



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

### **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 SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**“Intervenção do Enfermeiro na prevenção e controlo de infeção por Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e Staphylococcus aureus resistente a metilina (MRSA), no serviço de urgência”**

**Nome do Mestrando** Maria Dulce Batista Mão de Ferro  
Orientação: Professora Dr.<sup>a</sup> Isabel Bico

### **Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

### **Relatório de Estágio**

Portalegre, 2024



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**  
**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 SETÚBAL**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

“Intervenção do Enfermeiro na prevenção e controlo de infeção por Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e Staphylococcus aureus resistente a meticilina (MRSA), no serviço de urgência”

**Nome do Mestrando** Maria Dulce Batista Mão de Ferro  
Orientação: Professora Dr.<sup>a</sup> Isabel Bico

**Mestrado em Enfermagem**  
Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2024

“O homem não é senão o seu projeto, e só existe na medida em que se realiza”

(Jean-Paul Sartre)

## AGRADECIMENTOS

**À Sr.ª Professora Doutora Isabel Bico**, pela amabilidade e disponibilidade em me ter orientado e pelo profissionalismo sempre demonstrado. Aqui lhe exprimo a minha gratidão.

**À Enfermeira Cristina e à Enfermeira Madalena** pela amizade e por me terem acompanhado neste percurso.

**À minha família** pelo apoio incondicional e pelo incentivo que me permitiram atingir com sucesso esta etapa académica.

**A todos os amigos** pela força demonstrada em todos os momentos e com quem posso sempre contar.

A todos o meu sincero obrigado...

## RESUMO

O estágio de natureza profissional é uma etapa crucial no percurso académico dos enfermeiros que frequentam os cursos de mestrado, pois permite uma oportunidade valiosa para aplicar na prática os conhecimentos teóricos adquiridos durante a sua formação académica, e o desenvolvimento de competências profissionais permitindo-lhes desenvolver habilidades clínicas, de comunicação, tomada de decisão e resolução de problemas no exercício da enfermagem especializada de forma segura e eficaz. A posterior elaboração do relatório de estágio, além da avaliação, permite documentar a experiência vivida e ao mesmo tempo proporciona uma oportunidade para reflexão, *feedback* e partilha de conhecimento.

Recorreu-se a uma análise descritiva, para relatar as atividades desenvolvidas durante os Estágios. Na elaboração do Projeto de Intervenção Profissional, utilizámos a Metodologia de Projeto. A área escolhida foi relativa á prevenção e controlo de infeção, mais especificamente sobre o “Rastreo de microrganismos multirresistentes na admissão e durante o internamento por *Enterobacterales* produtores de *Carbapenemases* (EPC) e de *Staphylococcus aureus* resistente a Meticilina (MRSA)”, com o objetivo de contribuir para a criação de estratégias, revisão de políticas e uniformização de procedimentos, ajudando a manter um ambiente seguro para doentes e profissionais de saúde, reduzindo o risco de infeções hospitalares e garantindo a qualidade dos cuidados prestados. Como aporte teórico, para fundamentação, foram utilizados o Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidência de June Larrabee e a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Foi realizada uma análise crítico-reflexiva, com recurso às atividades desenvolvidas no processo de aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito do Mestrado em Enfermagem e Especialidade Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica.

**Palavras-chave:** Enfermagem Médico-Cirúrgica; Programa de Controle de Infeção Hospitalar; Staphylococcus aureus resistente à Meticilina; Enterobacteriáceas Resistentes a Carbapenemes; Serviço de Urgência.

## ABSTRACT

The professional internship is a crucial stage in the academic path of nurses who attend master's courses, as it provides a valuable opportunity to apply in practice the theoretical knowledge acquired during their academic training, and the development of professional skills allowing them to develop skills clinical, communication, decision-making and problem-solving in the practice of specialized nursing in a safe and effective way. The subsequent preparation of the internship report, in addition to the evaluation, allows you to document the experience and at the same time provides an opportunity for reflection, feedback and sharing of knowledge. A descriptive analysis was used to report the activities carried out during the Internships. In preparing the Professional Intervention Project, we used the Project Methodology. The chosen area was infection prevention and control, more specifically on “Screening for multi-resistant microorganisms on admission and during hospitalization - Carbapenemase-producing Enterobacterales (EPC) and Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)”, with the aim of contribute to the creation of strategies, review of policies, and standardization of procedures, helping to maintain a safe environment for patients and healthcare professionals, reducing the risk of hospital infections and ensuring the quality of care provided. As a theoretical contribution, for foundation, the Model for Change in Evidence-Based Practice by June Larrabee and the Theory of Transitions by Afaf Meleis were used. A critical-reflective analysis was carried out, using the activities developed in the process of acquiring and developing skills within the scope of the Master's Degree in Nursing and Medical-Surgical Specialty for People in Critical Situations.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Hospital Infection Control Program; Methicillin-resistant Staphylococcus aureus; Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae; Emergency Service.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACSS** - Administração Central do Sistema de Saúde
- AHA** - American Hospital Association
- AO** - Assistente Operacional
- APA** - American Psychological Association
- ARS** - Administração Regional de Saúde
- BO** - Bloco Operatório
- BPS** - Behavioral Pain Scale
- CCI** - Comissão de Controlo de Infeção
- CDC** - Centers for Disease Control and Prevention
- CNQ** - Conselho Nacional da Qualidade
- CVC** - Cateter Venoso Central
- DGS** - Direção Geral da Saúde
- EARS-Net** - European Antimicrobial Resistance Surveillance Network
- ECDC** - European Centre for Disease Prevention and Control
- ECG** - Eletrocardiograma
- EMC** - Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Enf<sup>o</sup>** - Enfermeiro
- ENQS** - Estratégia Nacional para a qualidade na saúde
- EPC** - Enterobacterales produtores de carbapenemases
- EUA** - Estados Unidos da América
- GPCS** - Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão
- IACS** - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
- IASP** - Associação Internacional para o Estudo da Dor
- INSA** - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
- ILC** - Infeção do Local Cirúrgico
- ISBAR** - Identificação/ Situação atual/ Antecedentes/ Avaliação/ Recomendações
- IT** - Instrução de Trabalho
- IRAS** - Infeções Relacionadas à Assistência à Saúde

