profissionais segundo a mnemónica **ISBAR** – *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações) (DGS, 2017) facilita a transferência de informação tornando-a mais eficaz, completa e segura.

A abordagem **ABCDE** – *Airway* (Via Aérea), *Breathing* (Ventilação), *Circulation* (Circulação), *Disability* (Disfunção neurológica) e *Expose/Environment* (Ambiente/Temperatura), consiste na avaliação do doente, de forma a identificar lesões e tratar de acordo com a prioridade (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2020). Esta abordagem encontra-se implementada e enraizada na prática de enfermagem na SE, traduzindo-se numa ferramenta essencial na avaliação do doente e uma metodologia de passagem de informação segura no contexto da pessoa em situação crítica.

O PIP realizado no EF, no âmbito do Controlo das IACS, também se traduz nas boas práticas de enfermagem no âmbito de ambiente seguro, capacitação da pessoa/família para a continuidade dos cuidados e fomenta uma PBE de acordo com as *guidelines* mundial, europeu e nacional recentes.

Assim, consideramos ter desenvolvido com sucesso as competências comuns do EE, no âmbito do domínio da melhoria contínua e as competências de mestre acima mencionadas.

Competências Comuns do EE

(C) Gestão dos Cuidados

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

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

Competências de Mestre em Enfermagem

“1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade” (UE, 2015, p. 26).

A gestão dos cuidados de enfermagem é uma competência primordial do Enfermeiro, pela necessidade de serem personalizados, adaptados e equitativos à pessoa/família. Num ambiente de cuidados críticos, a gestão pode implicar cuidados mínimos ou medidas de suporte avançado de vida, desde ensino ao doente/família, referenciação adequada, assim como o conhecimento das implicações legais (Sheehy, 2011). E essa gestão deve ser realizada de forma cautelosa e especializada, nesse sentido, o enfermeiro especialista tem um papel preponderante, porque “realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (OE, 2019, p. 4748) no seio e fora da equipa.

Levine valoriza uma abordagem holística no ato de cuidar das pessoas saudáveis ou doentes e o enfermeiro tem um papel fulcral, porque deve observar o comportamento singular do doente e personalizar os cuidados de enfermagem para que estes sejam individualizados e ajustados à pessoa, recorrendo um processo de enfermagem com metodologia científica de forma a obter um juízo sobre os cuidados de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Os cuidados de enfermagem são realizados em vários ambientes e obedecem ao processo de enfermagem, nomeadamente, “a avaliação inicial, diagnóstico de enfermagem, identificação

dos resultados esperados, planeamento dos cuidados, implementação do plano e avaliação dos resultados” (Sheehy, 2011, p. 9).

Liderar uma equipa não é uma tarefa simples, sendo um processo que “visa assegurar a qualidade da assistência e um bom funcionamento dos serviços de saúde, que requerem do profissional não só o dinamismo como capacidade de análise crítica, diálogo e vínculo com a equipa de saúde” (Silva et al, 2021a, p. 2) e cabe ao EE esta árdua tarefa no que concerne à adaptação da liderança e gestão dos recursos ao contexto, garantindo assim da qualidade dos cuidados (OE, 2019).

O estilo de liderança tem um papel preponderante no sucesso da gestão, sendo que uma liderança eficaz permite aos liderados “estabelecer relações de maturidade, afeto, lealdade, respeito, parceria, reciprocidade” (Nunes & Gaspar, 2016, p. 1) que se traduz na satisfação e qualidade dos cuidados, através da promoção de ambientes de trabalho favoráveis, através da interação e relação com a equipa e com os utentes (Nunes & Gaspar, 2016).

A satisfação profissional está intimamente ligada com a forma de estar na atividade laboral, pois é um fator que influencia de forma positiva ou negativamente, nos cuidados de enfermagem, na motivação, na produtividade e na resolução de problemas (Silva et al, 2021a).

De forma a auxiliar a gestão e a produção de cuidados, existem instrumentos de registo de carga de trabalho validada para população portuguesa, como o TISS-28, o NEWS e o NAS mais utilizados no âmbito do doente crítico mais precisamente em SMI, uma vez que estabelecem a gravidade da condição clínica da pessoa, de acordo com o tempo despendido nas atividades de enfermagem. Estes instrumentos são alvo de registo diário referentes às últimas 24h, pela equipa de enfermagem, desde que a pessoa tenha sido admitida há pelo menos seis horas (Macedo et al, 2021).

De forma a desenvolver as competências acima mencionadas recorreremos ainda aos conhecimentos adquiridos na UC Gestão em Saúde e Governação Clínica e no decorrer do EF, achámos pertinente realizar primeiramente uma observação e posterior análise das funções assumidas pelos enfermeiros orientadores e outros enfermeiros que assumem chefia de equipa, que por norma, é um enfermeiro especialista, pois é o “profissional melhor preparado e com competências para a área da gestão” (OE e Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017, p. 2).

Os enfermeiros orientadores dos dois contextos de estágio, são chefes de equipa e tem uma responsabilidade acrescida, por serem elementos de referência no seio da equipa, com vasta experiência na gestão, pela competência atribuída pela especialidade, pelas características pessoais e também pela substituição do enfermeiro-chefe/enfermeiro coordenador na sua ausência, maioritariamente nos turnos da tarde e noite. Revemo-nos na prática diária, pela capacidade de

resposta perante as várias solicitações da equipa quer de ordem técnico-científica, quer respeitante às relações interprofissionais e humanas.

Durante os estágios, na qualidade de estudante de especialidade e mestranda, foi possível colaborar com os orientadores na sua função de liderança/gestão dos cuidados de enfermagem, recursos humanos, materiais e logísticos.

Na liderança e gestão dos cuidados de enfermagem e dos recursos humanos, no Estágio I, verificamos que os instrumentos mais utilizados para a gestão dos cuidados foi o TISS-28 e o NAS, sendo esta última realizada no sistema informático *B-Simple* e através do *score* obtido no início do turno da noite é realizado a atribuição do enfermeiro responsável. É de referir que na nossa prática diária também recorremos ao instrumento NAS para a avaliação da carga de trabalho, através do preenchimento dos itens no sistema informático *B-Simple*. Em contexto de EF pudemos colaborar com o enfermeiro orientador na qualidade de chefe de equipa, quando realiza a distribuição dos enfermeiros pelos postos de trabalho, assumindo as qualificações de cada elemento, de forma a maximizar a rentabilização da equipa em cada posto de trabalho, gerindo também a equipa na ausência de algum enfermeiro no turno ou em situações em que seja necessário a realização de transportes inter-hospitalar, através da ativação do enfermeiro da equipa de transportes escalado para o respetivo turno. Importa referir que foi na gestão dos recursos humanos onde se verificou uma grande instabilidade na assiduidade, pelo que essa gestão deve ser realizada diariamente.

Na gestão de materiais/logística, houve um enfoque mais evidente no Estágio I, onde pudemos gerir e verificar que todo o material específico para a realização de ECMO estava operacional (nomeadamente existências de cânulas venosas e arteriais de vários calibres, manutenção e operacionalidade do sistema *rotaflow*, entre outros materiais). É extremamente importante garantir que os materiais estejam operacionais para que numa situação de emergência, não haja intercorrências ou inoperacionalidade do material. No EF, durante os turnos da manhã, tivemos oportunidade de escortinar e a participar em várias atividades que compete ao enfermeiro que está de gestão, nomeadamente, na requisição e gestão do material clínico, na área da manutenção dos equipamentos, nos serviços farmacêuticos com a verificação do nível dos medicamentos/soroterapia.

Através da colaboração com os enfermeiros orientadores na gestão e liderança, pela relação interdisciplinar estabelecida ao longo dos contextos, pela capacidade de resposta em situações, conseguimos obter um reconhecimento/*feedback* positivo por parte da equipa multidisciplinar, pelos enfermeiros orientadores e peritos do serviço. Face ao exposto, julgamos ter atingido com sucesso as competências no domínio da gestão e liderança.

Competências Comuns do EE

(D) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

“D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 – Baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p. 4745).

Competências de Mestre em Enfermagem

“2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade” (UE, 2015, p. 26).

Encontra-se explanado no Código Deontológico, pelo Artigo 100.º que o enfermeiro deve e) “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (AR, 2015, p. 8102), e assume o dever de c) “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (AR, 2015, p. 8103) do artigo 109.º, de forma a atingir a excelência do exercício. De acordo com Benner (2001), a excelência é um caminho contínuo e progressivo que leva à proficiência.

De acordo com o referencial teórico, esta enfatiza que a enfermagem profissional deve ser baseada num corpo de princípios científicos, através da frequência de programas de graduações exigentes, com base de conhecimentos científicos de forma a suportar as decisões de enfermagem para situações específicas com a pessoa em situação de doença (Tomey & Alligood, 2004).

Para Benner (2001), as práticas desenvolvem-se através das aprendizagens nos contextos dos cuidados, no entanto, devem ser trabalhadas de acordo com o contexto e requerem ação, raciocínio. A enfermagem tem uma prática socialmente organizada e apresenta um conhecimento aprofundado e de ético implícito, como tal, torna-se um desafio constante para o seu desenvolvimento.

Enquanto futuros EE, é expectável que o cuidado perante as diferentes necessidades da pessoa/família a quem prestamos cuidados, seja baseado nas boas práticas e deontológicas (OE, 2005).

O nosso percurso profissional foi iniciado no âmbito do doente cirúrgico, em enfermaria e posteriormente em unidade cuidados intermédios cirúrgicos, durante 11 anos, onde foi alcançado um patamar proficiência/perito. Foi um período rico de aprendizagens que permitiu uma base de conhecimentos sólida para esta nova transição profissional a qual nos propusemos há cerca de 2 anos. Este percurso permitiu aprender e apreender a “capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais” (OE, 2019, p. 4749) e evidenciar “a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (OE, 2019, p. 4749), assim como alicerçar “os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (OE, 2019, p. 4749). Apesar da experiência prévia de 11 anos no Serviço de Cirurgia Geral, houve necessidade de aprofundar conhecimentos diferenciados em Ostomias, pelo que participamos no Congresso Nacional de Estomaterapia 2023 promovida pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia (APECE) (Anexo I) e no Workshop sobre a Gestão de Recursos (Anexo II), da qual resultou um relatório de atividades que foi enviado para a Direção de Enfermagem e Enfermeira Coordenadora do SMI no nosso contexto de trabalho, como forma disseminação de conhecimentos, no seio da equipa, relativamente ao Congresso Nacional da APECE.

A realização deste Mestrado trouxe um novo desafio profissional e pessoal, no que concerne à aquisição e consolidação de conhecimentos e competências relacionais, comunicacionais relativamente ao doente crítico do foro médico, quer em contexto de urgência, quer no contexto de cuidados intensivos. Após o país/mundo ter sido assolado por momentos difíceis devido à pandemia SARS-COV2, houve necessidade de aprofundar conhecimentos sobre patologias do foro respiratório e otimização respiratória com recurso a Ventilação Não Invasiva (VNI) – Parâmetros, Modos e Modalidades Ventilatórias (Anexo III) e Terapia por Alto Fluxo (Anexo IV).

A aquisição e mobilização de conhecimentos ao longo das várias UC desde EMC 1; Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem; Formação e Supervisão em Enfermagem; Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem à Investigação; o investimento nas pesquisas bibliográficas com base na evidência científica mais recente, a análise dos vários documentos que regem e regulamentam a profissão permitiram reduzir algumas dificuldades presenciadas ao longo da prática e melhorar a qualidade e segurança dos cuidados e a UC de Relação de Ajuda que forneceu ferramentas de forma a desenvolvermos estratégias pessoais para a gestão do stresse, autorreflexão e assim como o desenvolvimento de estratégias de comunicação.

Ao longo da nossa *praxis*, pautamos por um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão e atuar de forma responsável na área de competência de acordo com o Código Deon-

tológico do Enfermeiro. Atuar no doente crítico requer uma diversidade de conhecimentos e características próprias da especialidade (Silva et al, 2021a), como tal, na nossa caminhada tem sido pautada pela frequência recorrente de formações nas mais diversas áreas, de modo a prestar cuidados baseados na mais recente evidência científica. Como tal, participamos no Seminário do Doente Crítico, promovido pelo Hospital CUF Descobertas (Anexo V) onde tivemos igualmente de apresentar um Relatório de Atividades sobre os conhecimentos adquiridos e este foi divulgado no seio da equipa da nossa prática clínica.

De acordo com as competências supracitadas, é solicitado ao EE ser “dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados” (OE, 2019, p. 4749) e ao longo do nosso percurso estiveram sempre presente estes deveres que foram aplicados à exigência dos contextos de estágio.

É de referir que antes da realização dos estágios foram solicitados dois turnos de observação na VMER, mas a autorização surgiu posteriormente ao término do EF, o que impossibilitou verificação *in loco* da atuação do enfermeiro no ambiente pré-hospitalar. No entanto, foi possível frequentar o *curso International Trauma Life Support* (ITLS) (Anexo VI), que permitiu realizar várias práticas simuladas de situações que poderão surgir no pré-hospitalar, como tal, revelou ser um curso de grande aprendizagem e aquisição de competências.

Com o desenvolvimento da PIP, foi possível mobilizar conhecimentos adquiridos nas UC de Investigação e na Gestão em Saúde e Governação Clínica, onde percorremos as várias etapas do processo de investigação e desta forma criar os instrumentos que tem como objetivo melhorar a qualidade segurança dos cuidados de enfermagem para a prevenção de MRSA no doente crítico. Tivemos oportunidade em participar no III Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2023 promovido pela OE (Anexo VII) que revelou de extrema importância na optimização da pesquisa nas bases de dados científica. Foram realizados duas sessões de formação sobre “Rastreio ativo do *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA): Para uma Enfermagem Promotora da Segurança do Doente”, na qualidade de perleitora (Anexo VIII), que fez parte integrante do plano de formação do SUMC onde foi realizado o EF, e como tal foram mobilizados os conhecimentos adquiridos na UC Formação e Supervisão em Enfermagem que mereceu grande enfoque na sua implementação.

Durante a realização do Estágio I, foi realizado o projeto de intervenção profissional que consistiu na determinação dos indicadores de qualidade no novo sistema informático *BS PaTI-ENT.CARE* sobre o CVC e pudemos participar no 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência 2022, promovida pelo Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (Anexo VIX), que se mostrou um verdadeiro momento de aprendizagem pelo vasto leque de temáticas referentes aos cuidados de enfermagem em contexto de urgência, emergência hospitalar e no pré-hospitalar.

Dada a complexidade dos cuidados prestados ao doente crítico, impera a aquisição de conhecimentos sobre a monitorização do doente crítico e isso foi possível durante a participação nas VII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva promovida pelo CHULC, conforme consta no Anexo X. Foi um momento de grande aprendizagem, pela forma complementar de abordagem realizada pela equipa de enfermagem e a equipa médica relativamente ao doente crítico.

Desta forma, pensamos ter atingido com sucesso as competências relacionadas com o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

As competências específicas do EE são:

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

De acordo com a OE (2018), a pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p. 19362). Os cuidados de enfermagem à PSC devem ser cuidados altamente qualificados, realizados continuamente, de forma a dar resposta às necessidades afetadas, permitindo uma continuidade das funções básicas de vida, prevenindo complicações tendo em vista a recuperação total (OE, 2018, p. 19362). Tendo em conta o exposto, a OE define um conjunto 3 domínios de competências que o EEEMC-PSC deve adquirir, nomeadamente:

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

b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, p. 19359).

À semelhança das competências comuns do EE, a análise das competências específicas do EEEMC-PSC será realizada em simultâneo com as competências de Mestre em Enfermagem.

1ª Competência Específica do EEEMC-PSC

“Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018, p. 19363).

Competências de Mestre em Enfermagem

“1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p. 26).

O cuidar inicia-se quando nos colocamos no lugar do outro e a arte advém da forma como nos colocamos em relação ao outro. A complexidade dos cuidados leva o enfermeiro a sentir maiores dificuldades no estabelecimento da relação de ajuda e na comunicação ao longo da sua vida profissional. O diálogo leva a uma reflexão sobre a prática de cuidados e desta forma construir o conhecimento que pode ser re(criado) na ação para resolver problemas complexos (Phaneuf, 2005).

De acordo com Benner (2001), aprender a encontrar nos outros os vários estados de vulnerabilidade e sofrimento requer abertura e uma aprendizagem experimental ao longo do tempo. Assim como manter vigilância, nos vários momentos, sobre as várias pistas e tornar efetiva a sua deteção e ligação com outros sinais, pode revelar e alargar as competências de empenho e eficácia clínica.

Levine acredita que as pessoas experimentam experiências de vida enquanto mudança e que através da adaptação experienciam o processo de conservação, sendo o processo de vida um processo de mudanças (Tomey & Alligood, 2004).

O cuidar da pessoa que vive processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é o foco da nossa atuação, pelo que é importante encontrar oportunidades de aprendizagem e melhoria em todos os contextos que nos acolhem.

Para uma melhor avaliação da pessoa em situação crítica, é realizada a abordagem ABCDE. Esta avaliação geralmente é feita em minutos, tornando-se uma avaliação rápida e eficaz. Após garantidos os passos A e B, é puncionado um acesso venoso periférico, realizado colheita de sangue para avaliação analítica e monitorização hemodinâmica (Buowari et al, 2022). A abordagem ABCDE é um método rápido, conciso e seguro na avaliação do doente crítico. No doente consciente, o processo desenrola-se de forma standardizada, através da realização da colheita

de informação, no sentido de compreender o contexto e o início dos sintomas (Goldstein & Greer, 2009). Na situação em que o doente se encontra inconsciente, primeiro são realizados os cuidados prioritários e após estabilização hemodinâmica do doente, torna-se impreterível recolher o máximo de informação, e para isso foi necessário recorrer a estratégias facilitadoras de comunicação com família e estabelecer relação terapêutica com a família.

Garantir a via aérea na pessoa em situação crítica é primordial e frequentemente é necessário recorrer à Entubação Orotraqueal (EOT) para uma ventilação mecânica invasiva (VMI) eficaz, com objetivo da proteção da via aérea, manter uma oxigenação e ventilação eficaz até à resolução do problema primário (Nwakanma & Wright, 2019; Buowari et al, 2022). A EOT é um procedimento de alto risco com complicações que podem ser potencialmente fatais, associados à hipotensão e insuficiência respiratória. Frequentemente é realizada em situações de carácter de emergência, principalmente em doentes hipoxémicos com sistema cardiovascular precário (Quintard et al, 2017).

Apesar da nossa prática clínica atual ser recente em UCI Polivalente, onde o contacto com a pessoa submetida a VMI e realização de TSFR contínua é frequente, a aplicação de vários feixes de intervenções ser prática habitual. A realização do Estágio I mostrou-se muito profícuo e de grande aprendizagem pela aquisição e aprofundamento dos conhecimentos/competências sobre os módulos ventilatórios; pela abordagem à pessoa em ECMO e politraumatizada; houve oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à pessoa com derivação ventricular externo, pela gestão aprofundada de protocolos terapêuticos complexos e pela aplicação das várias escalas de avaliação: do estado de consciência através da Escala de Coma de Glasgow, da sedação com recurso à escala de *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) e neurológica complementada com avaliação pupilar. Durante a realização do estágio I, houve necessidade de inteirar sobre alguns protocolos terapêuticos complexos instituídos no SMI, nomeadamente, protocolo de insulina, em que a gestão é realizada pela equipa de enfermagem, com objetivo de evitar picos de hiperglicemia; o protocolo cuidados pós PCR, nomeadamente, a gestão térmica onde se pretende atingir uma neuroprotecção através do controlo térmico, evitando a hipertermia maligna, com alvos definidos para as 48 horas posteriores à PCR; Protocolo de canulação e descanulação dos doentes em ECMO e os cuidados inerentes aos procedimentos; protocolo de transfusão maciça; protocolo *Delirium* com recurso à escala *Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit* (CAM-ICU).

O Serviço de Urgência é muitas vezes o primeiro contato de muitos doentes/famílias quando vivenciam situações agudas. A qualidade do encontro entre a equipa de saúde e o binómio doente/família influencia a forma como estes percecionam e vivenciam a experiência hospitalar (Ekwall et al, 2008). De acordo com os mesmos autores, quanto mais informada o doente/família estiver da situação clínica e quanto melhor é a relação interpessoal entre a equipa de saúde e

família, melhor será adesão ao tratamento médico, menores serão os custos em saúde, sendo melhor todo o processo de experiência hospitalar (Ekwall et al, 2008). A família da pessoa em situação crítica acaba por ser foco de perturbações emocionais decorrente da complexidade da situação vivenciada pelo familiar e em muitos casos de forma inesperada. Como tal, é da responsabilidade do EEEMC reconhecer as necessidades de intervenção especializada, prevenir complicações e reconhecer a complexidade das situações vivenciadas pela pessoa/família, envolver a pessoa/família no processo de cuidar, e avaliar o impacto que o processo patológico agudo causa na pessoa/família (OE, 2018).

Frequentemente, doentes em estado crítico são socorridos em primeira instância em ambiente pré-hospitalar e após estabilização são prontamente sinalizados à equipa hospitalar. Nessas situações, são providenciadas todas as diligências necessárias para aquando da chegada do doente no hospital, os cuidados sejam realizados de forma célere e em segurança. E nessas situações recorrer à abordagem ABCDE e mnemónica ISBAR é fulcral para garantir uma transmissão segura da informação e dos cuidados.

O cuidar do doente crítico/família no SUMC, começa com o enfermeiro da sala de triagem, quando efetua a primeira avaliação do estado do doente, através da triagem de Manchester e com recursos aos instrumentos de avaliação, permite a identificação do problema e determina o risco clínico (GPT, 2010). De acordo com os mesmos autores, a avaliação consiste em verificar um potencial agravamento no estado do doente, de acordo com os discriminadores, nomeadamente, alteração dos parâmetros vitais, hemorragia presente, alteração do estado de consciência, e se houver essa necessidade, o doente é encaminhado para a SE para uma melhor monitorização hemodinâmica e vigilância contínua (GPT, 2010).

Os dados evidentes sobre a sobrelotação no SUMC, a inadequação da estrutura física dos serviços hospitalares, recursos materiais/humanos escassos, a dificuldade por vezes em garantir o conforto, privacidade e respeito da pessoa/família, são algumas situações que dificultam uma maximização da humanização de cuidados no SUMC, apesar dos vários esforços da equipa de enfermagem para colmatar estas falhas (Sousa et al, 2019).

No EF e sem qualquer tipo de experiência prévia em contexto de urgência, foi um momento de aprendizagem e bastante desafiante, não só em termos técnicos, mas por termos tido oportunidade de prestar um cuidado humanizado ao doente/família num ambiente que não estávamos familiarizados, pelas constantes intercorrências e entradas inesperadas pelos diversos motivos. Neste sentido a UC de Relação de Ajuda proporcionou-nos aprendizagens e facultou-nos ferramentas que foram mobilizados para lidar com a pessoa/família em situação crítica.

Na SE tivemos oportunidade de reforçar a abordagem ABCDE e mobilizar conhecimentos adquiridos no curso ITLS, aplicar protocolos em casos de intoxicação medicamentosa voluntária, ativar a Via Verde Coronária e Via Verde AVC, Violência no SUMC (autodirigida, interpessoal e

coletiva), manter o corpo para posterior doação de órgãos e uma panóplia de situações que foram surgindo no decorrer no contexto. Foi possível realizar várias dinâmicas no que concerne à gestão dos dispositivos médicos e restantes equipamentos que acompanham o doente crítico para a realização de exames complementares de diagnóstico (ECD) e/ou para transferências intra/inter-hospitalares, conforme as recomendações do transporte do doente crítico, nomeadamente, preparação e teste do ventilador de transporte, mala de transporte, garantir bateria/autonomia dos equipamentos (seringas/bombas infusoras, balas de oxigénio), gestão horária para a realização dos ECD no sentido de evitar o tempo de espera, quando é necessário proceder ao transporte dos doentes críticos para realização de ECD, tais como, exames imagiológicos, endoscópicos ou até transferências intra/inter-hospitalar (OM e SPCI, 2023). Estas experiências estão intimamente associadas ao elevado nível de stresse e muitas vezes pela inadequação da estrutura física dos serviços hospitalares (Sousa et al, 2019).

Em contexto de SUMC, também houve necessidade de realizar uma pesquisa mais aprofundada sobre os protocolos terapêuticos e procedimentos internos existentes, nomeadamente, protocolo sobre registo de violência no SUMC, protocolo via verde AVC e coronário, protocolo cetose diabética, procedimento sobre atuação mediante recusa da medicação pelo doente, protocolo do controlo da dor de forma a maximizar os cuidados de enfermagem prestados.

As doenças cérebro-cardiovasculares são uma realidade cada vez mais presente e é a principal causa de morte na União Europeia (DGS, 2017a). Em contexto de SUMC está bem patente a implementação do protocolo terapêutico complexo da Via Verde AVC e Via Verde Coronária. Através da implementação destas formas de acesso, tem-se verificado uma redução global da mortalidade nas doenças cerebrovasculares (DGS, 2017a). Durante o contexto de EF, foi possível acompanhar uma situação onde foi ativado o protocolo de Via Verde AVC, desde a admissão na SE com a avaliação inicial, acompanhamento ao serviço de imagiologia, realização de fibrinólise e posterior transporte intra-hospitalar para Unidade de AVC. Por norma a realização de fibrinólise é realizada na Unidade de AVC, mas por indisponibilidade imediata de vaga, iniciou-se de imediato o tratamento na SE.

Outro protocolo terapêutico complexo que se encontra bem enraizado nos contextos de estágio está relacionado com a Dor. A dor é a queixa mais frequente que leva os doentes a recorrerem ao SUMC (Sheehy, 2011). É considerada como uma prioridade no âmbito da prestação e humanização dos cuidados de saúde e como tal é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde o controlo da dor. Dada a sua complexidade tem havido um maior investimento na investigação e esforços na identificação e controlo da dor (OE, 2008; DGS, 2018). A avaliação da dor é considerada como o 5º sinal vital, sendo esta uma experiência individual e subjetiva, que causa uma sensação de desconforto e a sua avaliação deve ser realizada de

forma simples, célere e eficaz (OE, 2008). No SUMC, nos doentes conscientes, encontra-se implementada a Escala de Avaliação Numérica ou a Escala de Faces Wong Baker, são escalas fáceis de entender pela pessoa e aplicar por parte do profissional. A pessoa internada no SMI por vezes não consegue manifestar a sua dor, principalmente se estiver sob sedação ou com alteração do estado de consciência, nestas situações a avaliação da dor é realizada consoante a observação comportamental durante e após procedimentos comuns, tais como, aspiração de secreções traqueobrônquicas, posicionamentos (Gomarverdi et al, 2019). Ainda de acordo com os mesmos autores, em SMI privilegiam-se as escalas *Behavioral Pain Scale* (BPS) ou a *Critical-care Pain Observation Tool* (CPOT), pelas várias evidências científicas da sua eficácia capacidade de avaliar as mudanças de resposta à dor em doentes sedados ou incapazes de estabelecer comunicação verbal (Gomarverdi et al, 2019). No contexto de Estágio I e na nossa prática clínica, a escala utilizada é a BPS, existindo um grupo de enfermeiros responsáveis pela sua atualização e monitorização.

Nos dois contextos foi possível desenvolver outras competências no âmbito da comunicação e relação de ajuda com o doente e família. Constata-se que a incerteza da doença crítica e o imprevisto norteiam os processos de comunicação, condicionando a forma como cada membro da família sente e age, uma vez que centram as suas preocupações e foco de atenção, condicionando a eficácia ou ineficácia da comunicação, fragilizando-os de forma individual ou coletivamente (Mendes, 2020). Levine refere que o enfermeiro deve participar ativamente no ambiente de cada doente, ajustando e apoiando o doente/família na adaptação à situação crítica (Tomey & Alligood, 2004). E de acordo Mendes (2020), a interação estabelecida entre o enfermeiro e família é uma mais-valia na vivência deste processo de transição que a família vivencia relativamente à doença crítica.

Assim, a comunicação é definida como sendo um “comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbal e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (ICN, 2019a).

O PNSD 2021-2026, reforça a comunicação como um dos pilares para a qualidade da prestação de cuidados de saúde (MS, 2021). Sendo a comunicação é uma ferramenta basilar do enfermeiro no estabelecimento da relação doente/família, é um desafio durante a *praxis*, no que se refere à comunicação de más notícias e o impacto que elas instituem na vida do doente/família (Warnock et al, 2017).

Nestas circunstâncias recorremos ao protocolo **SPIKES** (*Setting up; Perception; Invitation; Knowledge; Emotion e Empathy; Strategy e Summary*) para comunicação de más notícias. Este protocolo é composto por 6 etapas que estabelecem comportamentos para que a notícia seja

menos perturbadora, facilita a ligação entre profissional-doente/família e potencia o estabelecimento do diálogo. Os 6 passos consistem na preparação do profissional e o espaço físico onde vai ser transmitida a má notícia (*Setting up*); saber a perceção que do doente/família tem sobre a situação (*Perception*); perceber o desejo de saber sobre a doença (*Invitation*); transmitir a notícia (*Knowledge*); observar a reação do doente/família face à notícia (*Emotions e Empathy*) e a apresentar possíveis planos terapêuticos/estratégias a adotar (*Strategy e Summary*) (Gesser et al, 2021). Assim, com recurso a este protocolo, foi possível estabelecer uma comunicação assertiva e empática, fornecendo suporte emocional e liberdade para a expressão de emoções por parte do doente/família, com intuito de fomentar o processo de transição saudável e minimamente equilibrada. No SMI foi possível cumprir todos os passos para a transmissão de más notícias, havendo um espaço apropriado para o efeito. No contexto SUMC torna-se difícil encontrar um espaço adequado para o efeito devido a sobrelotação e disposição das macas. Quando o doente se encontra alocado na SE, a transmissão da notícia é realizada junto à SE, tentando sempre promover a privacidade da família aquando da transmissão das más notícias.

Para que a nossa *praxis* seja pautada pela qualidade, é importante reconhecer os nossos limites de atuação e conhecer os recursos humanos e técnicos disponíveis. Com recursos às UC EMC I e II, Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem, e Relação de Ajuda, foi possível mobilizar os conhecimentos adquiridos e realizar uma reflexão sobre prática clínica e suas fragilidades/potencialidades. Com a realização dos estágios e o apoio incondicional dos enfermeiros orientadores, foi possível ter uma visão mais pormenorizada sobre a atuação do EEEMC nos cuidados à pessoa/família em situação crítica, promoveu a uma maior autonomia na prestação de cuidados ao doente crítico, principalmente em áreas onde a experiência era diminuta.

Assim, e de acordo com o exposto, pensamos que foi adquirida com sucesso a competência supracitada.

2ª Competência Específica do EEEMC-PSC

“Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (OE, 2018, p. 19363).

Competências de Mestre em Enfermagem

“7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p. 26).

De acordo com a Lei n.º 27/2006 de 3 de Julho que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, define catástrofe como sendo “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de

provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido socio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional” (AR, 2006, p. 4696).

Durante 3 anos pode dizer-se que o país atravessou uma situação de catástrofe a nível nacional e mundial, com a pandemia SARS-COV2 e os enfermeiros tiveram um papel preponderante no desempenho de funções de funções vitais, servindo como agentes de triagem, prestadores de cuidados, coordenadores de cuidados e serviços, fornecedores de informação e educadores/conselheiros. A pandemia foi identificado como um desafio global de saúde e que tem um impacto negativo na saúde (*International Council of Nurse [ICN]*, 2019, p. 3). Foi um período de grande exigência profissional que foi reconhecido pela OE a todos os enfermeiros (ANEXO XI), e torna-se torna-se imperioso que os enfermeiros desenvolvam competências e habilidades fundamentais de forma a responder rápida e eficazmente. Vivemos num contexto em que permanentemente existe a possibilidade de “ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções” (DGS, 2010, p. 1).

De forma a dar resposta a aquisição desta competência, inteiramo-nos sobre os planos internos de resposta a situações de emergência nos locais onde foram desenvolvidos os estágios: SUMC e SMI onde verificamos que ambos os serviços possuem os planos atualizados e também conhecemos os planos de resposta a catástrofes externas dos dois centros hospitalares, apesar de não ter ocorrido nenhuma situação de catástrofe.

Devido às restrições remanescentes face à pandemia e ao constante fecho da Urgência Pediátrica em vários hospitais da zona, inclusivé no CHE, tivemos necessidade de criar circuitos, na zona dos adultos, para as crianças e adolescentes que possam estar em situação crítica, neste sentido, impera garantir as questões relacionadas com a qualidade e segurança dos cuidados prestados a esta população em específico e os recursos humanos existentes, conjuntamente com o EE em Saúde Infantil e Pediátrica que desempenhava função de Chefia de Turno, tratando-se esta, não uma situação de emergência, mas uma situação de exceção, de forma a evitar situações gravosas.

Durante a realização do estágio no SUMC não ocorreu nenhuma catástrofe, no entanto, existem cenários multi-vítimas que sucedem de forma frequente, por exemplo, quando ocorre uma sobrelotação de doentes admitidos. E essa é uma realidade que cada vez mais assistimos e foi possível acompanhar a enfermeira orientadora, no papel de chefe de equipa, a realizar a gestão de recursos materiais e humanos devido a esta sobrelotação. Os cuidados de enfermagem nestes contextos obrigam a uma avaliação rápida das necessidades e estabelecimento de prioridades tendo em conta os recursos humanos e materiais existentes.

Os conteúdos adquiridos no âmbito da UC EMC III e participação no curso ITLS mostraram ser de grande valia, pois permitiram a mobilização de conhecimentos e estar desperto para uma avaliação, atuação rápida e eficaz numa situação de catástrofe ou mesmo no cenário de multi-vítimas no decorrer no EF.

Assim pensamos que as competências da dinâmica de resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe foram atingidas com sucesso.

3ª Competência Específica do EEEMC-PSC

“Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, p. 19364).

Competências de Mestre em Enfermagem

“7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p. 26).

Como já foi anteriormente referido, a IACS é definida como sendo uma “infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade” (DGS, 2007, p. 4).

As IACS e as resistências aos antimicrobianos mantêm-se como uma preocupação crescente a nível mundial, reduzindo as opções de tratamento das doenças provocadas por esses agentes, originando consequências graves como o aumento da morbiliade, mortalidade e custos dos cuidados de saúde e sociais associados (DGS, 2019).

Esta problemática relativamente às IACS não é um algo novo, no entanto, assume uma peculiar relevância na pessoa em situação crítica, porque à medida que as tecnologias se tornam mais avançadas e invasivas, assim como o número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibiótica aumenta, aumenta desta forma também o risco de infeção (OE, 2017). E neste sentido o EEEMC-PSC tem um papel preponderante:

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação e à utilização de medidas invasivas no decorrer da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos” (OE, 2017, p. 9).

E de forma a ir de encontro ao preconizado pela OE, é prioritário a atualização de conhecimentos sobre as recomendações a nível internacional e nacional, sendo esta última emanada pelo PPCIRA no que concerne à implementação das PBCI e PBVT.

Os conhecimentos adquiridos na UC EMC V foram de extrema importância pela aquisição de saberes mais específicos sobre a temática do controlo de infeção e a realização do trabalho de grupo intitulado por “Plano de Prevenção e Controlo de Infeção: Unidade de Ambulatório de Hemodiálise em Pessoa com patologia por SARS-COV2” contribuíram para a implementação do PIP.

Faz parte da nossa *praxis* diária a adoção de medidas de controlo de infeção e o cumprimento das feixes de intervenções. Quando atuamos noutra instituição impera o conhecimento e consulta dos planos de controlo de infeção em vigor, saber quais as especificidades existentes, de forma a ir de encontro aos mesmos.

Verificamos que, em ambos os contextos, são os enfermeiros de ligação ao GCLPPCIRA que realizam as auditorias dos serviços. No SMI existem 6 enfermeiros de ligação com GCLPPCIRA, sendo que há um elemento responsável por coordenar e informar a equipa multidisciplinar as taxas de infeção trimestralmente, essa informação encontra-se afixado num quadro referencial e apresenta medidas de melhoramento ou encorajamento do trabalho realizado. No SUMC existem 5 enfermeiros de ligação com GCLPPCIRA, sendo que neste momento 3 enfermeiros estão de licença de maternidade e cabe aos restantes 2 elementos procederem à realização das auditorias e posterior comunicação à equipa.

Como se encontra explanado no Capítulo 3 deste relatório, o PIP realizado no âmbito do EF, responde às várias unidades de competências, nomeadamente “Concebe plano de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018, p. 19364) e “Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018, p. 19364), como tal, consideramos ter alcançado com sucesso esta 3ª competência do EEEMC-PSC.

CONCLUSÃO

O término deste relatório de estágio culmina com a aquisição de um conjunto de aprendizagens especializadas ao nível do Mestrado em Enfermagem. Com a sua construção, procuramos abordar o percurso efetuado ao longo dos contextos de estágio, refletimos sobre as aprendizagens desenvolvidas e tentamos explicar o processo de aquisição de competências enquanto EEEMC-PSC e Mestre em Enfermagem tendo por base um referencial teórico.