**IQS** - Instituto da Qualidade em Saúde

**JBI** - Joanna Briggs Institute

**MEMC-PSC** - Mestrado Enfermagem Médico Cirúrgica-Pessoa Situação Crítica

**MPBE** - Modelo da Prática Baseada na Evidência

**MS** - Ministério da Saúde

**OCDE** - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**OPSS** - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

**PCC** - Participantes [P], Conceito[C], Contexto[C]

**PCR** - Paragem Cardio Respiratória

**PIP** - Projeto de Intervenção Profissional

**PSC** - Pessoa em situação Crítica

**PNCI** - Plano Nacional de Controlo de Controlo Integrado

**PNPRA** - Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos

**PNSD** - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

**RAM** - Resistentes. Antimicrobianos

**REPE** - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**SAMR / MRSA** - Staphylococcus aureus resistente a meticilina

**SNS** - Sistema Nacional de Saúde

**SO** - Serviço de Observação

**SU** - Serviço de Urgência

**SUMC** - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

**SWOT** - Strengths weaknesses Oportunities Threats

**UC** - Unidade curricular

**UCI** - Unidade Cuidados Intensivos

**UE/EEE)** - União Europeia/Espaço Económico Europeu

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

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>1 CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO.....</b>	<b>18</b>
1.1 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE.....	18
1.1.1 <b>Unidade de cuidados Intensivos.....</b>	<b>21</b>
1.1.2 <b>Serviço de Urgência.....</b>	<b>23</b>
<b>2 PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....</b>	<b>28</b>
2.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEORICO.....	28
2.1.1 <b>Modelo para a mudança da prática baseada em evidência – Modelo Teórico de June Larrabee.....</b>	<b>29</b>
2.1.2 <b>Transição: Um Conceito geral para a Enfermagem – Modelo Teórico de Afaf Meleis.....</b>	<b>33</b>
2.1.3 <b>Qualidade em saúde e segurança nos cuidados.....</b>	<b>36</b>
2.1.4 <b>Evolução Histórica do Controlo da Infeção.....</b>	<b>41</b>
2.1.5 <b>Infeções associadas aos Cuidados de Saúde.....</b>	<b>44</b>
2.2. METODOLOGIA DE PROJETO.....	48
2.2.1 <b>Diagnóstico da Situação.....</b>	<b>48</b>
2.2.2 <b>Definição de Objetivos.....</b>	<b>57</b>
2.2.3 <b>Planeamento e Execução.....</b>	<b>58</b>
2.2.4 <b>Avaliação.....</b>	<b>62</b>
2.2.5 <b>Divulgação de Resultados.....</b>	<b>66</b>
<b>3 ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>67</b>
3.1 <b>COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....</b>	<b>69</b>
3.2 <b>COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....</b>	<b>84</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>95</b>

## ÍNDICE DE APÊNDICES

<b>Apêndice I</b> - Projeto de Estágio.....	106
<b>Apêndice II</b> - Resumo do Artigo Científico.....	129
<b>Apêndice III</b> - Questionário de caracterização sociodemográfica, profissional, académica e validação da pertinência do projeto.....	133
<b>Apêndice IV</b> - Consentimento informado e esclarecido.....	139
<b>Apêndice V</b> - Cronograma do PIP.....	142
<b>Apêndice VI</b> - Fluxograma Prisma de Identificação e seleção de estudos.....	144
<b>Apêndice VII</b> - Síntese da evidência encontrada.....	146
<b>Apêndice VIII</b> - Proposta de Instrução de Trabalho.....	148
<b>Apêndice IX</b> - Cartaz informativo sobre procedimentos e técnicas de colheita para o rastreio de EPC e MRSA.....	156
<b>Apêndice X</b> - Plano de Sessão de Formação.....	158
<b>Apêndice XI</b> - Apresentação da sessão de formação.....	160
<b>Apêndice XII</b> - Questionário de avaliação aos formandos.....	173
<b>Apêndice XIII</b> - Lista de verificação Pré-Operatória.....	176

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo I</b> - Parecer favorável da Comissão de Ética e Aprovação do Conselho de Administração do Hospital.....	179
<b>Anexo II</b> - Certificado de formação “II Encontro do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em situação Crítica 2022/2023.....	183
<b>Anexo III</b> - Declaração de Estágio Gestão do Risco.....	185
<b>Anexo IV</b> - Declaração de Estágio UL-PPCIRA.....	187
<b>Anexo V</b> - Certificado de ação de Formação “Fundamentos de Prevenção e Controlo da Infeção em Cuidados de Saúde”.....	189

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Modelo representativo da teoria de June Larrabee.....	29
<b>Figura 2</b> - Diagrama representativo da teoria de Afaf Meleis.....	35