A realização destes estágios potenciou o desenvolvimento de aprendizagens e permitiu conquistar uma visão diferenciada relativamente ao doente crítico. Relativamente ao Estágio I é de ressaltar a capacidade de resposta/articulação, assim como o trabalho de equipa multidisciplinar, associado aos recursos altamente diferenciados no tratamento do doente crítico, nas mais diferentes áreas de atuação. No que respeita ao EF, uma vez que não tínhamos qualquer experiência prévia em contexto de urgência, tivemos oportunidade de alcançar uma visão bastante positiva sobre as funções do Enfermeiro no SUMC, permitiu ainda desenvolver a capacidade de identificação, gestão e reflexão sobre realidade atual, tornando-se assim um contexto bastante desafiador do ponto de vista relacional. De referir que o contexto onde foi realizado o EF proporcionou uma capacidade de resposta à pessoa em situação crítica e família mais célere e ponderada, através da gestão de protocolos terapêuticos complexos, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados tendo por base um juízo mais crítico.

A realização deste PIP permitiu a aquisição e desenvolvimento de várias competências do EEEMC-PSC e Mestre em Enfermagem, nos domínios do saber-saber, saber-fazer e saber-ser. Para a sua conceção recorremos à Metodologia de Projeto, guiada pelo Modelo da Conservação, onde através da constatação da existência de um problema procedeu-se à realização de uma revisão bibliográfica sobre a temática em questão. Com a implementação deste PIP, foi possível desenvolver um plano de prevenção e controlo de infeção, de forma a dar resposta às necessidades institucionais e sectoriais que foram partilhadas e discutidas com toda a equipa de enfermagem e o GCLPPCIRA. Por se tratar de uma necessidade sectorial e institucional, verificou-se um grande interesse por parte dos enfermeiros de ligação do GCLPPCIRA, do enfermeiro orientador e do enfermeiro coordenador em dar continuidade ao que foi iniciado no

EF. Assim, consideramos que este PIP foi uma mais-valia para o (re)início de uma nova etapa na prevenção e controlo de infeção no SUMC, após uma pandemia à escala mundial.

A aquisição de conhecimentos e competências através das atividades desenvolvidas ao longo deste percurso, potenciou o desenvolvimento e consolidação das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC e Mestre em Enfermagem.

A evolução e amadurecimento desses conhecimentos, proporcionaram um crescimento a nível profissional e pessoal, assim como a consciencialização para a tomada de decisão na *praxis* clínica baseada na mais recente evidência científica.

Com a constante atualização científica, este percurso marca, sem dúvida, o início da aquisição de conhecimentos diferenciados para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nos vários contextos da prática clínica.

Todo este percurso não teria sido possível sem a vasta experiência dos enfermeiros orientadores que proporcionaram as melhores oportunidades de aprendizagem nos vários contextos e sem o apoio e disponibilidade da professora orientadora.

Tendo em conta o exposto, consideramos que os objetivos delineados para a conceção do presente relatório foram atingidos com sucesso, e com a apresentação nas provas públicas encerra um percurso formativo rico em aprendizagens para a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional singular enquanto EEEMC-PSC e Mestre em Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. (2023). <https://www.arsalgarve.min-saude.pt/helics-uci/>
- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). American Psychological Association. doi:<https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Apóstolo, J. L. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. ISBNp: 978-989-99426-5-3
- Arco, A. R., Arco, H. R., Lucindo, I. M., & Martins, M. O. (2018). Normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos. *Versão 2*. Instituto Politécnico de Portalegre: Escola Superior de Saúde. Manuscrito não publicado
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. doi:<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Assembleia da República. (22 de abril de 1993). Lei n.º 12/93 de 22 de abril - Colheita de transplante de órgãos e tecidos de origem humana. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1993/04/094a00/19611963.pdf>
- Assembleia da República. (2006). Lei de Bases da Protecção Civil. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/07/12600/46964706.pdf>
- Assembleia da República. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Assembleia da República. (9 de Setembro de 2019). Lei de Bases da Saúde. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Baltazar, P. (2000). *TISS-28*. Lisboa: Congresso Internacional de Medicina Crítica (CIMC) - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital de St. António dos Capuchos. <https://uninet.edu/cimc2000/mesas/mr3/baltazar/TISS28.htm>
- Batista, E. C., Matos, L. A., & Nascimento, A. B. (2017). A ENTREVISTA COMO TÉCNICA DE INVESTIGAÇÃO NA PESQUISA QUALITATIVA. <https://www.researchgate.net/profile/Eraldo->

Batista/publication/331008193_A_ENTREVISTA_COMO_TECNICA_DE_INVESTIGACAO_NA_PESQUISA_QUALITATIVA/links/5c60dfb0299bf1d14cbb4aef/A-ENTREVISTA-COMO-TECNICA-DE-INVESTIGACAO-NA-PESQUISA-QUALITATIVA.pdf

- Benner, P. (Dezembro de 2001). *De iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535-97-X
- Bernhardt, A. M., Copeland, H., Deswal, A., Gluck, J., & Givertz, M. M. (2023). The International Society for Heart and Lung Transplantation/Heart Failure Society of America Guideline on Acute Mechanical Circulatory Support. 29(32023). doi:<https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2022.11.003>
- Buowari, D. Y., Owoo, C., Gupta, L., Schell, C. O., & Baker, T. (2022). Essential Emergency and Critical Care: A Priority for Health Systems Globally. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ccc.2022.06.008>
- Carvalho, A. V. (2020). A importância de um Manual de Procedimentos na Gestão da Manutenção. <https://manwinwin.com/wp-content/uploads/2020/11/A-importancia-de-um-Manual-de-Procedimentos-na-Gestao-da-Manutencao.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Centers for Disease Control and Prevention*. <https://www.cdc.gov/>
- Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. (2021). *Técnicas Extracorporais de Suporte de Órgão em Medicina Intensiva: Uma abordagem focada no doente*. Ad Médic, Lda. ISBN 978-989-53489-0-9
- Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. (2022). *Monitorização do doente crítico: uma abordagem focada no quotidiano*. Loures: Ad Médic, Lda.
- Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. (2022). *Monitorização do doente crítico: Uma abordagem no quotidiano*. (A. M, Ed.) Loures.
- CHE. (2021). *Plano de Ação - Serviço de Urgência Geral*. Intranet hospitalar CHE
- CHE. (2022a). Site oficial do CHE
- CHE. (2022b). Intranet hospitalar do CHE
- CHE. (2022c). *Relatório Vigilância Epidemiológica CH Microrganismo Multirresistentes e Microrganismos Problema - Resultados 2018/2021*.
- CHU. (2022). Obtido de Site oficial do CHU
- Clematide, B. (January de 2008). Focus on Wound Management Organisations in Portugal. (B. Clematide, Ed.) *European Wound Management Association (EWMA)*, Volume 8(Number 1), 44-47.

https://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA.org/EWMA_Journal/EWMA_Journal_Vol_8_No_1.pdf

- Coia, J., Wilson, J., Bak, A., Marsden, G., Shimonovich, M., Loveday, H., . . . Wilson, A. (2021). Infection Society (IPS) guidelines for the prevention and control of meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in healthcare facilities. *Journal of Hospital Infection*, S1-S39. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.09.022>
- Conselho de Enfermagem e Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). Parecer conjunto n.º01/2017 - Atribuição de responsável de turno. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjunto_CE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (Abril de 2019). Documento de Tomada de Posição - Lei de bases da saúde: Princípios e fundamentos, um contributo do CNECV. https://www.ipc.pt/ipc/wp-content/uploads/2020/03/cnecv_tomada_de_decisao_lei_de_bases_da_saude_principios_e_fundamentos_um_contributo_do_cnecv.pdf
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedinas, S.A. ISBN 978-972-40-5137-6
- Cruz, D. M., Neris, L. M., Boas, L. G., & Menezes, J. D. (2017). Aplicação do planeamento estratégico a partir da análise swot: um estudo numa empresa de tecnologia da informação. <https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/7595/2/AplicacaoAnaliseSWOT.pdf>
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Coimbra: Edições Almedina. ISBN 978-972-40-3401-0
- Deodato, S. (2012). *Direito da Saúde: Colectânea da legislação anotada*. Coimbra: Edições Almedina, S.A. ISBN 978-972-40-4750-8
- DGS. (2021-2030). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. *Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Lisboa. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associada aos cuidados de saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Manual de Operacionalização.

https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-Operacionalizac%CC%A7a%CC%83o-do-PNCI_2008.pdf

- Direção-Geral da Saúde. (Outubro de 2010). Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma das Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). PLANO NACIONAL DE SAÚDE: REVISÃO E EXTENSÃO A 2020. <https://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde: Norma 001/2017 de 08/02/2017. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Programa Nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-892489-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAABAARYSztzVUy81MsTU1MDAFAH zFEfkPAAAA>
- Direção-Geral da Saúde. (18 de Junho de 2018). Programa Nacional de Controlo da Dor. https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *PLANO NACIONAL DE COMBATE À RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS 2019-2023. ÂMBITO DO CONCEITO “UMA SÓ SAÚDE”*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.sip-spp.pt/media/2lhh2pox/antimicrobianos-programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencias-2019-2023-dgs.pdf>

- Direção-Geral da Saúde. (2019a). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (Maio de 2021). *INFEÇÕES E RESISTÊNCIAS AOS ANTIMICROBIANOS: RELATÓRIO ANUAL DO PROGRAMA PRIORITÁRIO 2021 PPCIRA*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Relatório do inquérito de prevalência de ponto em hospital de agudos em Portugal 2017. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/relatorios/relatorio-do-inquerito-de-prevalencia-de-ponto-em-hospitais-de-agudos-em-portugal-2017-2022-pdf.aspx>
- Ekwall, A., Gerdtz, M., & Manias, E. (2008). The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: perspectives of family, friends and carers. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02052.x
- ESS-IPS. (2022). Ficha UC Estágio Final e Orientações Gerais. https://moodle.ips.pt/2223/pluginfile.php/56833/mod_resource/content/1/Ficha%20UC%20Est%C3%A1gio%20Final%20e%20Orient.%20Gerais-6%C2%BAMEnf.pdf
- European Center for Disease Prevention and Control. (2020). Additional tables - antimicrobial resistance in the EU/EEA 2020. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/EUEEA_tables_showing_total_isolates_tested_per_species.pdf
- European Center for Disease Prevention and Control. (2020). Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net). *Annual Epidemiological Report for 2020*. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-EARS-Net-2020.pdf>
- European Center for Disease Prevention and Control. (2020a). Additional tables - antimicrobial resistance in the EU/EEA 2020. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/EUEEA_tables_showing_total_isolates_tested_per_species.pdf
- Fernández-Alonso, V., Palacios-Ceña, D., Silva-Martín, C., & García-Pozo, A. (2022). Experiência de famílias de doadores falecidos durante o processo de doação de órgãos: um estudo qualitativo. doi:<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO004334>

- Flório, M. S., & Galvão, C. M. (2003). Cirurgia ambulatorial: Identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. *Rev Latino-am Enfermagem*, 630-637. doi:<https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000500010>
- Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8383-10-X
- Gesser, A. M., Santos, M. S., & Gambetta, M. V. (2021). Spikes: um protocolo para a comunicação de más notícias. *Brazilian Journal of Development*, 2(11), 103334-103345.
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/39204/pdf>
- Goldstein, J. N., & Greer, D. M. (2009). Rapid Focused Neurological Assessment in the Emergency Department and ICU. doi:10.1016/j.emc.2008.07.002
- Gomarverdi, S., Sedighie, L., Seifrabiei, M., & Nikooseresht, M. (2019). Comparison of Two Pain Scales: Behavioral Pain Scale and Critical-care Pain Observation Tool During Invasive and Noninvasive Procedures in Intensive Care Unit-admitted Patients. doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_47_18
- Gonçalves, S. C., & Carmo, T. I. (2022). Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão. doi:<https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>
- Grotta, P. G., & Grant, P. S. (2018). Environmental Infection Prevention: Priorities of Patient Safety Collaboration. doi:10.1097/CNQ.0000000000000184
- Grupo Português de Triage. (2010). *Triage no Serviço de Urgência: Protocolo de Triage de Manchester - Manual do Formando* (2ª ed.). Amadora: Grupo Português de Triage.
- Hofrichter, M. (2021). *Análise SWOT: quando usar e como fazer*. (Simplissimo Livros Lda) <https://books.google.pt/books?id=yXEEDgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1982). *Metodologia do Planeamento em Saúde*. Lisboa: Obras Avulsas.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida. (2ª edição). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>
- International Council of Nurse. (2019). *Core competencies in disaster nursing*. (2ª, Ed.) Geneva, Switzerland: International Council of Nurse.
- International Council of Nurse. (2019a). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

- Korich, M. S., Machado, R. R., & Costa, E. (Jan-Mar de 2004). Ética e Bioética: Para dar início à reflexão. 106-110. <https://www.scielo.br/j/tce/a/NrCmm4mctRnGGNpf5dMfbCz/?format=pdf&lang=pt>
- Lee, A. S., Catho, B. D., & Harbarth, S. (2021). Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*: An Update on Prevention and Control in Acute Care Settings. doi:<https://doi.org/10.1016/j.idc.2021.07.001>
- Levine, M. E. (1965). Trophicognosis: an alternative to nursing diagnosis. *Appleton-Century-Crofts Country of Publication*, Vol. 2, 55-70.
- Liang, S. Y., Riethman, M., & Fox, J. (2018). "Infection Prevention for the Emergency Department Out of Reach or Standard of Care?". doi:<https://doi.org/10.1016/j.emc.2018.06.013>
- Macedo, R., Dias, A. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing activities score: adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. doi:<https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>
- Mendes, A. P. (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. doi:10.1590/2177-9465-EAN-2019-0056
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Regulamentação das alterações introduzidas pela Lei de Bases do Sistema Educativo relativas ao novo modelo de organização do ensino superior no que respeita aos ciclos de estudos. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/03/060a00/22422257.pdf>
- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2014). *Despacho* n.º 10319/2014. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015b). *Despacho* n.º 1057/2015 https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/Despacho_1057_0215_EnfermeirosMeiosComplementaresDiagnostico.pdf
- Ministério da Saúde. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. 2959 - 2962. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Ministério da Saúde. (2013). *Despacho* n.º 15423/2013, de 26 de novembro. Obtido de <https://files.dre.pt/2s/2013/11/229000000/3456334565.pdf>
- Ministério da Saúde. (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>

- Ministério da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Miranda, D. R., Moreno, R., & Lapichino, G. (1997). Nine equivalents of Nursing Manpower Use Score (NEMS). Springer-Verlag. doi:10.1007/s001340050406
- Negrinho, A., Ferreira, B., Débora, S., Ribeiro, E., & Shone, S. (Novembro de 2019). Prevalência da colonização nasal por *Staphylococcus Aureus* resistente à metilina nos técnicos de análises clínicas e saúde pública num hospital do distrito de Lisboa: estudo de caso. <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/11462/1/Preval%C3%Aancia%20da%20coloniza%C3%A7%C3%A3o%20nasal%20por%20Staphylococcus%20Aureus%20resistente%20%C3%A0%20metilina%20nos%20t%C3%A9cnicos%20de%20an%C3%A1lises%20cl%C3%ADnicas%20e%20sa%C3%BAde%20p>
- Netto, L., Silva, K. L., & Rua, M. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. doi:10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309
- Nunes, E. G., & Gaspar, M. M. (Junho de 2016). A liderança em enfermagem e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar. doi:http://dx.doi.org/10.1590/19831447.2016.02.55726
- Nunes, L. (2006). *Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e mediações nos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8930-17-8
- Nunes, L. (2009). *Ética: Raízes e Florescências em Todos os Caminhos*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 978-972-8930-47-9
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem: Fundamentos e Horizontes*. Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda. SBN 978-972-893067-7
- Nwakanma, C. C., & Wright, B. J. (2019). Extubation in the Emergency Department and Resuscitative Unit Setting. doi:https://doi.org/10.1016/j.emc.2019.03.004
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise dos casos.

- https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de boa prática*. Ordem dos Enfermeiros.
 - Ordem dos Enfermeiros. (2010). Juramento Profissional.
 - Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
 - Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Regulamento n.º 429/2018*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
 - Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
 - Ordem dos Enfermeiros e Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). Parecer conjunto n.º01/2017 - Atribuição de responsável de turno. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf
 - Ordem dos Médicos. (2018). DOCUMENTO ORIENTADOR DA FORMAÇÃO EM MEDICINA INTENSIVA: Critérios de Idoneidade e de Formação em Medicina Intensiva. <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/10/DOFMI-2018-vf.pdf>
 - Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). Transporte de Doentes Críticos Recomendações. https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf
 - Ortega, M. B., Cecagno, D., Llor, A. S., Siqueira, H., Montesinos, M. L., & Soler, L. M. (2015). *Formação académica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho*. doi:10.1590/0104-1169.0432.2569
 - Petiprin, A. (2023). *Nursing-Theory.org*. <https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Myra-Estrine-Levine.php>
 - Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8383-84-3
 - Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde*

- Pública*(10), 27-39. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>
- Pina, J. (2020). Autonomia e Representação no Doente Crítico. Vol 29. (R. D. ANESTESIOLOGIA, Ed.) doi:<https://dx.doi.org/10.25751/rspa.21706>
 - Quintard, H., l'Her, E., Pottecher, J., Adnet, F., Constantin, J.-M., De Jong, A., . . . Donetti, L. (2017). Intubation and extubation of the ICU patient. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.accpm.2017.09.001>
 - Rodrigues, F., & Coelho, P. (2020). PROFISSIONAIS DE SAÚDE E STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE À METICILINA - UMA REVISÃO DA LITERATURA. *HIGEIA - Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco*, IV(2º), P9-16. https://revistahigeia.ipcb.pt/artigos_n4/01_profissionais_d_saude_e_staphylococcus_aureus_resistente_a_meticilina.pdf
 - Rosa, I., Pais, D., & Consciência, J. (Publicação Trimestral: Jan/Mar de 2016). Os princípios da Bioética aplicados em Urgência Hospitalar. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(1), 18-23. https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n1_2016_18_23.pdf
 - Royal College of Physicians. (2012). National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. Londres. <https://www.rcplondon.ac.uk/file/32/download>
 - Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. ISSN 1646-5067
 - Santos, C., Nunes, T., Branco, M., André, C., & Antunes, L. (2021 de junho de 2021). Methicillin resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) (MRSA) nasal colonization: Could it be a professional restriction? *REVISTA PORTUGUESA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO*, VOL 59(Nº 2). doi:<https://doi.org/10.34631/sporl.883>
 - Sapkota, J., Manisha, S., Jha, B., & Bhatt, C. P. (2019). Prevalence of *Staphylococcus aureus* Isolated from Clinical Samples in a Tertiary Care Hospital: A Descriptive Cross-sectional Study. *Journal of the Nepal Medical Association*, VOL 57. doi:[10.31729/jnma.467](https://doi.org/10.31729/jnma.467)
 - Sharara, S. L., Maragakis, L. L., & Cosgrove, S. E. (2021). "Decolonization of *Staphylococcus aureus*". doi:<https://doi.org/10.1016/j.idc.2020.10.010>

- Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência - Da teoria à prática* (6ª edição ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência - Da teoria à prática* (6ª edição ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 978-972-8930-63-9
- Silva, G. R., Varanda, P. A., Santos, N. V., Silva, N. S., Salles, R. S., Amestoy, S. C., Queirós, P. J. (2021a). Gestão e liderança na percepção de enfermeiros: um caminho à luz da burocracia profissional. doi:<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0070>
- Silva, J. M., Martins, M. M., Trindade, L. d., Ribeiro, O. M., & Cardoso, M. P. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 278-295. doi:<http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Silva, M. (2020). A Enfermagem centrada na Investigação Científica 2. (A. Editora, Ed.) doi:10.22533/at.ed.140200903
- Sousa, K. H., Damasceno, C. C., Almeida, C. P., Magalhães, M. J., & Ferreira, M. (2019). Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care. doi:<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde - Cadernos de Formação nº2*. Ministério da Saúde: Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª Edição ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª Edição ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8383-74-6
- Universidade de Évora. (2015). NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos. <https://gdoc.uevora.pt/384829>
- Warnock, C., Buchanan, J., & Tod, A. M. (2017). The difficulties experienced by nurses and healthcare staff involved in the process of breaking bad news. doi:<https://doi.org/10.1111/jan.13252>
- Wilson, J. (2003). *Controlo de Infecção na Prática Clínica* (2ª Edição ed.). Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-57-6
- World Health Organization. (2022). Global report on infection prevention and control. ISBN 978-92-4-005116-4

- World Health Organization. (2022). Surveillance of antimicrobial: resistance in Europe, 2021 data. Executive summary. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058513>

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL



VI Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica:
A Pessoa em Situação Crítica
Unidade Curricular Estágio Final – A Pessoa em Situação Crítica
2º Ano / 1º Semestre

PROJETO INTERVENÇÃO PROFISSIONAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Rastreio ativo do *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina
(MRSA): Para uma Enfermagem Promotora da Segurança do
Doente

Docente responsável pela Unidade Curricular

Profª. Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Docentes

Profª. Maria Antónia Rasa Correia da Costa

Enfermeiro Orientador:

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica AFD

Discente:

Cândida Silva n.º 1041

Setúbal, 20 Outubro de 2022



VI Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica:
A Pessoa em Situação Crítica
Unidade Curricular Estágio Final – A Pessoa em Situação Crítica
2º Ano / 1º Semestre

PROJETO INTERVENÇÃO PROFISSIONAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Rastreio ativo do *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina
(MRSA): Para uma Enfermagem Promotora da Segurança do
Doente

Docente responsável pela Unidade Curricular

Profª. Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Docentes

Profª. Maria Antónia Rasa Correia da Costa

Enfermeiro Orientador:

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica AFD

Discente:

Cândida Auxiliadora Ribeiro Silva

nº 210531041

Ano letivo 2022/2023

Setúbal, 20 Outubro de 2022

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	<i>American Psychological Association</i>
CH	Centro Hospitalar
DGS	Direção-Geral da Saúde
EE	Enfermeiro Especialista
EF	Estágio Final
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
EEEMC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
ESS/IPS	Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal
GCLCIPRA	Grupo Coordenador Local de Controlo de Infecção e de Prevenção de Resistências aos Antimicrobianos
MTP	Metodologia do Trabalho Projeto
MRSA	<i>Staphylococcus aureus</i> resistente à Meticilina
MS	Ministério da Saúde
IACS	Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
p.	Página
PSC	Pessoa em Situação Crítica
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSD	Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
PIP	Projeto de Intervenção Profissional
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats</i>
UC	Unidade Curricular
UCI	Unidade Cuidados Intensivos
UICD	Unidade de Internamento de Curta Duração

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Análise SWOT	10
-------------------------------	----

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	7
2. REFERÊNCIAS.....	13
APÊNDICE.....	15
APÊNDICE I – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO FINAL.....	16

INTRODUÇÃO

O presente Projeto Intervenção Profissional (PIP), foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio Final (EF) – Pessoa em Situação Crítica, no 1º semestre, do 2º ano, do 6º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) – A Pessoa em Situação Crítica (PSC), a decorrer na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), no ano letivo 2022/2023.

O Estágio está a ser realizado no Serviço de Urgência Médico Cirúrgico (SUMC) de um hospital distrital, sob a orientação da Professora Mª Antónia Costa e da enfermeira orientadora, Mestre e Especialista em EMC, Enf. AFD. Este foi iniciado no dia 19 de setembro do presente ano e com previsão de *terminus* no dia 27 de janeiro de 2023, conta com 336h de contato (ESS/IPS, 2022).

No decorrer no EF, através da observação realizada e após auscultação dos vários profissionais, verificou-se que não estava implementado o rastreio do *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA) e neste sentido o presente PIP surge como proposta de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

A proposta de PIP será desenvolvida com recurso à metodologia de trabalho projeto (MTP) com a finalidade de obtenção das competências e específicas do Enfermeiro Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC). Assim, espera-se que o estudante desenhe, planeie, implemente e avalie um PIP de forma adequada às necessidades do serviço onde decorre o EF, tendo em conta o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMC e Mestre em Enfermagem.

Assim, este trabalho tem como objetivo geral apresentar a proposta de PIP e como objetivos específicos: Justificar a pertinência do tema, apresentar os objetivos da proposta do PIP; descrever as atividades para a concretização do PIP e apresentar o cronograma das atividades para a sua concretização.

O presente trabalho, norteia-se pelas diretrizes do novo acordo ortográfico português, orientado pelo Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos de 2011 da ESS/IPS. A norma de referência que segue é a *American Psychological Association* (APA) 7ª edição.

1. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Nome do investigador: Cândida Auxiliadora Ribeiro da Silva

Curso: Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica: A pessoa em Situação Crítica

Entidade: Instituto Politécnico de Setúbal

Tema: Rastreio ativo do *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA): Para uma Enfermagem Promotora da Segurança do Doente

Orientação: Enfermeira Especialista EMC: AFD e Professora M^a Antónia Costa

Serviço: SUMC do Centro Hospitalar (CH)

Resumo:

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é um documento orientador das políticas de saúde, em Portugal, e tem como objetivo traçar um rumo estratégico para a intervenção no quadro do Sistema de Saúde, de forma a maximizar o bem-estar físico das populações. Este plano assume um papel orientador das medidas relevantes para obtenção de mais ganhos em saúde, por parte da população residente em Portugal, com base nos quatro eixos estratégicos: Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; e Políticas Saudáveis (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015; DGS, 2021-2030).

A implementação do PNS é realizada através da existência de programas, projetos, atividades e ações operacionalizadas numa lógica de plano macro estratégico que visa dar resposta aos 4 eixos estratégicos. A sua monitorização é realizada através de indicadores de metas emanadas no relatório da OMS e da União Europeia. E neste contexto surge o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) para responder ao indicador de metas na área dos Recursos e Produção em Saúde – Demora média do internamento (DGS, 2015; MS, 2021).

De acordo com a respetiva Norma 018/2014 (atualizada em 27/04/2015) da DGS, a gestão do PPCIRA estende-se até às unidades de saúde locais, através do despacho Despacho n.º 15423/2013 D.R. n.º 229, Série II, de 26 de novembro, onde é referido que cada administração regional de saúde e nas secretarias regionais de saúde das regiões autónomas deve existir um Grupo de Coordenação Regional, constituído por médicos e enfermeiros da área do controlo de infeção. E que através dessa entidade, devem existir em cada unidade de saúde deve ter um Grupo de Coordenação Local do PPCIRA (GCLPPCIRA) (MS, 2013; DGS, 2015).

A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) mantém-se uma problemática à escala mundial, devido à sua elevada taxa de morbilidade, mortalidade e aumento dos custos em saúde, mas através da correta implementação de programas verifica-se uma

redução significativa da taxa de incidência (Pina et al, 2010; Gonçalves & Carmo, 2022). A IACS é definida pela DGS (2007) como sendo uma "infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade" (p. 4).

De acordo com o Relatório Global sobre a Prevenção e Controlo de Infecção da Organização Mundial de Saúde (OMS), 7 em cada 100/doentes internados em Unidade Cuidados Intensivos (UCI) de países desenvolvidos e 15 em cada 100/doentes em países em desenvolvimento adquirem IACS durante o internamento. Mas através da implementação de medidas, bem com a identificação de possíveis lacunas a nível global e nacional, foi possível demonstrar o impacto e a relação do custo-eficácia das intervenções para a prevenção e controlo da infecção (World Health Organization, 2022).

As infeções na saúde geralmente ocorrem nas unidades de saúde complexas, onde se encontram doentes em estado crítico, devido a utilização de terapêutica, técnicas mais invasivas e diferenciadas. Como tal, é emergente promover o uso adequado dos dispositivos invasivos, adotar medidas adequadas de controlo e transmissão de infeção, que permitam a redução das resistências microbianas, através da aplicação das Precauções Básicas de Controlo de Infecção como forma de prevenção das IACS (DGS, 2019). O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, salienta a prevenção das IACS, como um dos Indicadores de Qualidade, através da implementação de programas de vigilância do PPCIRA, suporte e apoio aos serviços na implementação e monitorização das *bundles* de prevenção de IACS (MS, 2021).

De acordo com as **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE)** determinada pela Ordem dos Enfermeiros (OE), no domínio de melhoria contínua da qualidade, na alínea c) "o enfermeiro deve garantir um ambiente terapêutico e seguro" (OE, 2019, p. 4745), e através de uma gestão do ambiente centrado no doente como condição imperiosa, de forma a garantir efetividade terapêutica e prevenção de incidentes, atuando de forma proativa no bem-estar e na gestão do risco (OE, 2019). As **Competências Específicas do EEEMC** no ponto 1, alínea b) "Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica" (OE, 2018, p. 19359) e alínea c) "Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica" (OE, 2018, p. 19359), o enfermeiro especialista deve ter em conta os vários contextos de ação e a diversidade de processos terapêuticos complexos, e fazer uma gestão do risco e do ambiente promotor dos cuidados especializados, salvaguardando a segurança a resposta da atuação e a pessoa alvo dessa intervenção (OE, 2018). Situação ainda mais assente

nas Competências do EMC-PSC ponto 1, alínea c) "Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas" (OE, 2018, p. 19359).

Diagnóstico da Situação:

O diagnóstico de situação é a primeira etapa da MTP que visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada e responder a uma necessidade da população. Para tal, pressupõe-se que seja realizada, de acordo com contexto (Ruivo et al, 2010).

Esta primeira etapa é dinâmica e por se tratar de um processo contínuo em permanente atualização, é imperioso que seja realizado eficientemente e em tempo útil, de forma a agilizar a implementação de medidas pertinentes e exequíveis. Para a elaboração do diagnóstico de situação, nomeadamente, a identificação e validação dos problemas podem ser utilizadas várias ferramentas, de acordo com o contexto. Para este contexto em específico, utilizei a Entrevista não estruturada com a Enfermeira Coordenadora do SUMC, enfermeiro orientador e enfermeiros peritos do serviço e a análise SWOT (*Strengths* = forças, *Weaknesses* = fragilidades, *Opportunities* = oportunidades, *Threats* = ameaças) (Cruz et al, 2017).

Com a entrevista constatou-se que a necessidade prioritária identificada foi a reimplementação do rastreio do MRSA nos doentes que irão ficar internados na nova Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD). E de acordo com os intervenientes, de modo a evitar lapsos no rastreio, o rastreio deverá abranger qualquer doente com critério de internamento no CHE.

De acordo com a análise SWOT conforme consta no Tabela 1, foram avaliados os pontos fortes – Força e Fragilidade da organização e Oportunidades e Ameaças do ambiente externo (Cruz et al, 2017; Hofrichter, 2021). Nesta problemática, podemos verificar que, em termos institucionais, a força a existência de 5 elos de ligação do GCLPPCIRA, um em cada equipa; o trabalho e coesão da equipa de enfermagem e uma equipa motivada para melhorar a prática clínica. Como fraquezas verificamos a existência de apenas 2 elementos GCLPPCIRA no ativo; entrada de vários enfermeiros em tempos de pandemia; serviço de grande rotatividade e com grande fluxo de doentes. Em termos ambiental relativamente às Oportunidades temos: Abertura da nova UICD com capacidade para mais camas; possibilidade de recrutamento de mais enfermeiros e também a disponibilidade para aquisição de novo material. Como Ameaças temos o aumento do n.º doentes internados; rutura de stock por parte dos fornecedores de material e a aproximação do Inverno.

Forças: Existência de 5 elos de ligação do PPCIRA, 1 em cada equipa, total de 5 elementos; Trabalho e Gestão da equipa de Enfermagem; Equipa envolvida para melhorar a prática clínica.	Fraquezas: Existência apenas de 2 elementos PPCIRA no ativo em horário de alimentação, os restantes eles encontram-se de atestado; Falta de vários conhecimentos devido à pandemia; - Serviço de grande rotatividade; Grande fluxo de doentes.
Oportunidades: Abertura de nova unidade de internamento de curta duração com 30 camas, 2 quartos de isolamento com pressão negativa e 2 unidades de isolamento; Aumento do nº de enfermeiros; - Disponibilidade para aquisição de material.	Ameaças: - Aumento do número de doentes internados; - Rupturas de stock por parte dos fornecedores de material; - Aproximação do inverno.

Análise Swot

Tabela 1 - Análise SWOT
Fonte – Elaboração própria

Assim, face ao exposto, este PIP tem como objetivos:

Objetivo Geral

- Implementar o rastreio do MRSA no SUMC, no decorrer do EF

Objetivos Específicos:

- Recolher evidência científica sobre a temática;
- Capacitar a equipa de enfermagem para o rastreio do MRSA durante a realização do EF;
- Construir poster com informação sintetizada sobre o rastreio e descolonização por MRSA;
- Construir proposta de procedimento interno sobre o rastreio de MRSA.

População-alvo

Todos os enfermeiros do SUMC, que de forma informada e livre consentem participar na implementação do PIP.

Planeamento

De forma a atingir os objetivos delineados, foram planeadas atividades que se encontram explanadas no cronograma de atividades do PIP no Apêndice I. Estas podem ser sujeitas a alterações, de acordo com o decorrer da implementação do projeto.

Na primeira fase irá ser aplicado um questionário à equipa de enfermagem com o objetivo de recolher dados sociodemográficos, profissionais e académicos para

caracterização da mesma e ainda, conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a pertinência da temática em estudo, tendo em vista a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados e a uniformização de procedimentos relativamente ao rastreio de MRSA.

Posteriormente serão desenvolvidas atividades no sentido de capacitar a equipa de enfermagem para o rastreio do MRSA e a implementação do MRSA no SUMC.

E por fim a construção de uma proposta de procedimento interno sobre o rastreio do MRSA.

Estratégias

- ✓ Aceder a bases de dados científicas sobre MRSA: Cuidados de enfermagem promotores da segurança na prevenção de infeção por MRSA no doente crítico adulto;
- ✓ Realizar uma *Scoping Review*;
- ✓ Articulação com a Enfermeira coordenadora, enfermeira orientadora, enfermeira responsável pela formação e elementos de ligação com GCLPPCIRA na comunicação com restante equipa de enfermagem e com a professora orientadora no sentido de orientação sobre a implementação do projeto;
- ✓ Realização de 2 sessões de formação (presencial e online, de preferência com os elementos de ligação do GCLPPCIRA);
- ✓ Apresentação de vídeo demonstrativo do rastreio do MRSA durante as sessões de formação.
- ✓ Realização de uma sessão em formato online, de forma a abranger o maior n.º de enfermeiros, na impossibilidade de estarem presencialmente na sessão de formação;
- ✓ Realização da formação nas várias equipas, antes da passagem de turno, de forma a abranger a maior parte da equipa de enfermagem;
- ✓ Replicação da formação por parte dos elementos de ligação do GCLPPCIRA, em cada equipa e de forma periódica a toda a equipa de enfermagem;
- ✓ Implementação do rastreio antes a abertura da nova UICD;
- ✓ Atualização da Folha de Controle para pesquisa de Portadores de MRSA;
- ✓ Criação de Panfleto informativo para a população sobre o MRSA.
- ✓ Construção de dossier físico e pasta digital com a informação relacionada com o rastreio.
- ✓ Realização poster com informação sintetizada e baseada na última evidência e de acordo com as orientações mundiais, europeias e nacionais;
- ✓ Apresentação do poster à Professora Orientadora, Enfermeira Coordenadora, Enfermeira Orientadora e os elementos de ligação ao GCLPPCIRA;

- ✓ Averiguar com Enfermeira Orientadora e os elementos de ligação ao GCLPPCIRA sobre o melhor local para fixação na sala aberta e no SO (locais onde geralmente ficam as pessoas com possível critério de internamento).
- ✓ Apresentação do poster à equipa de Enfermagem do SUMC.
- ✓ Reunião com a Enfermeira orientadora, Enfermeiro Coordenador e Elementos de Ligação ao GCLPPCIRA;
- ✓ Realização da proposta de protocolo de atuação sobre o rastreio de MRSA;
- ✓ Apresentação da proposta à Enfermeira Coordenadora, Enfermeira Orientadora e Elementos de ligação ao GCLPPCIRA;
- ✓ Apresentação da proposta à equipa de Enfermagem do SUMC de forma oportuna.

2. REFERÊNCIAS

- Cruz, D. M., Neris, L. M., Boas, L. G., & Menezes, J. D. (2017). Aplicação do planeamento estratégico a partir da análise swot: um estudo numa empresa de tecnologia da informação. <https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/7595/2/AplicacaoAnaliseSWOT.pdf>
- DGS. (2021-2030). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. *Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Lisboa. https://1nj5ms2lli5hdgbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associada aos cuidados de saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma 018/2014 (atualização 27/04/2015). *Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infeccao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *PLANO NACIONAL DE COMBATE À RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS 2019-2023. ÂMBITO DO CONCEITO "UMA SÓ SAÚDE"*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.sip-spp.pt/media/2lhh2pox/antimicrobianos-programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeccoes-e-de-resistencias-2019-2023-dgs.pdf>
- ESS-IPS. (2022). Ficha UC Estágio Final e Orientações Gerais. https://moodle.ips.pt/2223/pluginfile.php/56833/mod_resource/content/1/Ficha%20UC%20Est%C3%A1gio%20Final%20e%20Orient.%20Gerais-6%C2%BAMenf.pdf

- Gonçalves, S. C., & Carmo, T. I. (2022). Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão. doi:<https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>
- Hofrichter, M. (2021). *Análise SWOT: quando usar e como fazer*. (Simplissimo Livros Ltda) <https://books.google.pt/books?id=yXEEDgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>
- Ministério da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Regulamento n.º 429/2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*(10), 27-39. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infecciones-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. ISSN 1646-5067
- World Health Organization. (2020). Core competencies for infection prevention and control professionals. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335821/9789240011656-eng.pdf>

APÊNDICE

APÊNDICE I – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO FINAL

Meses Atividades	Setembro		Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro
	3ª Sem	4ª Sem	1ª Sem	2ª Sem	3ª Sem	4ª Sem	1ª Sem	2ª Sem	3ª Sem	4ª Sem	1ª Sem	2ª Sem	3ª Sem	4ª Sem	1ª Sem	2ª Sem	3ª Sem	4ª Sem	1ª Sem
Realização Estágio																			
Reunião Enf. Orientadora																			
Reunião Enf. Coordenadora do SUG			3 Out																
Reunião com GCLCIPRA			3 Out																
Pesquisa bibliográfica																			
Elaboração Poster e memorando																			
Criação Protocolo																			
Atualizar folha registro																			
Discussão folha e protocolo																			
Realizar sessões e questionário av.																			
Implementação do rastreio																			
Utilizar meios de divulgação																			
Realização artigo científico																			

Fonte: Elaboração Própria

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO PRÉ-DIAGNÓSTICO

Projeto de Intervenção Profissional

O meu nome é Cândida Silva, sou enfermeira e estudante do 6º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), no ano letivo 2022/2023.