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Caracterização da amostra que participou no questionário.....	49
<b>Gráfico 2</b> - Caracterização da amostra quanto ao género.....	51
<b>Gráfico 3</b> - Caracterização da amostra quanto à idade.....	51
<b>Gráfico 4</b> - Caracterização da amostra quanto às habilitações académicas.....	52
<b>Gráfico 5</b> - Caracterização da amostra quanto às habilitações profissionais.....	52
<b>Gráfico 6</b> - Caracterização da amostra quanto à área de especialização.....	53
<b>Gráfico 7</b> - Caracterização da amostra quanto à experiência profissional.....	53
<b>Gráfico 8</b> - Caracterização da amostra quanto à experiência profissional no serviço de urgência.....	54
<b>Gráfico 9</b> - Caracterização da amostra quanto à formação na área das IACS.....	54
<b>Gráfico 10</b> - Caracterização da amostra quanto a origem da formação na área das IACS.....	55
<b>Gráfico 11</b> - Caracterização da amostra quanto ao conhecimento do PQ-08-UL-PPCIRA.....	55
<b>Gráfico 12</b> - Caracterização da amostra quanto à importância da elaboração de uma instrução de trabalho.....	56
<b>Gráfico 13</b> - Caracterização da amostra quanto à importância da atualização de conhecimentos sobre o tema.....	56
<b>Gráfico 14</b> - Caracterização da amostra quanto à importância da formação para a prevenção e controlo das IACS.....	57
<b>Gráfico 15</b> - Caracterização da amostra quanto ao Conteúdo Programático.....	66
<b>Gráfico 16</b> - Caracterização da amostra quanto à Organização da Ação de Formação.....	66
<b>Gráfico 17</b> - Caracterização da amostra quanto ao Formador.....	66
<b>Gráfico 18</b> - Caracterização da amostra quanto à Avaliação Global.....	67

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Análise SWOT.....	48
<b>Tabela 2</b> - PCC para elaboração da questão de investigação.....	59

## INTRODUÇÃO

Finda a Unidade Curricular [UC] Estágio Final, enquadrada no 7º Curso de Mestrado em Associação na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, ministrado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, surge a necessidade de refletir sobre o mesmo. Não é tarefa fácil relatar um percurso profissional, no entanto, torna-se essencial refletir sobre os caminhos percorridos, as aprendizagens adquiridas para alcançar os objetivos.

De referir, que o Estágio I decorreu, numa Unidade de Cuidados Intensivos [UCI], de uma Unidade Local de Saúde [ULS], e o Estágio Final no Serviço de Urgência do mesmo hospital.

No início do estágio, foi elaborado um Projeto de Estágio (Apêndice I), de acordo com Planeamento da Unidade Curricular, Estágio Final, com o objetivo de “aferir a qualidade e pertinência dos objetivos e atividades propostas na aquisição de competências” (Santiago et al., 2023). Elaboramos, também um Projeto de Intervenção Profissional [PIP], cujo o tema se intitula “Intervenção do Enfermeiro na prevenção e controlo de infeção por Enterobacterales produtores de Carbapenemases (EPC) e Staphylococcus aureus resistente a Meticilina (MRSA), no serviço de urgência” e dentro da mesma temática foi elaborado um artigo, que consta da metodologia de avaliação da referida UC (Apêndice II).

De forma a contribuir, para o desenvolvimento progressivo da nossa autonomia profissional especializada, no período que decorreu o estágio final, fizemos dois estágios de observação, para dar resposta a duas competências específicas. Na unidade de gestão de risco, relacionada com a competência “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363) e no gabinete, junto ao elemento da UL-PPCIRA para um maior ganho a nível de aprendizagens no âmbito da competência “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de 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 adequada” Regulamento n.º 429/ 2018, p. 19364).

Desse modo, no relatório final elaborado, definimos como objetivo geral:

- Analisar e descrever de forma reflexiva as atividades e as estratégias realizadas no processo de aquisição das Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica e de Mestre nos dois contextos clínicos onde realizamos os estágios.

Como objetivos específicos, definimos:

- Descrever os dois contextos clínicos onde se realizaram o Estágio I e o Estágio final, nomeadamente UCI e SU;
- Descrever de forma reflexiva o Projeto de Intervenção Profissional [PIP], e o enquadramento conceptual e teórico que o sustentaram, assim como a práxis clínica;
- Descrever de forma crítica e reflexiva as Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica e de Mestre no contexto Pessoa em Situação Crítica.

Este relatório estruturalmente foi dividido em três capítulos, para além da introdução e da conclusão. No primeiro capítulo, foi feita a caracterização sumária dos dois contextos clínicos onde se realizaram os estágios. O segundo capítulo foi dedicado à descrição do Projeto de Intervenção Profissional, que seguiu as orientações da metodologia de projeto descritas por Ruivo et al., (2010) tendo como suporte teórico o modelo da Prática Baseada na Evidência [PBE], de June Larrabee e o modelo teórico de Afaf Meleis.

A PBE é de grande importância, uma vez que “(...) através da investigação sistematizada se agrega a práxis clínica com a evidência científica recente, contribuindo, desta forma, numa tomada de decisão mais consciente e informada” (Boeiro, 2022, p. 30), por outro lado o modelo teórico de Afaf Meleis ajuda-nos a compreender o processo de transição, como refere Costa (2016), “As transições são de notável interesse para a Enfermagem pelas consequências que trazem para a saúde dos clientes. Para evitar instabilidade os enfermeiros precisam levar em consideração padrões de respostas em vez de respostas individuais, reconhecer situações críticas e de vulnerabilidade durante as transições” (p. 143).