No âmbito das Unidades Curriculares, Estágio Final e Relatório de Estágio, encontro-me a desenvolver um Projeto de Intervenção Profissional (PIP) intitulado por **"Rastreamento ativo do *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA): Para uma Enfermagem Promotora da Segurança do Doente"**. Para a realização do diagnóstico de situação, conto com a sua colaboração através do preenchimento deste questionário onde realizo a caracterização sociodemográfica, profissional e académica da Equipa do Serviço de Urgência Geral e tento compreender a pertinência do tema, sendo esta uma necessidade manifestada pela instituição, de modo a contribuir para a melhoria da prática clínica, da qualidade dos cuidados de enfermagem e da segurança dos profissionais e utentes.

O preenchimento e submissão *online* do questionário significam o seu consentimento em participar.

Os dados serão tratados, de acordo com os Regulamento Geral da Proteção de Dados. A sua participação é voluntária, a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e utilizados exclusivamente para a implementação do PIP.

O questionário deve ser preenchido até ao dia 11/12/2022 às 20:00.

Obrigada pela sua participação!

Qual é a sua idade? *

A sua resposta

Indique os anos de experiência profissional. *

- ☐ 0-2 anos
- ☐ 3-5 anos
- ☐ 6-10 anos
- ☐ 10-20 anos
- ☐ +20 anos

Tem formação nas áreas de especialização em enfermagem? *

☐ Sim

☐ Não

Se sim, em que área de especialização?

A sua resposta

Tem formação no âmbito do controlo de infeção, para além do conhecimento adquirido no âmbito da Licenciatura?

☐ Sim

☐ Não

Indique pelo menos 3 critérios de inclusão para rastreio de MRSA? *

- ☐ Ser Ostomizado
- ☐ Ter realizado antibioterapia nos últimos 8 meses
- ☐ Residir em lar/residencial para idosos/unidade cuidados continuados
- ☐ Ter doença sexualmente transmissível
- ☐ Ter internamento hospitalar com mais de 42h
- ☐ Presença de feridas cirúrgicas
- ☐ Presença de dispositivos invasivos
- ☐ Realizar hemodiálise

Já alguma vez realizou o rastreio do MRSA? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

O que deve fazer até obter o resultado do teste de MRSA? *

- ☐ Fica sentado/deitado no sitio onde se encontra a aguardar observação
- ☐ Inicia medidas de isolamento preventivo
- ☐ Inicia descolonização preventiva

Em caso de resultado positivo, como deve proceder? *

- ☐ Retirar do isolamento
- ☐ Iniciar protocolo de descolonização e manter isolamento
- ☐ Manter apenas os cuidados de isolamento

Em caso de transferência para outro serviço, que informações deve transmitir? *

- ☐ Data da realização do rastreio
- ☐ Data do internamento
- ☐ Data da realização do rastreio, data da descolonização e data da nova colheita

No caso de MRSA positivo, que tipo de isolamento deve ser iniciado? *

- ☐ Isolamento protetor
- ☐ Isolamento de contato
- ☐ Isolamento da via aérea
- ☐ Isolamento gotículas

Pensa ser importante a realização de uma formação para a prevenção e controlo de infeção por MRSA? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

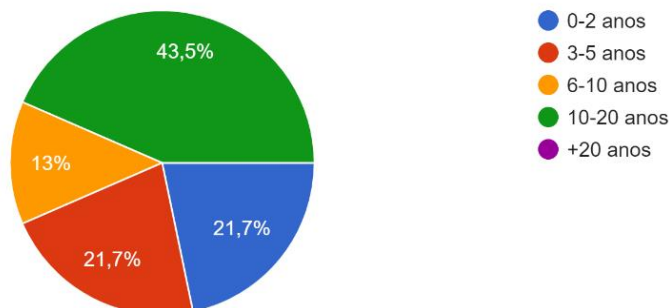
Refira algumas sugestões que gostasse de ver abordado, de forma a melhorar o projeto? *

A sua resposta

APÊNDICE III – RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO PRÉ-DIAGNÓSTICO

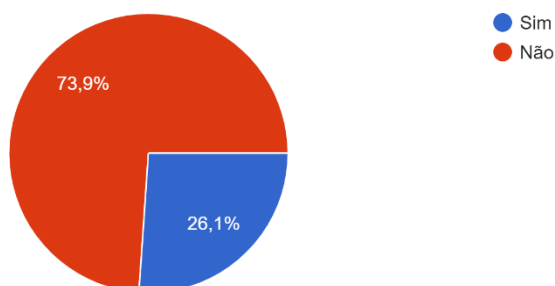
Indique os anos de experiência profissional.

23 respostas



Tem formação nas áreas de especialização em enfermagem?

23 respostas



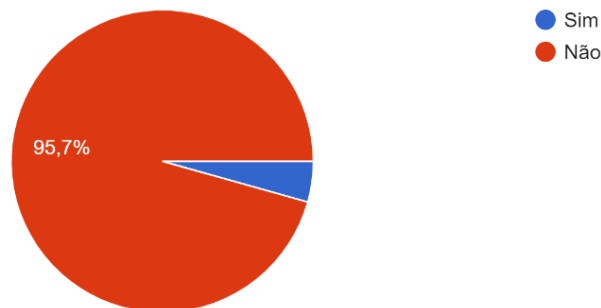
Se sim, em que área de especialização?

6 respostas

Enfermagem Médico-cirurgica
Reabilitação
EMC - Pessoa em Situação Crítica
Médico-Cirurgica
Medico cirurgica
EMC-PSC

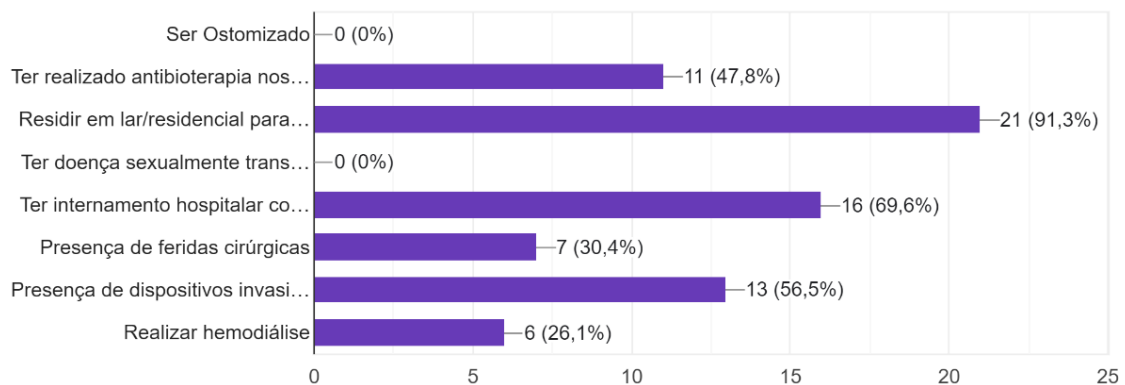
Tem formação no âmbito do controlo de infeção, para além do conhecimento adquirido no âmbito da Licenciatura?

23 respostas



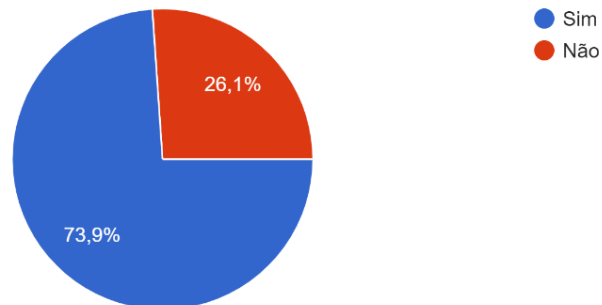
Indique pelo menos 3 critérios de inclusão para rastreio de MRSA?

23 respostas



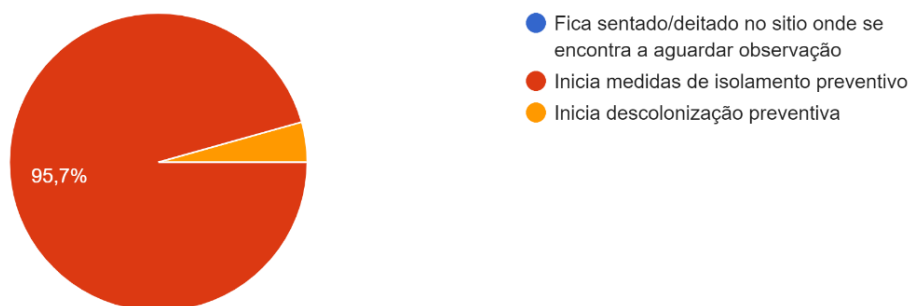
Já alguma vez realizou o rastreio do MRSA?

23 respostas



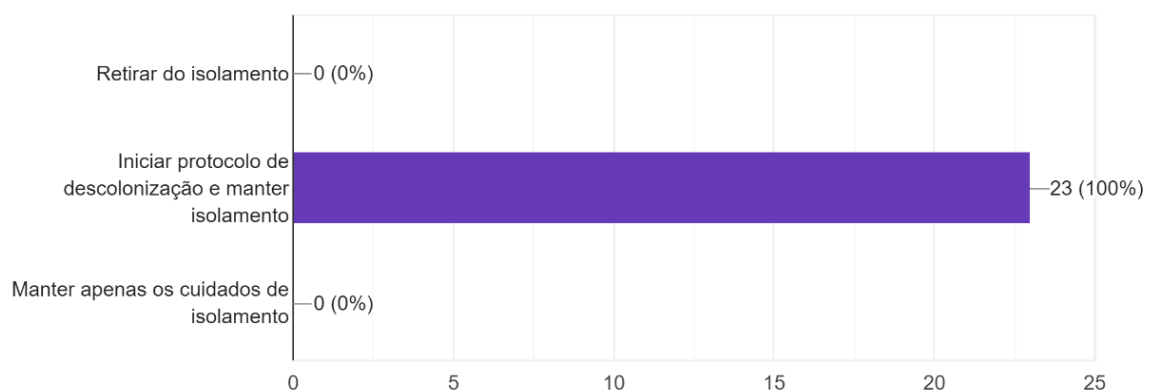
O que deve fazer até obter o resultado do teste de MRSA?

23 respostas



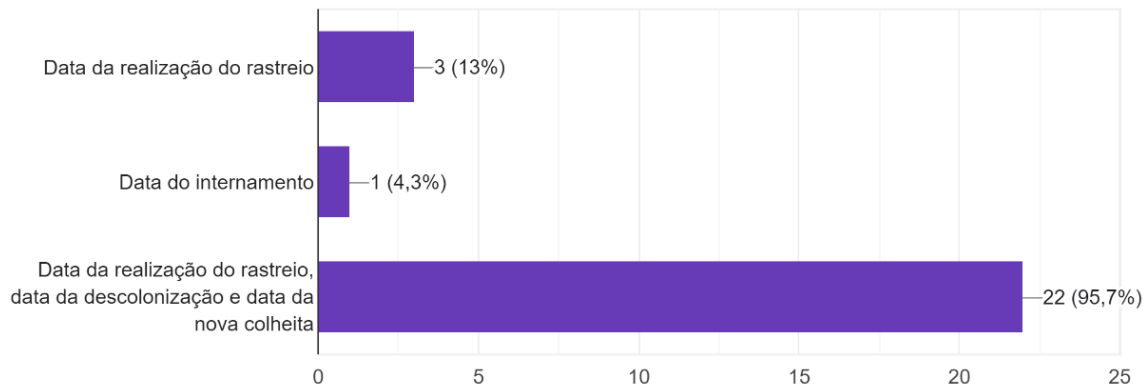
Em caso de resultado positivo, como deve proceder?

23 respostas



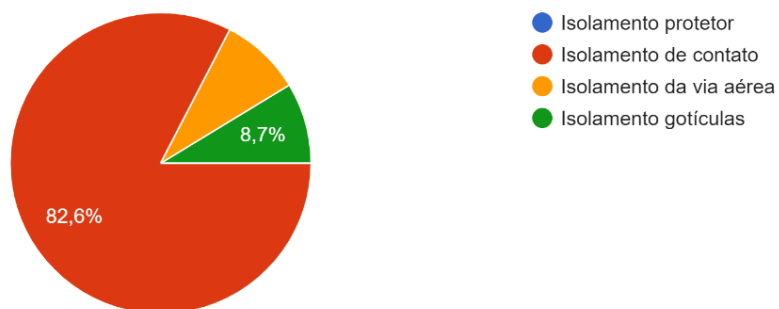
Em caso de transferência para outro serviço, que informações deve transmitir?

23 respostas



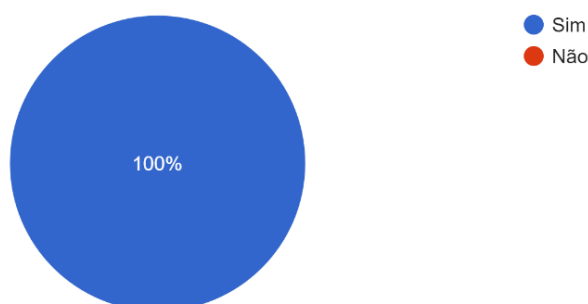
No caso de MRSA positivo, que tipo de isolamento deve ser iniciado?

23 respostas



Pensa ser importante a realização de uma formação para a prevenção e controlo de infeção por MRSA?

23 respostas



Refira algumas sugestões que gostasse de ver abordado, de forma a melhorar o projeto?

23 respostas

Tipo de rastreio e desconcolizacao
Protocolo de descolonização
Nada a acrescentar
Mais informações sobre protocolo de MRSA
Prevenção de contaminação
Dias de isolamento e intervalo para reavaliação por teste
Não tenho
Questões relacionadas com o tratamento (duração e repetição da próxima colheita)
Cuidados de enfermagem ao doente com infeção por MRSA
periodicidades de realização do despiste

Procedimento de colheita



..

Principalmente forçar em que aspetos deve ser realizada a colheita de MRSA

Realização de um protocolo

Rastreio escabiose

Sem sugestão de momento

formação

Panfleto informativo

APÊNDICE IV – RESUMO DO ARTIGO E QUADRO SINTETIZADOR DA PESQUISA

Cuidados de enfermagem na prevenção de infeção por MRSA no doente crítico adulto:
uma scoping review

Cândida Ribeiro da Silva ⁽¹⁾, Maria Antónia Costa ⁽²⁾

(1) Estudante do VI Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialidade em Enfermagem Médico – Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde.

(2) Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Beja, do Instituto Politécnico de Beja.

RESUMO

Introdução: O *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA) é apontado como um dos potenciais agentes causadores de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) do mundo e uma das principais causas de morte nos doentes hospitalizados. As infeções na saúde ocorrem geralmente em unidades de saúde complexas, onde se encontram doentes em estado crítico. Como tal, é emergente promover e adotar medidas adequadas de controlo de infeção, que permitam a redução das resistências microbianas para a prevenção das IACS.

Objetivo: Mapear os cuidados de enfermagem para a prevenção de infeção por MRSA no doente crítico adulto.

Metodologia: Realizou-se uma Revisão *Scoping* com base no modelo da *Joanna Briggs Institute* (JBI). Para a realização da pesquisa recorreu-se a 2 plataformas de busca: EBSCOHost e ClinicalKey, com limitação temporal de estudos publicados entre os anos 2018 e 2022. A seleção baseou-se na aplicação de critérios de inclusão e exclusão através da leitura dos artigos, resultando num total de dois artigos.

Resultados: Apesar da redução da carga desse organismo multiresistente, a abordagem ideal para o controlo do MRSA tem sido controversa devido à limitada taxa de evidência para sustentar as intervenções. O enfermeiro da UCI tem um papel preponderante no controlo de infeção, sendo um elemento facilitador da equipa, colabora com serviços ambientais, promove a segurança do doente, prevenindo as IACS associadas a ambientes e equipamentos contaminados.

Conclusão: É emergente promover e adotar medidas adequadas de controlo de infeção, que permitam a redução das resistências antimicrobianas para a prevenção das IACS. O enfermeiro é o profissional que maximiza a prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina; Enfermeiro; Controlo de infeção; Cuidados críticos.

ABSTRACT

Introduction: Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) is identified as one of the potential causative agents of Healthcare Associated Infections (HAIs) in the world and one of the main causes of death in hospitalized patients. Health infections usually occur in complex health units, where patients are in critical condition. Thus, it's urgent to promote and adopt appropriate infection control measures, that lead to the reduction of microbial resistance and prevention of HAIs.

Objective: Map nursing care that lead to the prevention of MRSA infection in critical care context in adult.

Methodology: Performing a Scoping Review, based on the Joanna Briggs Institute (JBI) model, we carry out the research in two platforms: EBSCOhost and ClinicalKey, with a temporal limitation of studies published between 2018 and 2022. The selection respect the inclusion and exclusion criteria, through the reading of the articles, that lead to two articles.

Results: Despite the reduction in the burden of this multidrug-resistant organism, the optimal approach to MRSA control has been controversial due to the limited rate of evidence to support interventions. The ICU nurse has a prominent role in infection control, being a team facilitator, collaborating with environmental services, promoting patient safety and preventing HAIs associated with contaminated environments and equipment.

Conclusion: It is emerging to promote and adopt appropriate infection control measures, which allow the reduction of antimicrobial resistance for the prevention of HAIs. The nurse is the professional who maximizes the prevention and control of infection and antimicrobial resistance towards the patient in critical care.

Keywords (MeSH): Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*; Nurses; Infection Control; Critical Care

Quadro de extração de dados

	Título Ano DOI	Autor	Objetivo	Tipo de estudo	Resumo dos Resultados
A1	"Methicillin-Resistant <i>Staphylococcus aureus</i>: An Update on Prevention and Control in Acute Care Settings" <u>2021</u> <u>DOI:</u> https://doi.org/10.1016/j.idc.2021.07.001	Andie S. Lee, Benedikt D. Gaud Catho; Stephan Harbarth.	Fornecer uma atualização sobre as abordagens de controlo de MRSA em Unidades de cuidados intensivos (UCI).	Revisão sistemática da literatura	O MRSA mantém-se como sendo uma das principais causas das IACS e atualmente de carácter endémico em todo o mundo. Desde 2000 que se tem verificado uma diminuição da carga clínica e económica da saúde relativamente ao MRSA comparativamente às bactérias gram-negativas multirresistentes em todo o mundo, após a implementação de intervenções multifacetadas concertadas e coordenadas. Verificou-se uma mudança epidemiológica do MRSA, onde há um aumento associado à comunidade em ambientes de tratamento intensivo (particularmente pediátricos), exigindo medidas diferenciadas de prevenção e controlo de infeção (por exemplo, através da triagem de profissionais de saúde e rastreamento de contacto de membros da família). Apesar do sucesso geral na redução da carga desse organismo multirresistente, a abordagem ideal para o controlo do MRSA tem sido controversa devido à limitada evidência de alta qualidade para apoiar as intervenções. No entanto, nos últimos 15 anos, surgiram novos dados de estudos robustos em grande escala, particularmente no que diz respeito à triagem de MRSA e estratégias de descolonização (direcionadas e universais).
A2	"Environmental Infection Prevention Priorities of Patient Safety Collaboration" <u>2018</u> <u>DOI:</u> 10.1097/CNQ.0000000000000184	Patti G. Grotta Patti S. Grant	Abordar o papel do enfermeiro de UCI como elemento facilitador, colaborando com controlo de infeção e higiene ambiental.	Revisão Integrativa	Apesar da redução das IACS em UCI, houve um aumento das IACS causadas por organismos multirresistentes, tais como, MRSA, <i>Enterococcus</i> resistente à vancomicina, <i>Pseudomonas</i> spp, <i>Acinetobacter</i> spp e <i>Clostridium difficile</i>. O ambiente de UCI possui materiais variados e diferenciados, tais como lavatórios, materiais clínicos e não clínicos que foram identificados como risco de contaminação cruzada de microrganismos e o profissional de saúde, o ambiente e o doente.

					Este artigo aborda o papel do enfermeiro da UCI como sendo um elemento facilitador da equipa, colaborando com serviços ambientais, na prevenção de infeção e participa ativamente na escolha do material a ser adquirido durante o planeamento de pré-construção e a higiene ambiental da unidade, assim após a construção para promover a segurança do doente e prevenir IACS associadas a ambientes e equipamentos contaminados.
A3	"Decolonization of <i>Staphylococcus aureus</i>" 2021 DOI: https://doi.org/10.1016/j.idc.2020.10.010	Sima L. Sharara; Lisa L. Maragakis; Sara E. Cosgrove	Resumir a literatura mais recente sobre descolonização de MRSA, destacando os estudos clínicos mais importantes de forma a orientar a prática clínica atual.	Revisão Integrativa	As estratégias utilizadas para a descolonização do MRSA incluem abordagem com antibióticos nasais tópicos e lavagens corporais antissépticas, que demonstram reduzir o risco de infeções. As evidências atuais sugerem que a descolonização de MRSA seja realizada com mupirocina nasal e banho de gluconato de clorexidina durante 5 dias, reduzindo assim o risco de infeções no local cirúrgico. Tanto a descolonização direcionada como a universal foram estudadas no ambiente de UCI, e verifica-se que há uma redução do risco de infeções hospitalares. A descolonização também foi estudada em pessoas com infeções recorrentes de pele e tecidos moles, doentes críticos e não críticos que se encontram hospitalizados; pessoas residentes em lares e doentes com pós alta hospitalar com resultados mistos. Os riscos da descolonização incluem a toxicidade dos agentes e a seleção de organismos mais resistentes, e as diretrizes devem recomendar a vigilância da suscetibilidade do <i>S aureus</i> aos agentes de descolonização e o desenvolvimento de agentes alternativos para a descolonização.
A4	"Infection Prevention for the Emergency Department Out of Reach or Standard of Care?" 2018 DOI:	Stephen Y. Liang, Madison Riethman, Josephine Fox	Aumentar a literatura focada na higiene das mãos, nas precauções baseadas nas Vias de Transmissão (PBT), na	Revisão Integrativa	O SU é um serviço desafiador no que toca ao controlo e prevenção de infeções. A higienização das mãos é uma estratégia elementar para a prevenção da transmissão de doenças infecciosas em ambientes onde se prestam cuidados de saúde. E através da implementação de outras medidas de proteção, tais como, as PBT, limpeza ambiental e reprocessamento apropriado de dispositivos médicos reutilizáveis é possível combater a proliferação de doenças infecciosas.

	https://doi.org/10.1016/j.emc.2018.06.013		limpeza ambiental, desinfecção e esterilização de alto nível de dispositivos médicos reutilizáveis e prevenção de IACS nas equipas do Serviço de Urgência (SU).		As IACS são frequentemente evitáveis, no entanto requerem estratégias baseadas em sistemas, pesquisas e inovações futuras, de modo, a otimizar as práticas de prevenção de infeções no SU.
--	---	--	---	--	--

APÊNDICE V – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DAS FORMAÇÕES



APÊNDICE VI – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

PLANO DA SESSÃO

Tema	Rastreio ativo do <i>Staphylococcus aureus</i> resistente à Meticilina (MRSA): Para uma Enfermagem Promotora da Segurança do Doente	Data e hora	Presencial: 13 de dezembro de 2022, pelas 14:00 Online: 4 de janeiro de 2023, pelas 14:00
Local	Presencial: Sala de Formação do Serviço de Urgência Geral (SUG)	Duração	1:30
Formador	Cândida Silva Enf. Especialista EMC – AFD	Formandos	Equipa de Enfermagem do SUG
Objetivo Geral	Aumentar conhecimentos da Equipa de Enfermagem sobre o MRSA		
Objetivos Específicos	(1) Identificar as melhores práticas de enfermagem para a implementação do rastreio do MRSA; (2) Otimizar práticas no rastreio do MRSA no âmbito do controlo das IACS. (3) Validar os conhecimentos da equipa sobre a temática.		
Conteúdos	INTRODUÇÃO (5min): - Apresentação do formador e do contexto da formação. - Apresentação do tema da formação e sua contextualização; - Apresentação dos objetivos geral e específicos.		
	DESENVOLVIMENTO (60min): - Apresentação das directrizes nacionais e europeias; - Revisão e definição de conceitos sobre: IACS; RAM; MRSA; Precauções Básicas de Controlo de Infecção. - Apresentação da proposta do documento de registos do rastreio do MRSA. - Apresentação dos materiais necessários para a realização do rastreio; - Visualização de vídeo sobre o procedimento do rastreio;		
	CONCLUSÃO (10min): - Sistematização dos conteúdos abordados; - Esclarecimento de dúvidas sobre os conteúdos abordados ao longo da sessão.		
Metodologia	Utilização de Método Expositivo, Método Interrogativo, Método Avaliativo durante a sessão.		
Recursos	Materiais: Sala de formação do SUMC com cadeiras e mesas; Computador com acesso à internet; Videoprojector; Material necessário para rastreio e descolonização de MRSA (zaragatoa nasal; EPI – avental, batas, luvas; SABA; saco do lixo; esponjas e solução de clorexidina; pomada de mupirocina nasal); Plastificadora + bolsas para plastificar; Impressora e tinteiros; Documentos produzidos para o rastreio. Humanos: Enfermeira Formadora, Enfermeiro Orientador, Enfermeiro Coordenador, Professora Orientadora e elos de ligação PPCIRA.		
Avaliação	Entrega de questionário de avaliação de sessão de formação aos formandos para preenchimento.		

APÊNDICE VII – APRESENTAÇÃO DE DIAPOSITIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO SOB O TEMA “RASTREIO ATIVO DO *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RESISTENTE À METICILINA (MRSA): PARA UMA ENFERMAGEM PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE”



1



2

Objetivos

Geral:

- ✓ Aumentar os conhecimentos da equipa de Enfermagem sobre a prevenção, controlo de colonização e infeção por MRSA.

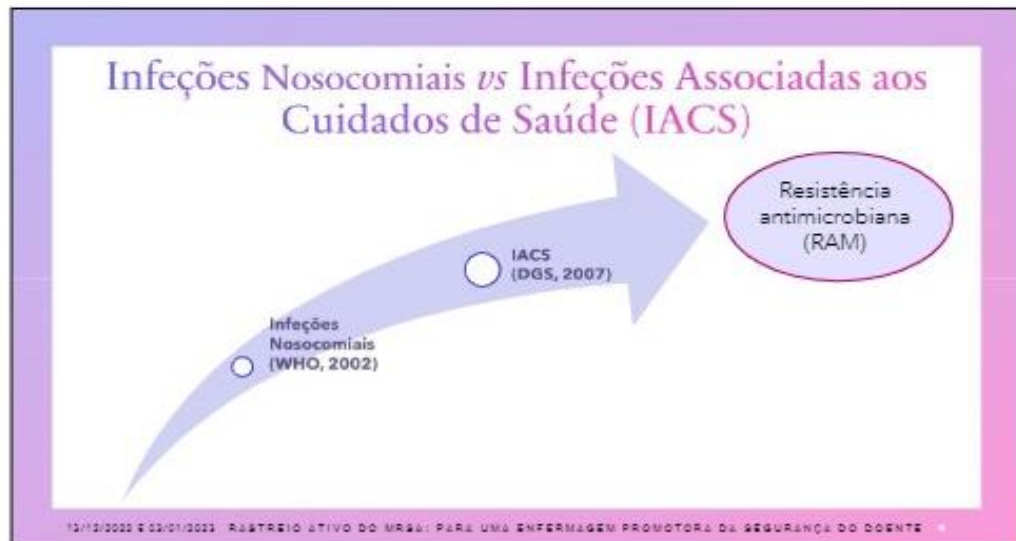
Específicos:

- ✓ Compreender importância da prevenção das IACS;
- ✓ Reconhecer os critérios para o rastreio ativo do MRSA;
- ✓ Conhecer as medidas a implementar no caso de inquérito epidemiológico positivo;
- ✓ Conhecer as medidas de descolonização de MRSA.

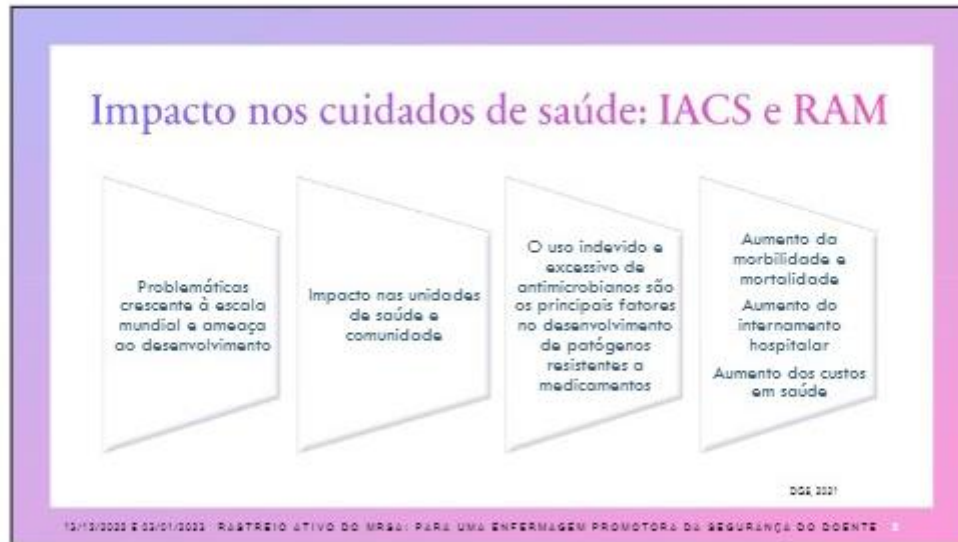


15/12/2022 e 02/01/2023 RASTREIO ATIVO DO MRSA: PARA UMA ENFERMAGEM PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE

3



4



5



6

Pertinência do rastreio ativo MRSA

O MRSA é apontado como um dos potenciais agentes mais frequentes causadores de IACS do mundo (Rodrigues & Couto, 2020). Em Portugal é o 3º microrganismo mais frequentemente isolados nas IACS (DGS, 2022). Assumido pela DGS como caracter endémico e de preocupação crescente (DGS, 2015)

DGS Norma 018/2014
(atualizada 27/04/2015)

Relatório de Vigilância Epidemiológica CHS 2018/2021

"Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados"

- Decréscimo no rastreio do MRSA;
- Aumento da incidência de casos de MRSA;
- Orientação: aumentar o rastreio e manter isolamento com pelo menos um fator de risco de MRSA em todos os serviços do CHS (UL-PPCIRA, 2021).

12/12/2022 15:02/01/2023 RASTREIO ATIVO DO MRSA: PARA UMA ENFERMAGEM PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE 7

7

Staphylococcus aureus (SA) – *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA)

- O SA é uma bactéria Gram-positiva que geralmente encontra-se associado às infeções da corrente sanguínea, infeções da pele e tecidos moles, é um agente patogénico das infeções da corrente sanguínea, pneumonias e infeções associadas aos dispositivos médico e feridas pós-operatório (Sapkota et al, 2019).
- A utilização alargada e indevida de diversos antibióticos, nomeadamente, a penicilina, fomentou nestes microrganismos alterações que permitem a resistência ao tratamento eficaz destas infeções com Meticilina, originando desta forma o *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA) (Santos et al, 2021).

12/12/2022 15:02/01/2023 RASTREIO ATIVO DO MRSA: PARA UMA ENFERMAGEM PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE 8

8



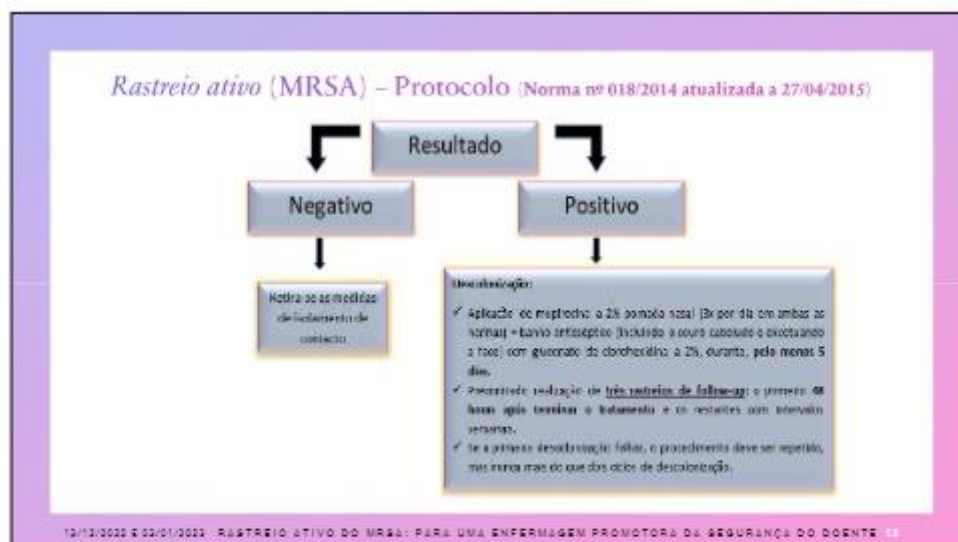
9



10



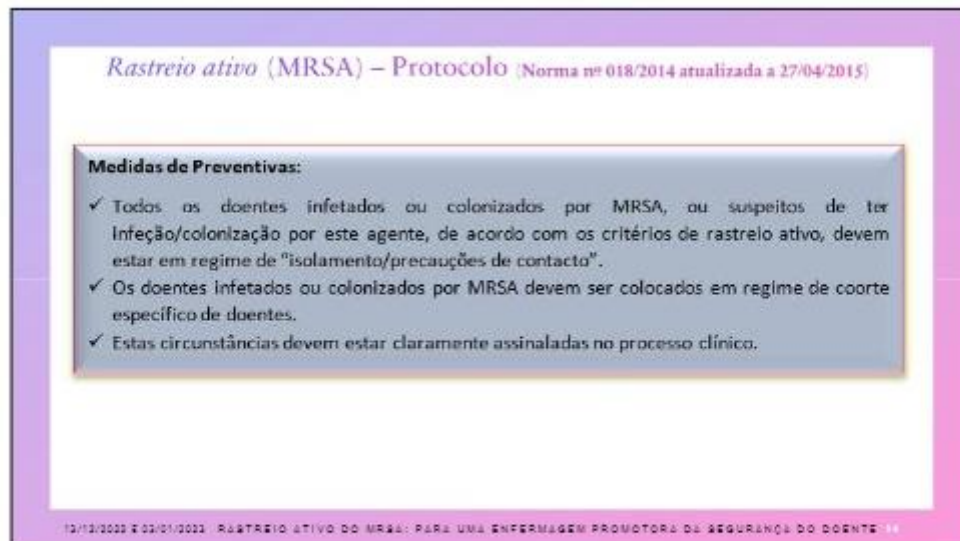
11



12



13



14

Rastreio ativo (MRSA) – Processo de alta/transferência

- **Transferência interna** – A informação da situação de “Doente sob Isolamento de Contacto” deve ser transmitida previamente ao serviço para onde o doente é transferido. A folha de controle para pesquisa de portadores de MRSA do SUG deve ficar acondicionado na pasta de “Rastreio de MRSA”. Deve-se realizar substituição da roupa do doente/da cama e colocação de máscara cirúrgica antes da transferência/realização de exames.
- **Transferência para exterior** – Deverá preencher o **Anexo 5 do CIF.08**. Este deverá ser entregue ao doente ou cuidador e enviada uma cópia para o ULPPCIRA.
- Após a alta, deverá se proceder à **limpeza e desinfecção** do quarto/unidade do doente conforme **Anexo 3 do CIF.08**.

12/12/2022 RASTREIO ATIVO DO MRSA: PARA UMA ENFERMAGEM PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE 15

15

Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI)

Norma DGCS 029/2012 atualizada em 31/10/2013

- ✓ Colocação dos doentes
- ✓ Higiene das mãos
- ✓ Etiqueta respiratória
- ✓ Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)
- ✓ Descontaminação do Equipamento Clínico
- ✓ Controlo Ambiental
- ✓ Manuseamento Seguro da Roupa
- ✓ Recolha segura de resíduos
- ✓ Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis
- ✓ Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

Precauções Essenciais nas Vias de Transmissão (PSEVT)

- ✓ Isolamento via aérea
- ✓ Isolamento de gotículas
- ✓ Isolamento de contato

12/12/2022 E 02/01/2023 RASTREIO ATIVO DO MRSA: PARA UMA ENFERMAGEM PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE 16

16

Ensinos a serem realizados aos utentes/família

- ✓ Aumentar a frequência da lavagem higiénica das mãos;
- ✓ Realizar o tratamento conforme indicação do médico/enfermeiro;
- ✓ Evitar contato próximo com outras pessoas, principalmente idosos/crianças – e se houver contato, reforça-se a lavagem/desinfecção das mãos antes e após contacto;
- ✓ Manter os pensos sempre limpos e secos;
- ✓ Evitar a partilha objetos pessoais (higiene pessoal, cobertores, toalhas, entre outros);
- ✓ Proceder ao tratamento das roupas cama, toalhas, roupa na temperatura mais alta recomendada na etiqueta;
- ✓ Realizar higiene pessoal diariamente;
- ✓ Informar ao profissional de saúde que teve colonização/infecção por MRSA sempre que se deslocar a uma unidade de saúde.