Neste mesmo capítulo fizemos o enquadramento teórico do estudo, fazendo referência à evolução histórica do controlo de infeção, assim como a problemática das IACS. O terceiro capítulo, tem como base a experiência vivenciada nos dois locais de estágio, e onde fazemos a análise crítica e reflexão das intervenções realizadas, realçando o contributo para a aquisição de competências de futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao longo deste processo.

O relatório de estágio elaborado, termina com a conclusão, e no fim é feita referência à bibliografia que suporta este documento. Ao longo dos estágios foram elaborados alguns trabalhos que foram importantes para o desenvolvimento e aquisição de competências, pelo

que os remetemos para anexos e apêndices.

Este relatório segue a 7ª edição das Normas da American Psychological Association [APA] e os critérios de elaboração do Relatório Final pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre (Arco et al., 2018).

## 1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

No plano curricular do 7º MEMC-PSC, encontra-se previsto a realização dois estágios: Estágio I, realizado na UCI, no período de 23 de maio e 30 de junho de 2023, num total de 144 horas e o Estágio Final, realizado no Serviço de Urgência durante 11 de setembro de 2023 e 26 de janeiro de 2024, num total de 336 Horas.

O ensino clínico nestes ambientes específicos visa preparar os profissionais de saúde para enfrentar desafios únicos, proporcionando experiências práticas e desenvolvendo habilidades críticas para o cuidado de indivíduos em situações urgentes e críticas. Consideramos, por isso importante a caracterização do serviço, da estrutura física, recursos humanos e materiais, destas novas realidades institucionais.

### 1.1 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

A ULS, local onde decorreram ambos os estágios, serve uma população de 104 989 habitantes. É constituída por 2 Hospitais e 16 Centros de Saúde e foi criada pelo Decreto-Lei nº 50-B/2007 de 28 de fevereiro.

Tem como Missão:

“prestação integrada e personalizada de cuidados de saúde a todos os cidadãos, garantindo uma resposta adequada, em tempo útil, com rigor técnico-científico e com respeito pela dignidade humana, promovendo a confiança dos colaboradores e utentes, na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde “(ULS, 2023).

Rege-se pelos seguintes valores:

- a) Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos;
- b) Excelência técnica;
- c) Acessibilidade e equidade dos cuidados;
- d) Promoção da qualidade;
- e) Ética, integridade e transparência;

- f) Motivação e atuação pró-ativa;
- g) Melhoria contínua;
- h) Trabalho de equipa;
- i) Respeito pelas normas ambientais;
- j) Cultura de rigor e gestão” (ULS, 2023).

Em 7 de novembro de 2023, foi feita a reestruturação das entidades públicas empresariais do Serviço Nacional de Saúde [SNS], tendo sido feita a integração unidades locais de saúde de hospitais e centros de saúde em unidades locais de saúde [ULS]. Abrange uma população de cerca de 105000 habitantes. Considera-se uma unidade de saúde facilmente acessível, que presta serviços de qualidade e adequados às necessidades da população, é financeiramente estável uma vez que se trata de uma entidade pública e equitativa em sua distribuição.

Todos os serviços que compõem um hospital são fundamentais ao seu funcionamento, cada um com características e funções distintas. O desenvolvimento tecnológico e científico aplicado à saúde, tem nas últimas décadas sofrido uma evolução constante. A recuperação de doentes, deve-se muitas vezes ao aperfeiçoamento de técnicas de diagnóstico e terapêutica. As UCI, com uma vasta gama de equipamento tecnologicamente avançado e variado, assim como profissionais com elevadas competências técnicas, emocionais e experienciais tornam-se locais laborais de alta complexidade. Para Alves, “As UCI foram criadas com o intuito de cuidar daqueles que apresentam disfunção ou falência de órgãos, cuja morte surge como ameaça de vida e que necessitam monitorização complexa, específica e de intervenções altamente diferenciadas e com vista à sua recuperação e por forma a devolver ativamente as pessoas à sociedade” (Alves, 2021, p. 18).

O serviço de urgência [SU] é projetado para atender doentes que necessitam de tratamento imediato devido a doenças ou lesões agudas. É a primeira linha de entrada para doentes que chegam ao hospital com uma ampla variedade de condições médicas e cirúrgicas. O foco principal é estabilizar, avaliar e iniciar o tratamento. O atendimento no serviço de urgência é de curta duração, com o objetivo de estabilizar e determinar o próximo passo, que pode ser a alta hospitalar, a admissão em unidades de internamente, UCI, e em situações extremas o óbito.

### 1.1.1 Unidade de cuidados Intensivos

A UCI onde o estágio se realizou, encontra-se na ULS, de um dos 2 hospitais que integram a ULS, EPE. “Os Serviços de Medicina Intensiva destinam-se à observação e tratamento de doentes em situação clínica crítica, mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais, onde são tratados em horário contínuo por pessoal médico e de enfermagem especializado “(ACSS, 2013, p. 2).

De acordo informações fornecidas pelo Gabinete de Planeamento e Controle de Gestão [GPCG], em relação ao ano de 2023, verifica-se que houve uma Taxa de Ocupação na UCI/Intermédios de cerca de 60%, com um Tempo Médio de Internamento de 5,5 dias. Em relação à tipologia de doentes, 75% são da área cirúrgica. No que diz respeito à mortalidade, no ano de 2023 foi de 19%.

#### **Estrutura e recursos físicos**

A UCI localiza-se no segundo piso da unidade hospitalar, com entrada principal pelo mesmo corredor que dá acesso ao Serviço de Observação [SO], do Serviço de Urgência, Serviço de Imagiologia e dos ascensores que dão acesso aos demais pisos do hospital.

Estruturalmente é constituída por duas salas, com espaços funcionais distintos. A sala 1 tem 4 camas e a sala 2 tem 5 camas. Noutro espaço separado destas duas salas, fica um quarto com 1 cama que quando necessário serve de isolamento, todavia este espaço não tem equipamentos geradores de pressão positiva ou negativa. A lotação é, portanto, de 10 camas.

Nas duas salas existe um espaço de vigilância centralizada, com computadores apetrechados com a aplicação informática “*BSimple*®” que permite registar os cuidados de enfermagem efetuados e com monitores que permitem visualizar todos os parâmetros de vigilância de sinais vitais e hemodinâmica de todos os doentes internados.

Todas as unidades dos doentes, estão apetrechadas com camas com controlos elétricos, monitores multiparâmetros (ECG, Pressão Arterial Invasiva e Não Invasiva, Saturação Periférica de O<sub>2</sub>, Temperatura), ventilador dotado de tecnologia atual e diversas seringas e bombas infusoras. Os monitores de todas as camas encontram-se ligados em rede, o que permite que os dados de monitorização migrem para o “*BSimple*®” e para além de ficarem disponíveis em tempo real, ficam registados. Os resultados de exames laboratoriais e dos exames imagiológicos também migram diretamente para o “*BSimple*®”.

Alocada a cada unidade do doente, encontra-se também diverso material que faz parte integrante da mesma e é comum a todas as unidades. Para além destes materiais, as unidades dos doentes também têm materiais específicos e individualizados por cada doente

e só podem ser usados nesse doente. Desta forma, minimiza-se o risco de infeção cruzada.

Todas as unidades dos doentes estão dotadas de um sistema de cortinas opacas e passíveis dos procedimentos de higienização que se impõem. Estes sistemas de cortinas permitem a privacidade necessária a cada doente e a cada procedimento.

O Serviço tem um corredor central. De um lado, é constituído por um gabinete alocado ao Assistente Técnico residente, um vestiário feminino e outro masculino, uma copa e uma zona de sujos. Do outro lado do corredor central, existe uma sala de acondicionamento de equipamento, uma sala para armazém de material de consumo clínico, um gabinete médico, um gabinete de enfermagem, um gabinete de trabalho onde se encontram os “Pixys®” (armários eletrónicos de dispensa de fármacos) e uma zona de preparação de medicação. Neste corredor central ainda se encontram alguns armários, onde estão acondicionados: soros, material esterilizado, entre outros.

### **Recursos Humanos**

A equipa de enfermagem é constituída por 30 enfermeiros, dos quais 1 é enfermeiro gestor, 14 são enfermeiros especialistas (10 em EMC, 1 em enfermagem de reabilitação e 1 em enfermagem comunitária). A equipa de assistentes operacionais tem 12 elementos. Como já referido, na UCI exerce um assistente técnico residente. No que respeita à equipa médica, esta é constituída por 1 Diretor do Serviço (especialista em medicina interna), 4 especialistas em medicina interna e 1 em nefrologia. No entanto, para além destes médicos, a equipa é reforçada por vários prestadores de serviços e outros médicos do hospital que dão apoio.

O funcionamento do serviço é assegurado da seguinte forma:

O Assistente Técnico está presente das 9h às 17h nos dias úteis. Nos restantes dias, os processos administrativos necessários ao funcionamento da UCI, são assegurados pelos Assistentes Técnicos do Serviço de Urgência.

Enfermeiros – estão escalados diariamente no turno da manhã (8h – 16h) 5 enfermeiros, no turno da tarde (16h – 24h) 4 enfermeiros e no turno da noite (0h – 8h) 4 enfermeiros.

Médicos – o número de médicos escalados é variável. Por rotina, permanecem na UCI entre as 9h e as 20 h, 3 a 4 médicos nos dias úteis e 2 a 3 nos dias não úteis. Após as 20 h permanece 1 médico durante o período da noite seja em dias úteis ou não úteis.

Assistentes Operacionais – nos dias úteis, estão escalados no turno da manhã (8h – 16h) 3 AO, no turno da tarde (16h – 24h) 2 AO e no turno da noite (0h – 8h) 2 AO.

Nos dias não úteis, estão escalados 2 AO em cada turno.

### **Alguns aspetos relevantes que influenciam o bom funcionamento do Serviço**

A gestão dos fármacos, com exceção dos soros, é feita pelos Serviços Farmacêuticos, através dos dispensadores “Pixys®”.

A gestão de material de consumo clínico, do material de consumo hoteleiro, dos soros e fármacos que não estão disponíveis nos dispensadores “Pixys®”, é feita pelo Enfermeiro Gestor e processa-se da seguinte forma:

Nas segundas e quintas-feiras são requisitados soros aos Serviços Farmacêuticos.

Às segundas, quartas e sextas-feiras é requisitado o material de consumo clínico;

Nas quintas-feiras requisitam-se materiais de consumo hoteleiro.

Para colmatar ruturas de *stock*, refere-se que em qualquer dia útil, se podem fazer requisições consideradas “extra-acordo”, para qualquer dos armazéns, incluindo os Serviços Farmacêuticos.

#### **1.1.2 Serviço de Urgência**

O Estágio Final realizou-se no Serviço de Urgência da ULS. Este serviço tem a classificação de SUMC (Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica), (Despacho 13427/2015a).

” O SUMC é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando -se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referenciação “(Despacho n.º 10319/2014, p. 20673).

No ano de 2023, e tendo como referência a triagem de Manchester foram triados no Serviço de Urgência, 27356 utentes. O método de triagem de Manchester é usado em muitos sistemas de saúde e tem a finalidade de para classificar a gravidade dos casos e determinar a ordem de atendimento com base nas necessidades médicas dos utentes.