12/12/2022 e 02/01/2023 RASTREIO ATIVO DO MRSA: PARA UMA ENFERMAGEM PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE 17

17

Considerações Finais

Dado o aumento da mortalidade e morbilidade causadas pelas IACS, sendo o MRSA o 3º microrganismo mais frequente, **é imperativo a necessidade de realização do rastreio ativo como forma de reduzir o internamento hospitalar e os custos de saúde.**

As infeções na saúde ocorrem geralmente nas unidades de saúde complexas, onde geralmente se encontram doentes em estado crítico, devido à utilização de terapêutica, técnicas mais invasivas e diferenciadas. Como tal, **é emergente promover a adoção de medidas adequadas de controlo e transmissão de infeção, que permitam a redução das resistências microbianas, através da aplicação das PBCI, como forma de prevenção das IACS.**

12/12/2022 e 02/01/2023 RASTREIO ATIVO DO MRSA: PARA UMA ENFERMAGEM PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE 18

18

Dúvidas?

12/12/2022 12:01/2022 RASTREIO ATIVO DO MRSA: PARA UMA ENFERMAGEM PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE 19

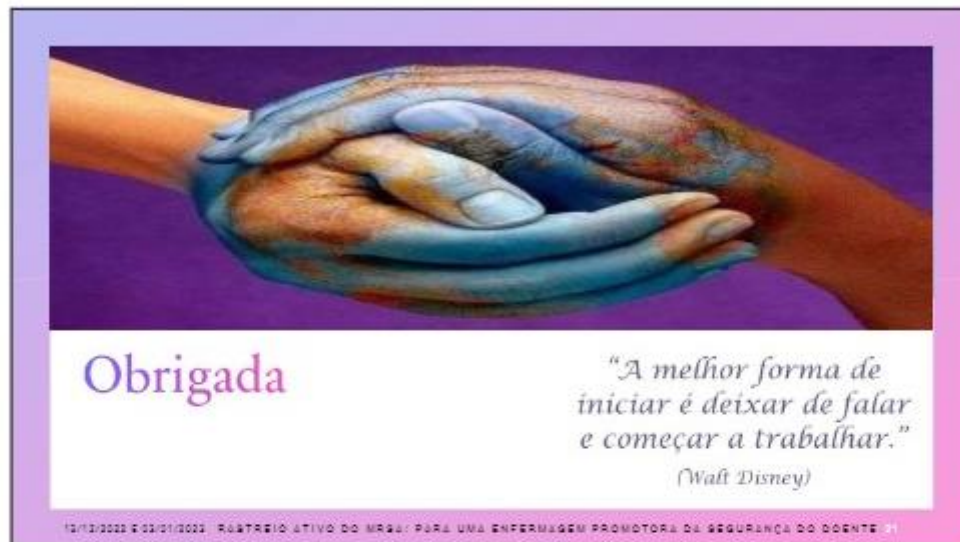
19

Referências Bibliográficas

- Direção-Geral de Saúde. (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde Lisboa: Direção-Geral de Saúde. https://www.dgs.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada aos cuidados de saude_0.pdf
- Direção-Geral de Saúde. (s.d.). Norma 018/2014 (atualização 27/04/2015). Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Lisboa. Obtido de <https://normas.dgs.mini-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infeccao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (2021). Infecções e resistências aos antimicrobianos: relatório anual do programa prioritário pp.cira. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencia-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-ppt.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2021-2030). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável: de hoje para todos. Lisboa. https://www.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- CH, 2005. Procedimento para Prevenção e Controlo da Transmissão de Microorganismos Multirresistentes (incluindo MRSA). Versão 06. Retirado da Intranet institucional.

12/12/2022 12:01/2022 RASTREIO ATIVO DO MRSA: PARA UMA ENFERMAGEM PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE 20

20



21

APÊNDICE VIII – FOLHA DE CONTROLO PARA PESQUISA DE PORTADORES DE MRSA

CENTRO HOSPITALAR

Vinheta de Identificação do Doente

Folha de Controle para Pesquisa de Portadores de MRSA
(Norma n.º 018/2014 atualizada a 27/04/2015)

Data de admissão em SO: ____/____/____

1. FATORES DE RISCO (colocar uma cruz nos existentes):

- Admissão/Transferência de outras unidades com internamento superior a 48h		- Presença de dispositivos invasivos (cateter venoso central, algáliação, entubação endotraqueal)	
- Uso de antibiótico nos últimos 6 meses		- Existência de feridas crónicas	
- Internamento nos últimos 6 meses		- Colonização prévia por MRSA	
- Residente numa unidade cuidados continuados, residência de idosos ou lar		- Hemodiálise	

2. PESQUISA ATIVA DE MRSA:

Data da 1ª colheita do exsudado nasal/cutânea: ____/____/____

Resultado 1ª colheita: _____ Data: ____/____/____

Data Isolamento Preventivo: ____/____/____

3. DESCONTAMINAÇÃO (se doente colonizado):

Início Descontaminação nasal/cutânea ____/____/____

Data início do isolamento contacto: ____/____/____

Data último dia descontaminação nasal/cutânea: ____/____/____

Data colheita de 2º exsudado nasal (após terminar tratamento): ____/____/____

Datas: 3º exsudado nasal: ____/____/____ 4º exsudado nasal: ____/____/____

4. ALTA/TRANSFERÊNCIA:

Data da alta/transferência do doente: _____

Serviço para onde o doente foi transferido: _____

APÊNDICE IX – SINALÉTICA ISOLAMENTO PREVENTIVO

ISOLAMENTO DE CONTACTO PREVENTIVO



APÊNDICE X – SINALÉTICA ISOLAMENTO CONTATO

ISOLAMENTO DE CONTACTO



APÊNDICE XI – ORGANIZAÇÃO DOSSIER FÍSICO MRSA



CENTRO HOSPITALAR

PASTA MRSA – SUG

- 1 – Procedimento para Prevenção e Controlo da Transmissão de Microrganismos Multirresistentes (incluindo MRSA) – CIF.08
- 2 – Fluxograma rastreio ativo do MRSA
- 3 – Ficha de pesquisa de MRSA
- 4 – Folha de Controle para Pesquisa de Portadores de MRSA – ANEXO 1 (CIF.08)
- 5 – Sinaléticas de isolamento de contato preventivo e isolamento de contato
- 6 – Folheto MRSA positivo para utente/família
- 7 – Ficha de Notificação Microrganismos multirresistentes para Alta/Transferência inter-hospitalar – ANEXO 5 (CIF.08)
- 8 – Regras de limpeza/desinfecção – unidades de isolamento – ANEXO 3 (CIF.08)
- 9 – Folha de Controle para Pesquisa de Portadores de MRSA em curso/concluída – Preenchida

Serviço de Urgência Geral – Atualizado em dezembro de 2022

Dossier organizado pela Enf. Especialista EMC,
PSC, IPS/ESS: Cândida Silva

; Mestranda em Enfermagem, Especialização EMC-

APÊNDICE XII – FOLHETO INFORMATIVO SOBRE MRSA

O que é o MRSA?

O MRSA vem de uma sigla inglesa que significa o nome de uma bactéria da família da *Staphylococcus aureus* que é resistente a vários antibióticos da família da Penicilina.



O *Staphylococcus aureus* é uma bactéria que afeta cerca de 1 em cada 3 pessoas através da superfície da pele ou no nariz, sem desenvolver qualquer tipo de infeção (chama-se colonização). Se esta bactéria conseguir afetar o corpo pode causar uma infeção grave na ferida, na corrente sanguínea ou nas vias pulmonares.

Que sintomas posso ter?

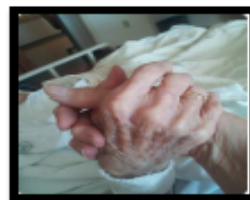
A maioria das pessoas colonizadas não desenvolve infeção, como tal, não apresentam sintomas. Mas se a bactéria atingir o corpo, pode causar infeção e os sintomas dependem do tipo de infeção causada.

Geralmente, este tipo de infeção afeta a pele, causando erupção cutânea, abscesso, celulites, impetigo. Assim, se tiver alguma ferida de difícil cicatrização, deve consultar o seu médico.

Se esta bactéria afetar a corrente sanguínea, pode originar infeções graves, como septicémia, osteomielites, pneumonias e até mesmo infeção do revestimento do coração (endocardite).

Como se transmite?

Normalmente, a infeção por MRSA não se desenvolve em pessoas saudáveis. Esta bactéria atinge geralmente pessoas hospitalizadas, pessoas com feridas/dispositivos médicos, pessoas mais debilitadas (idosos residentes em lar, pessoas hemodialisadas, pessoas imunodeprimidas).

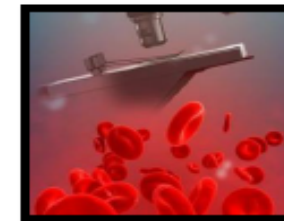


A bactéria propaga-se através do contacto com a pessoa infetada ou colonizada.

Embora as infeções por MRSA se desenvolvam normalmente em pessoas hospitalizadas, a possibilidade de funcionários ou visitas estarem colonizados é bastante elevada.

Como pode ser diagnosticado?

As infeções de MRSA podem ser diagnosticadas através de análises ao sangue, urina ou amostras de tecido da área infetada.



Na admissão hospitalar, todas as pessoas que têm critérios, são submetidas ao rastreio através da realização de zaragatoas (nasal e cutâneo, se existir presença de ferida), assim com colheita de urina e sangue. Os resultados poderão demorar entre 3 a 5 dias até estarem prontos.



Como é realizado o tratamento?

Se estiver colonizado, ou seja, sem sintomas, é realizado a eliminação da bactéria da pele através da aplicação de uma pomada nasal – Mupirucina (segundo indicação médica) e desinfecção da pele com Clorhexidina (gel ou esponjas) para lavagem corporal durante 5 dias.



No caso de infeção, o tratamento passa pela toma de antibiótico prescrito pelo médico.



Como prevenir – cuidados a ter?

- ✓ Aumentar a frequência da lavagem higiénica das mãos;
- ✓ Realizar o tratamento conforme indicação do médico/enfermeiro;
- ✓ Evitar contacto próximo com outras pessoas, principalmente idosos/crianças – e se houver contacto, reforça-se a lavagem/desinfecção das mãos antes e após contacto;
- ✓ Manter os pensos sempre limpos e secos;
- ✓ Evitar a partilha de objetos pessoais (higiene pessoal, cobertores, toalhas, entre outros);
- ✓ Proceder ao tratamento das roupas cama, toalhas, roupa na temperatura mais alta recomenda na etiqueta;
- ✓ Realizar higiene pessoal diariamente;
- ✓ Informar ao profissional de saúde que teve colonização/infeção por MRSA sempre que se deslocar a uma unidade de saúde.

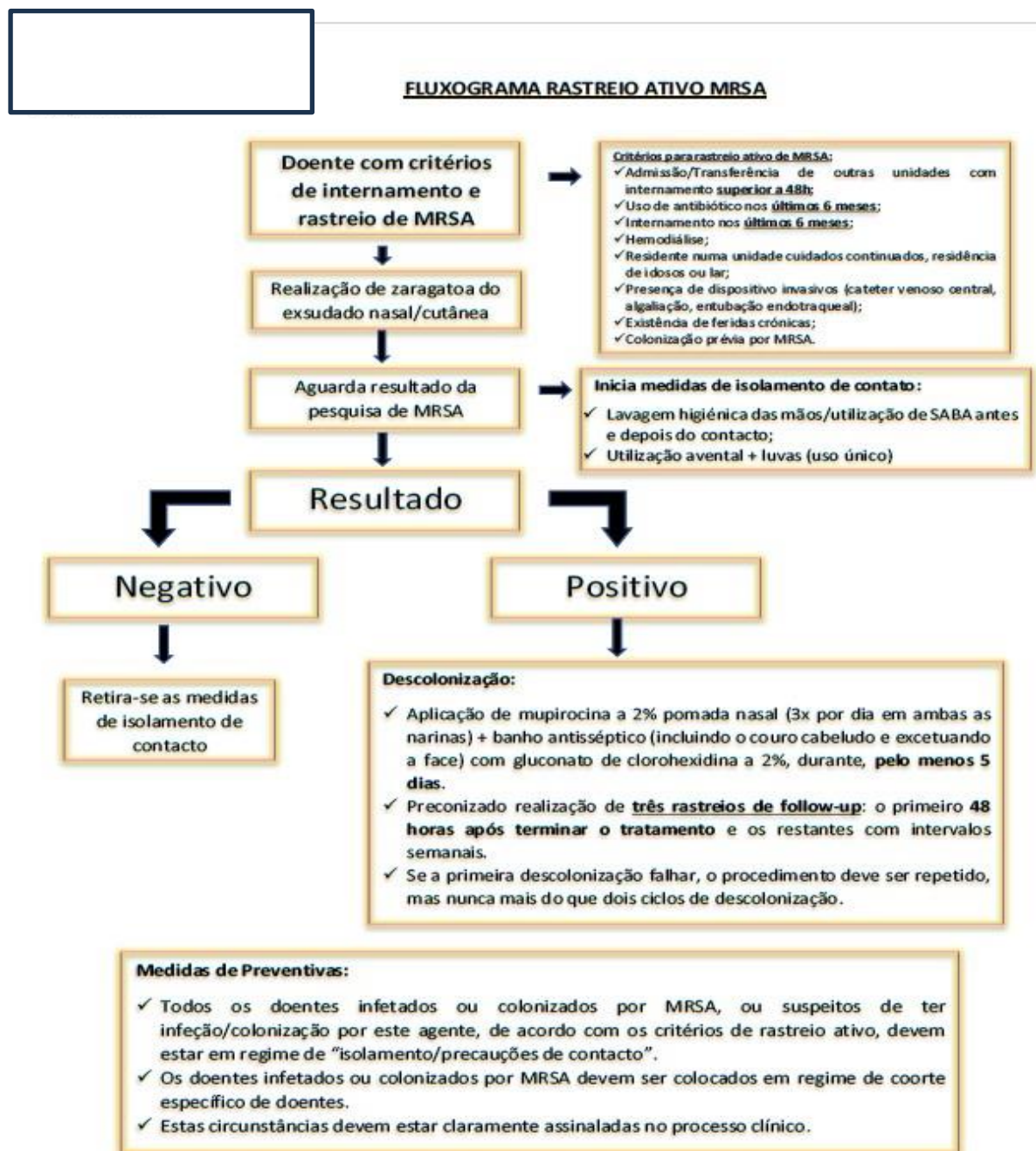


O que deve saber sobre o *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina



Documento realizado pela Enf. Especialista EMC .
Mestranda em Enfermagem, Especialização EMC-PSC,
IPS/ESS: Cândida Silva

APÊNDICE XIII – POSTER SOBRE RASTREIO ATIVO DO MRSA



APÊNDICE XIV – PROCEDIMENTO INTERNO SOBRE RASTREIO MRSA NO SUMC

 CENTRO HOSPITALAR	<i>Procedimento para rastreio do Staphylococcus aureus resistente à Meticilina no Serviço de Urgência Geral</i>	Data de entrada em vigor:	...
		Versão ##	...
		Próxima revisão:	...
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

1. Objetivo

Estabelecer os passos e critérios para o rastreio do *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA) no Serviço de Urgência Geral (SUG).

2. Campo de aplicação

Todos os profissionais enfermeiros e assistentes operacionais (AO) que prestam cuidados no Serviço de Urgência Geral do Hospital

3. Siglas, abreviaturas e definições

AO – Assistentes Operacionais

CH – Centro Hospitalar de

EPI – Equipamento de Proteção Individual

GCLCIPRA – Grupo Coordenador Local de Controlo de Infecção e Prevenção de Resistências aos Antimicrobianos

HS

IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde

MRSA - *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina

SABA – Solução antisséptica de base alcoólica

SUG – Serviço de Urgência Geral

4. Referências

Direção-Geral de Saúde. (s.d.). Norma 018/2014 (atualização 27/04/2015). Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Lisboa. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>

 CENTRO HOSPITALAR	<i>Procedimento para rastreio do Staphylococcus aureus resistente à Meticilina no Serviço de Urgência Geral</i>	Data de entrada em vigor:	...
		Versão ##	...
		Próxima revisão:	...
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

5. Responsabilidades

Enfermeira-Chefe: Pela sua validação e divulgação.

Enfermeiros Chefes de Equipa do Serviço de Urgência Geral (SUG) e Elementos dinamizadores do Grupo Coordenador Local de Controlo de Infecção e Prevenção de Resistências aos Antimicrobianos (GCLCIPRA) do SUG: Pela sua implementação e monitorização.

Os Enfermeiros e Assistentes Operacionais (AO): Pelo seu cumprimento.

O GCLCIPRA: Pela monitorização do seu cumprimento

6. Procedimento

No rastreio do MRSA o principal risco é aumento da taxa de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Assim, devem ser seguidas as seguintes recomendações:

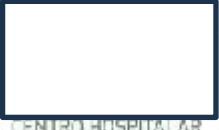
6.1. Material a utilizar para a colheita de exsudado nasal/cutâneo:

- Equipamento de proteção individual (EPI) - touca, máscara cirúrgica, avental impermeável, 1 par de luvas limpas;
- Tabuleiro com material necessário:
 - 1 zaragatoa para exsudado nasal e 1 zaragatoa para exsudado da ferida (se existir);
 - Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA)
- Etiquetas de Identificação: Para identificação das zaragatoas;
- Ficha para Pesquisa de MRSA (Anexo 1).
- Folha de Controle para Pesquisa de Portadores de MRSA (Anexo 2).

6.2. Medidas específicas para os profissionais que procedem à colheita do exsudado nasal/ferida e implementação de isolamento:

O Enfermeiro deve proceder à colheita de exsudado nasal e ferida (se existir) da seguinte forma:

1. Colocar as etiquetas de identificação do doente na Ficha de Pesquisa de MRSA e Folha de Controle para Pesquisa de Portadores de MRSA e preencher os campos solicitados nos dois documentos;
2. Explicar procedimento ao doente/família e entregar panfleto informativo sobre MRSA (Anexo 3);
3. Equipar-se com os EPI's - touca, máscara cirúrgica, avental impermeável, 1 par de luvas limpas;
4. Sentar confortavelmente o doente;
5. Realizar zaragatoa nasal e da ferida (se existir);
6. Identificar a zaragatoa com a etiqueta do doente, escrever na etiqueta o tipo de exsudado (nasal/ferida) + data e hora da colheita e enviar para Laboratório;

 CENTRO HOSPITALAR	<i>Procedimento para rastreio do Staphylococcus aureus resistente à Meticilina no Serviço de Urgência Geral</i>	Data de entrada em vigor:	...
		Versão ##	...
		Próxima revisão:	...
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

7. Colocar doente em isolamento de contato preventivo até sair o resultado da zaragatoa;
8. Identificar unidade do doente com sinalética Isolamento Preventivo (Anexo 4);
9. Em caso de Resultado negativo, levantar todas as medidas de isolamento;
10. Em caso de Resultado positivo, iniciar medidas de descolonização e colocar sinalética de Isolamento Contato por MRSA (Anexo 5).