O sistema classifica os utentes em cinco categorias de gravidade, identificadas por cores:

1. **Vermelho:** Emergência - o doente precisa de atendimento imediato;
2. **Laranja:** Muito urgente – o doente precisa de atendimento rápido;
3. **Amarelo:** Urgente – o doente precisa de atendimento, mas pode esperar um pouco mais;
4. **Verde:** Pouco urgente - o doente precisa de atendimento, mas pode esperar mais do que os casos amarelos;

5. **Azul:** Não urgente - o doente precisa de atendimento, mas pode esperar mais do que os casos verdes.

No ano de 2023, foram triados no Serviço de Urgência 87 utentes de cor vermelha, 3318 de cor laranja, 8890 de cor verde, 13834 de cor amarela, 181 utentes de cor azul e 1046 triados como outros casos (GPCS, 2023).

### **Estrutura física**

O Serviço de Urgência localiza-se no 2º piso do hospital e tem ligação direta com a Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] e com os diversos Serviços de meios complementares de diagnóstico.

A estrutura física é constituída por quatro áreas separadas por portas automáticas.

Na primeira área encontra-se a receção, onde existe o gabinete do Assistente Técnico que realiza a admissão administrativa dos utentes, uma sala de espera, uma sala de triagem e um acesso para a zona da urgência pediátrica.

Na segunda área encontra-se o balcão azul / verde, onde são observados e tratados os utentes triados com a cor azul ou verde, e uma sala de espera.

A terceira área é a do balcão amarelo / laranja, onde existem:

Dois gabinetes para observação dos utentes;

Uma sala de emergência;

Uma sala de pequena cirurgia;

Uma sala de espera interior;

Três gabinetes (médico, enfermagem e do enfermeiro gestor);

Três instalações sanitárias (duas para os utentes e uma para os funcionários);

Três gabinetes para consultas de especialidades (medicina interna, ortopedia e psiquiatria);

Uma zona de macas para utentes alocados ao balcão (amarelo / laranja) e utentes internados em SO;

Uma zona de acesso à urgência pediátrica e um corredor de acesso aos exames complementares de diagnóstico;

Na quarta área encontra-se o internamento de SO, o qual é constituído por três salas, com um total de 15 camas.

Todas as camas possuem monitores para avaliação de sinais vitais e traçado cardíaco, calha técnica dotada de rampas de oxigénio, vácuo e ar respirável. As salas são áreas abertas e as camas são separadas por cortinas. Por essa razão, a área de trabalho de enfermagem permite visualizar todos os utentes ali internados.

É também no corredor que dá acesso às 3 salas do SO que se encontra um carro de

emergência para apoio desta área.

Neste espaço também se encontra uma copa, uma sala de armazenamento de material de consumo clínico, uma sala de sujios (despejos, armazém temporário de resíduos e armazém temporário de roupa suja), uma sala onde estão armazenados os materiais de consumo hoteleiro, armário de roupa limpa.

Com o registo administrativo, o utente inicia o circuito no Serviço de Urgência. Posteriormente é feita a triagem pelo enfermeiro, a qual estabelece o grau de prioridade para o atendimento. Neste caso é utilizada a triagem de Manchester. De acordo com a situação clínica, assim é feito o encaminhamento do utente.

No caso de mulheres com problemas obstétricos / ginecológicos, após a triagem são encaminhadas para o Serviço de Obstetrícia / Ginecologia que funciona no piso 4 do hospital.

Tratando-se de uma criança ou adolescente até aos 18 anos, são encaminhados para a urgência pediátrica que funciona junto ao Serviço de Urgência geral, com recursos humanos próprios até às 24h. Após essa hora as crianças são assumidas pelos enfermeiros da urgência geral.

Utentes que precisem de apoio de medicina interna, ortopedia ou cirurgia geral, podem ser observados e tratados 24 horas por dia. Em caso de oftalmologia ou psiquiatria, existe uma escala de urgência e por vezes os utentes têm mesmo que ser transferidos para outros hospitais.

Utentes em situação crítica que necessitem de cuidados de saúde urgentes / emergentes são encaminhados diretamente para a sala de emergência. Esta sala está equipada com duas macas e pode dar resposta a dois utentes em simultâneo, uma vez que cada unidade está equipada com monitores desfibriladores, rampas de oxigénio, vácuo, ar respirável, ventilador, seringas infusoras e todo o material necessário para situações emergentes.

Em todas as áreas médicas e de enfermagem existem equipamentos informáticos para efetuar registos, prescrições e consulta de exames complementares de diagnóstico. Atualmente os registos médicos e de enfermagem são efetuados com recurso a um *software* que embora seja comum a estes profissionais - o SClínico, possui perfis de utilizador distintos para cada um deles.

Na sala de emergência e de pequena cirurgia a terapêutica encontra-se em gavetas individuais e corretamente identificadas. O *stock* é feito sempre que necessário pelo utilizador, com recurso ao sistema de gestão automática de medicamentos *Pyxis*® que se encontra no corredor do SO.

Em ambos os balcões, também existe um dispensador *Pyxis*®, embora pequeno, adequado às necessidades. Em ambos os casos, o seu carregamento é da responsabilidade do serviço de farmácia.

## **Recursos humanos**

No Serviço de Urgência existe uma equipa multidisciplinar para prestação de cuidados adequados às diversas situações clínicas que vão surgindo.