6.3. Colheita de produtos biológicos (amostras)

No caso de inquérito epidemiológico positivo, preencher a Ficha de Pesquisa de MRSA e Folha de Controlo para Pesquisa de Portadores de MRSA e proceder à realização de zaragatoa nasal e da ferida (se existir).

6.4. Processo de Descolonização

Em caso de Resultado Positivo, inicia processo de descolonização da seguinte forma:

- ✓ Aplicação de mupirocina a 2% pomada nasal (3x por dia em ambas as narinas) + banho antisséptico (incluindo o couro cabeludo e excetuando a face) com gluconato de clorhexidina a 2-4%, durante, pelo menos 5 dias.
- ✓ Preconizado realização de três rastreios de follow-up: o primeiro 48 horas após terminar o tratamento e os restantes com intervalos semanais.
- ✓ Se a primeira descolonização falhar, o procedimento deve ser repetido, mas nunca mais do que dois ciclos de descolonização.

6.5. Processo de limpeza e desinfecção

Após a alta/transferência do doente, a unidade deve ser limpa e desinfetada conforme deverá se proceder à limpeza e desinfecção do quarto/unidade do doente conforme Anexo 3 do CIF.08 - Procedimento para Prevenção e Controlo da Transmissão de Microrganismos Multirresistentes (incluindo MRSA) da instituição.

1. Anexos

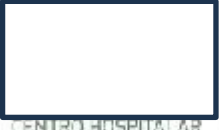
Anexo 1 – Ficha para Pesquisa de MRSA

Anexo 2 – Folha de Controlo para Pesquisa de Portadores de MRSA

Anexo 3 – Panfleto informativo sobre MRSA

Anexo 4 – Sinalética Isolamento Preventivo

Anexo 5 – Sinalética de Isolamento Contato por MRSA

 CENTRO HOSPITALAR	<i>Procedimento para rastreio do Staphylococcus aureus resistente à Meticilina no Serviço de Urgência Geral</i>	Data de entrada em vigor:	...
		Versão ##	...
		Próxima revisão:	...
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

Versão, Revisão, Aprovação/Ratificação:

Versão:

Versão	Data	A rever em	Descrição das Modificações	Autor(es)
01	08/05/2023		Versão original	Enf. , Enf. Cândida Silva Elementos dinamizadores da GCLCIPRA da SUG

Revisão:

A rever por:		Data da próxima revisão:
--------------	--	--------------------------

Aprovação/Ratificação:

Aprovado por:	Órgão/Comissão da Área (quando aplicável)	Data:
		Data:
Ratificado por:	Conselho de Administração/Diretor do Serviço/Unidade Funcional Autónoma	Data:
		Data:

APÊNDICE XV – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Avaliação da sessão de formação - Rastreio ativo MRSA

A sua opinião é importante para garantir a qualidade da formação promovida pela ação de formação. Neste contexto, considerando a classificação abaixo indicada, avalie cada item introduzindo o número correspondente.

Sendo que:

- 1 - Insuficiente
- 2 - Suficiente
- 3 - Bom
- 4 - Muito bom
- 5 - Excelente

Obrigada pela vossa participação!

* Indica uma pergunta obrigatória

Avaliação da ação *

	1	2	3	4	5
Divulgação da formação	☐	☐	☐	☐	☐
Apoio Administrativo (inscrições e informações)	☐	☐	☐	☐	☐
Utilidade do tema	☐	☐	☐	☐	☐
Objetivos da ação	☐	☐	☐	☐	☐
Conteúdo /Estrutura da ação	☐	☐	☐	☐	☐
Duração da ação	☐	☐	☐	☐	☐
Equipamentos e meios audiovisuais	☐	☐	☐	☐	☐

Avaliação do formador - Cândida Silva *

	1	2	3	4	5
Domínio dos conteúdos	☐	☐	☐	☐	☐
Clareza da linguagem	☐	☐	☐	☐	☐
Esclarecimento de dúvidas	☐	☐	☐	☐	☐
Capacidade de motivação	☐	☐	☐	☐	☐
Relacionamento com formandos	☐	☐	☐	☐	☐
Adequação do método pedagógico	☐	☐	☐	☐	☐
Cumprimentos de horários	☐	☐	☐	☐	☐
Documentação de apoio	☐	☐	☐	☐	☐

Apreciação Global *

	1	2	3	4	5
Apreciação Global	☐	☐	☐	☐	☐

Impacto no desempenho *

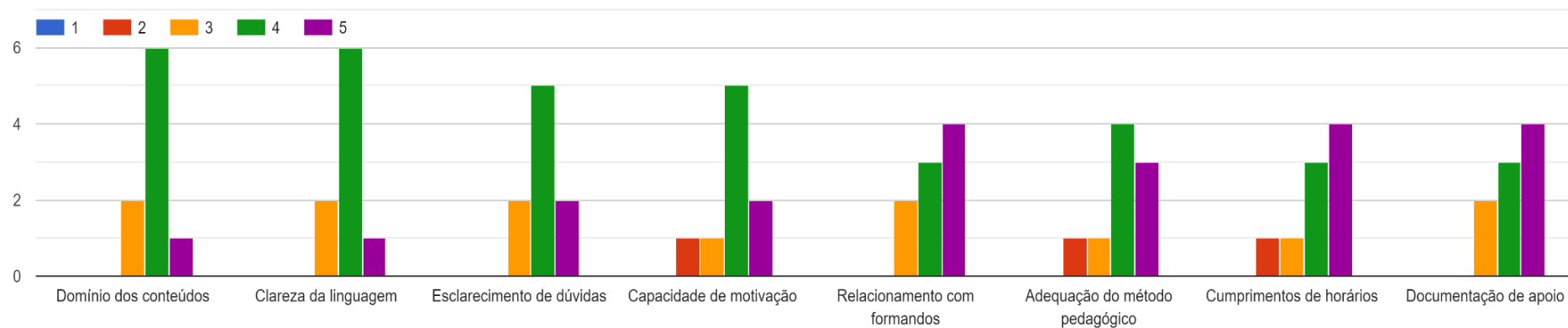
	Sim	Não
A ação de formação terá impacto positivo no seu desempenho?	☐	☐

Justifique

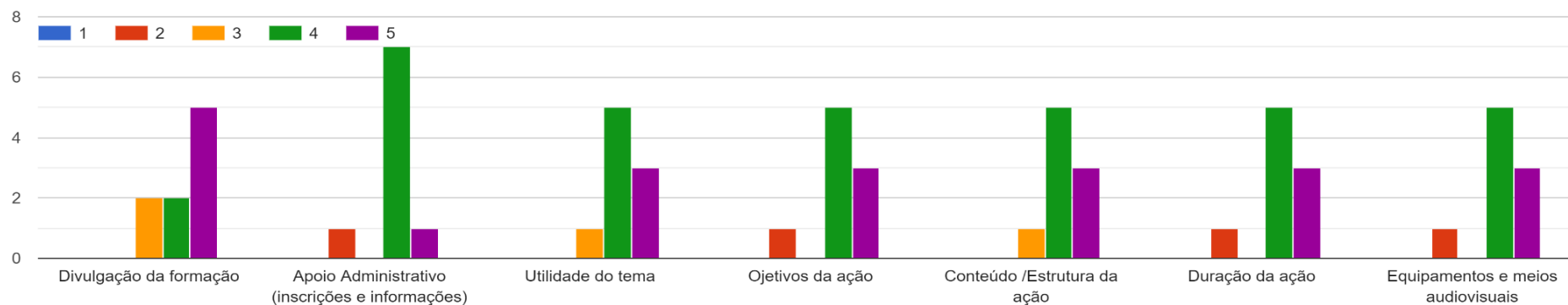
A sua resposta _____

Rastreio ativo do *Staphylococcus aureus* resistente à Metilina (MRSA): Para uma Enfermagem Promotora da Segurança do Doente |

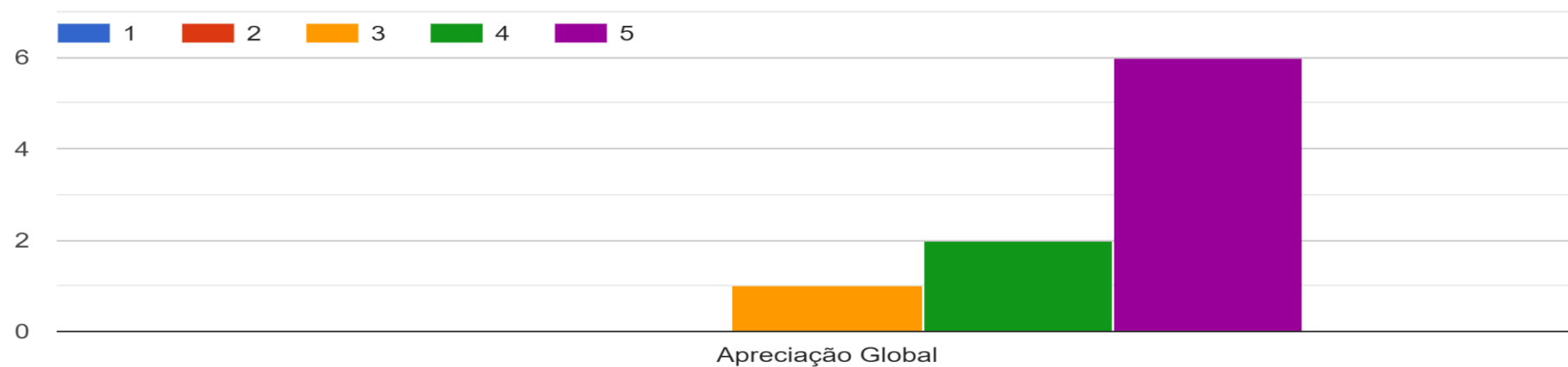
Avaliação do formador - Cândida Silva



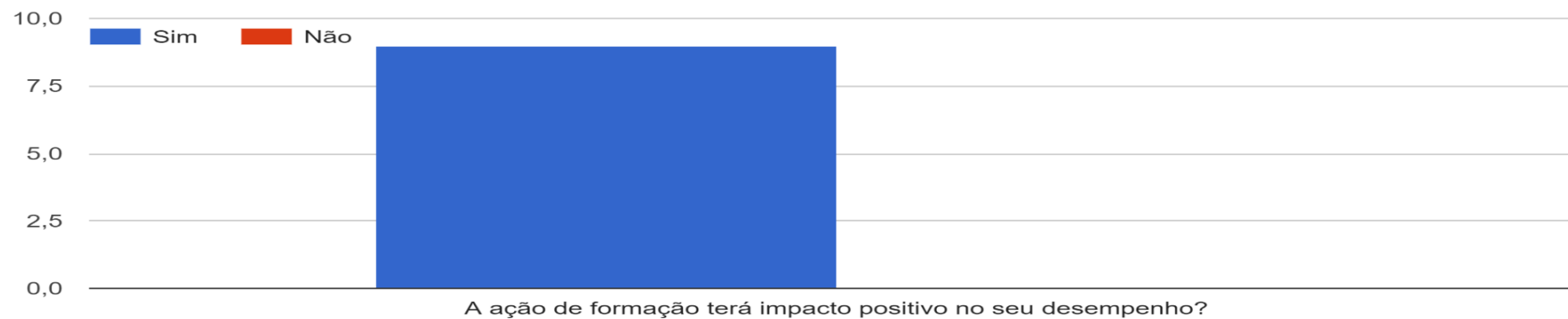
Avaliação da ação



Apreciação Global



Impacto no desempenho



Justifique

5 respostas

Melhoria das praticas de prevencao de infecoes hospitalares, uso de medidas de isolamento de forma adequada.

Mudanças nas praticas

Importante para a prática

Melhorar praticas

Uniformizar praticas

Sugestões

1 resposta

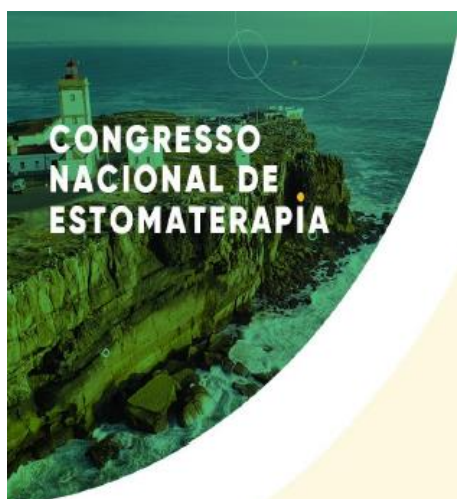
Replicação nas equipas e elos de ligação;
Material de apoio;

ANEXOS

ANEXO I – PARTICIPAÇÃO CONGRESSO NACIONAL DE ESTOMATERAPIA 2023



ANEXO II – PARTICIPAÇÃO NO WORKSHOP “GESTÃO DE RECURSOS” NO CONGRESSO APECE



CERTIFICADO

Certifica-se que:

Cândida Auxiliadora Ribeiro da Silva

Participou no Workshop “**Gestão de Recursos**” na qualidade de **formando**, no Congresso Nacional de Estomatoterapia 2023, realizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomatoterapia, no dia 24 e 25 de fevereiro, no Centro de Congressos MH Atlântico, em Peniche.

Sandra Martins
(Comissão Organizadora)

Cláudia Rocha Silva
(Presidente APECE)



ANEXO III – FORMAÇÃO SOBRE VNI: PARÂMETROS, MODOS E MODALIDADES VENTILATÓRIAS



CERTIFICADO

Certifica-se que o (a) Exmo(a). Sr(a) **Cândida Silva**, com o documento de identificação 12216230, participou em VNI - Parâmetros, Modos e Modalidades Ventilatórias | Gravação, em formato assíncrono, com a duração de 1 hora e 30 minutos, concluído no dia 9 de Março de 2021, promovido pela Academia Linde Saúde.

Maria João Vitorino

Homecare Business Manager Portugal

Código de certificado: C-604717130a373

ANEXO IV – FORMAÇÃO SOBRE TERAPIA POR ALTO FLUXO



CERTIFICADO

Certifica-se que o (a) Exmo(a). Sr(a) **Cândida Silva**, com o documento de identificação 12216230, participou em **Terapia de Alto-Fluxo | Gravação**, em formato assíncrono, com a duração de 2 horas, concluído no dia 14 de Fevereiro de 2021, promovido pela Academia Linde Saúde.

Maria João Vitorino

Homecare Business Manager Portugal

Código de certificado: C-6028f22a5ca54

ANEXO V – PARTICIPAÇÃO NO SEMINÁRIO DO DOENTE CRÍTICO CUF 2023



Participação em Eventos Científicos

Declaração

Certifica-se que **Cândida Silva**, titular do Cartão de Cidadão com o nº de Identificação 12216230, frequentou o seguinte evento científico:

Seminário do Doente Crítico

que decorreu de **23 de Março de 2023** a **25 de Março de 2023**, com a duração de 12 horas, no seguinte local: Hospital CUF Descobertas

Camaxide, 23 de Março de 2023

Maria Barros

Código de Certificado: C-63debb4cbd13d

Av. do Forte, nº3 – Edifício Suécia III, Piso 2 - Camaxide

academiacuf.up.pt/events

Comprovativo de Emissão de Certificado Eletrónico

ANEXO VI – CERTIFICADO ITLS



ITLS
International
Trauma Life Support

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

Certificate of Participation

Cândida Auxiliadora Ribeiro da Silva Silva, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

6/5/2022

course site

IP Setúbal, Setúbal, INTL (International)

course director

Dr. Ana Ferreira, MD MD

course coordinator

Luís Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE),
Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21-ITLS-P2-8576 CSH Type: Advanced

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

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

Card Holder's Signature

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

International Trauma Life Support
3200 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515

www.itlsum.org



ITLS
International
Trauma Life Support

349448-48576

Cândida Auxiliadora Ribeiro da Silva Silva, RN

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

Card Issue Date 6/5/2022

Expiration Date 06/2025

Course Number 48576

Course Location IP Setúbal, Setúbal, INTL (International)

ANEXO VII – PARTICIPAÇÃO NO III CICLO DE WEBINARES DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM 2023



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

CÂNDIDA AUXILIADORA RIBEIRO DA SILVA

membro nº 69090 desta Ordem, participou no(a) "III Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2023 | 1.ª Sessão: 6 de Fevereiro 2023 | 16h-18h", realizado no dia 6 de Fevereiro de 2023, com duração total de 2h, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 6 de Fevereiro de 2023

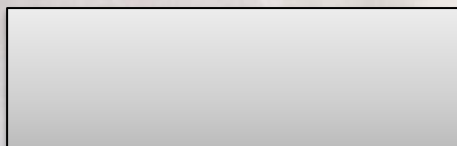
P.ª Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹ Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

² Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos

ANEXO VIII – PERLECTORA DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “RASTREIO ATIVO DO *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RESISTENTE À METICILINA (MRSA): PARA UMA ENFERMAGEM PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE”



Declaração

Para os devidos efeitos e a pedido da interessada, declara-se que **Cândida Auxiliadora Ribeiro da Silva**, preletou a seguinte ação de formação em serviço:

- **“Rastreio Ativo do MRSA: Para uma enfermagem promotora da segurança do doente”**, que decorreu nos dias 13 de dezembro de 2022 e 03 de janeiro de 2023, com a duração de 4 horas.

Setúbal, 28 de junho de 2023

A Responsável do Serviço de Gestão da Formação


CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL
HOSPITALS, BERNARDO
HOSPITAL DO DOENTE SANT' IAGO OLTA
RUA CAMILO
2910-446 SETÚBAL
Contribuinte N.º 507 505 787

ANEXO IX – PARTICIPAÇÃO NO 1º CONGRESSO DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 2022



ANEXO X – PARTICIPAÇÃO NAS VII JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA



Patrocínio Científico



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

CERTIFICADO

Certificamos que,

CÂNDIDA SILVA

esteve presente nas **VII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva**, que decorreram nos dias 03 e 04 de novembro de 2022, na Faculdade de Medicina Dentária, Lisboa.

Lisboa, 04 de novembro de 2022

Prof. Doutor Luis Bento
Presidente das Jornadas

ANEXO XI – VOTO DE LOUVOR CONCEBIDO PELA OE