A equipa de enfermagem é constituída por 63 Enfermeiros, dos quais: Um Enfermeiro Responsável (Especialista), 12 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária e 4 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Atualmente existem 5 Enfermeiros a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

As equipas de enfermagem e de assistentes operacionais são fixas. 12 enfermeiros fazem horário fixo no período das 8 horas – 16 horas. Refira-se que algumas enfermeiras a usufruir de horário de amamentação articulam o horário de forma a não perturbar o bom funcionamento do serviço.

Os restantes enfermeiros estão divididos em 5 equipas com 10 elementos cada uma, e fazem horário rotativo.

Semanalmente o Enfermeiro Responsável do Serviço faz a distribuição dos enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho. No entanto, cada chefe de equipa pode fazer alterações a essa distribuição caso considere necessário.

Na urgência geral, balcões, sala de emergência e sala de pequena cirurgia, o método de trabalho é por posto de trabalho. O método de trabalho por posto de trabalho é útil em ambientes onde as tarefas são altamente especializadas, ajuda a garantir que os profissionais realizem tarefas certas, o que pode levar a um aumento na qualidade do trabalho e na eficiência operacional.

No SO, o método de trabalho é o método individual os doentes são atribuídos por camas. Cada enfermeiro é responsável pela prestação de todos os cuidados ao doente, assim como a comunicação com os familiares.

Além das funções de prestação de cuidados, existem no SU enfermeiros com funções específicas, nomeadamente:

Enfermeiro Responsável pela Formação em Serviço;

Elo de ligação com a Unidade de Gestão do Risco;

Elo de ligação com a UL-PPCIRA;

Enfermeiro Dinamizador dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros;

Enfermeiro Dinamizador do Sistema de Informação em Enfermagem;

Enfermeiros Supervisores Clínicos;

Enfermeiro Responsável pela Implementação de Cuidados de Enfermagem Baseados na Evidência Científica;

Enfermeiro representante do SU no Plano de Ação para a Prevenção da Violência no

Setor da Saúde;

Enfermeiros Auditores na Área da Triage de Manchester.

### **Recursos materiais**

A gestão dos produtos farmacêuticos é feita pelo respetivo Serviço através dos dispensadores *Pyxis*®. Devido ao elevado consumo de fármacos e outros produtos farmacêuticos, a reposição destes dispensadores é feita diariamente.

A gestão do material de consumo clínico é feita pelo Serviço de Aprovisionamento três vezes por semana. Pontualmente estes materiais são repostos sempre que necessário.

A gestão do material de consumo hoteleiro é feita pelo Serviço de Aprovisionamento uma vez por semana.

O pedido do material de consumo clínico e hoteleiro é feito pelo Enf<sup>o</sup> Responsável ou pelo segundo elemento. É entregue pelo Serviço de Aprovisionamento nos dias pré-definidos.

Roupa suja e resíduos é acondicionada em locais identificados e feita a recolha pelas empresas contratadas pelo hospital.

A alimentação dos utentes, tanto dos balcões como os internados em SO é providenciada pelo Enfermeiro Responsável por esses postos de trabalho.

## 2. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O Projeto de Intervenção Profissional [PIP] apresentado neste capítulo é desenvolvido no Serviço de Urgência, no âmbito do Estágio Final Pessoa em Situação Crítica, no decorrer do Mestrado em Enfermagem na área da EMC-PSC.

Foi feito o enquadramento conceptual de duas teóricas de Enfermagem, que sustentam a prestação dos cuidados especializados e a elaboração deste relatório, e o enquadramento teórico dos temas que norteiam o estudo, seguindo-se o desenvolvimento das fases que constituem a metodologia de projeto.

### 2.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

O enquadramento conceptual e teórico num projeto de intervenção profissional em enfermagem é crucial para fundamentar a abordagem, justificar as estratégias escolhidas e orientar a implementação e avaliação da intervenção.

Uma base teórica sólida, e “(...) a utilização de teorias de enfermagem é de grande relevância no que diz respeito à fundamentação da prática, pois proporciona a valorização do corpo de conhecimento da profissão e a relação deste com a atuação do enfermeiro” (Medeiros et al. 2015, p. 519). Os modelos conceptuais desempenham um papel vital na prática de enfermagem, fornecendo uma base teórica sólida, orientando a prática clínica, promovendo o pensamento crítico e individualizando os cuidados prestados aos doentes. Eles são essenciais para uma abordagem holística e baseada em evidências na enfermagem atual.

Foram duas as teorias que constituíram o referencial teórico deste estudo, a teoria das transições de Meleis e o modelo teórico de June Larrabee. Para nós faz sentido integrar estas duas teorias, uma vez que os conceitos vão ao encontro do estudo que desenvolvemos.

O modelo teórico de June Larrabee permite, um alicerce importante no projeto de intervenção, uma vez que, e como descrito por Rosswurm & Larrabee (1999) o modelo tem capacidade e meios para através da prática baseada em evidência fazer não só a avaliação, como sintetizar e por fim divulgar as melhores evidências científicas para a mudança de

cuidados. O outro referencial teórico por nós escolhido foi a teoria das transições porque, e indo ao encontro do defendido por Chick e Afaf Meleis (1986), utilizar o conceito das transições é uma mais valia para o conhecimento da disciplina e para compreender e interpretar as interações entre a pessoa, o ambiente e efeitos na saúde.

### **2.1.1 Modelo para a mudança da prática baseada em evidência – Modelo Teórico de June Larrabee**

Ao adotar uma Prática Baseada em Evidência [PBE], os enfermeiros podem melhorar a qualidade dos cuidados prestados, aumentar a segurança dos doentes, otimizar recursos e contribuir para o avanço da profissão de enfermagem. Além disso, promove uma abordagem cientificamente fundamentada no processo de tomada de decisão clínica.

Os Enfermeiros são membros ativos de uma equipa multidisciplinar, é importante que cada vez mais sejam desafiados e desafiem, sobre a sua atuação na prática, e ao mesmo tempo sejam responsabilizados. Uma abordagem baseada na evidência permite “rever constantemente a nossa prática e procurar formas novas e mais efetivas sobre as coisas” (OE, 2012, p. 32).

Desde a década de 1860, em que Florence Nightingale, iniciou o estudo sobre o processo de atendimento aos pacientes, que os enfermeiros procuram a excelência dos cuidados de saúde. A partir desse marco histórico, os enfermeiros lançaram várias iniciativas para a melhoria da qualidade dos cuidados, entre elas, e muito recente foi a defesa do Modelo da Prática Baseada na Evidência [MPBE]. Esta iniciativa demonstrou eficácia e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A esse respeito Camargo et al. (2017), refere que “De forma geral, a implementação de modelos para prática baseada em evidências na enfermagem hospitalar visa promover a melhoria da qualidade do cuidado, por aumentar a confiabilidade das intervenções. Os modelos descrevem etapas que implicam desde a busca e seleção da melhor evidência, até estratégias para garantir a sustentabilidade de sua incorporação nas organizações hospitalares” (Camargo, 2017, p. 10).

Para Larrabee (2011), a prática baseada em evidências utiliza em simultâneo a “experiência clínica individual” e “a melhor evidência clínica externa disponível de pesquisa sistemática”, considerando os valores do paciente de forma a garantir uma correta tomada de decisão (Larrabee, 2011).

O Modelo Teórico de June Larrabee, também conhecido como Modelo para a Mudança na Prática Baseada em Evidências [MMPBE], fornece uma abordagem estruturada para promover a adoção de práticas baseadas em evidências pelos profissionais de enfermagem e outros membros da equipe de saúde.

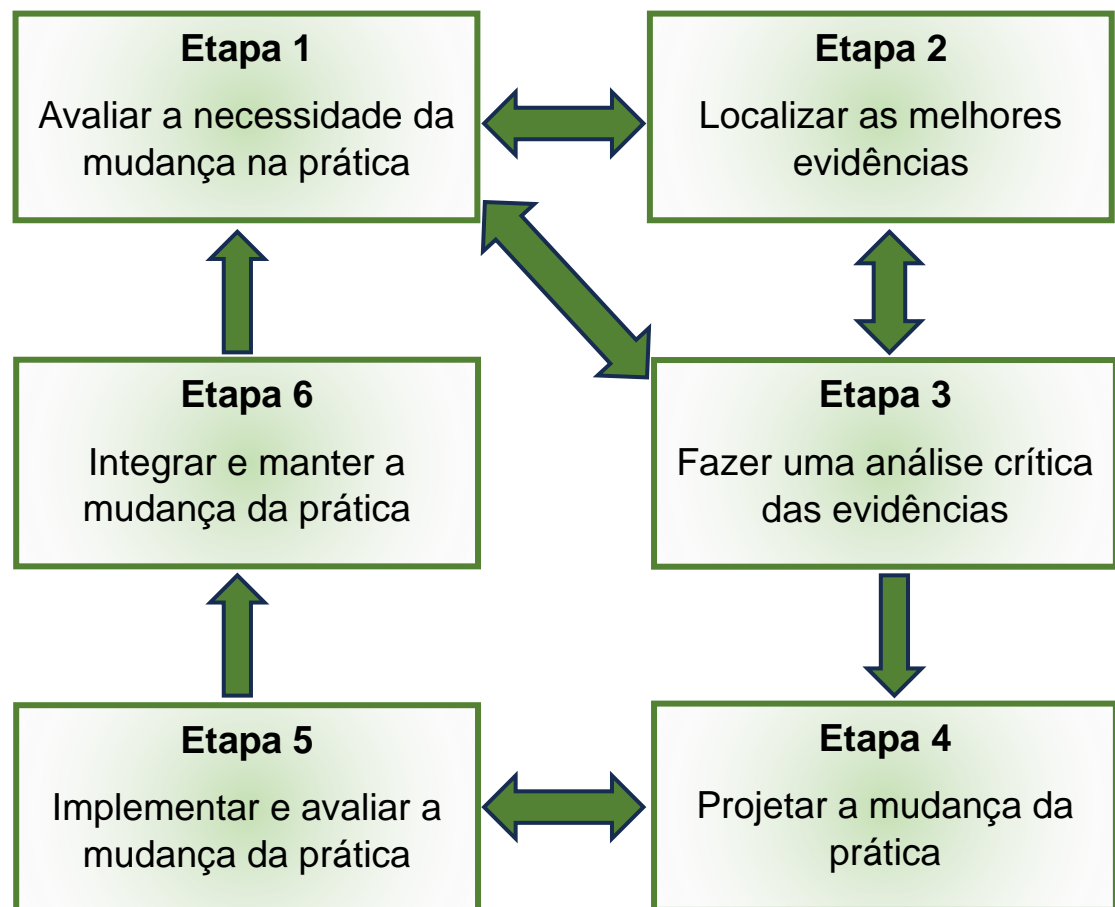
O modelo em causa, teve a sua primeira publicação em 1999. O modelo foi revisto, refletindo a experiência do autor, e pelo “conhecimento mais recente sobre estratégias eficazes para a mudança da PBE” (Larrabee, 2011).

Larrabee (2011), também sublinha, que perante a procura constante da excelência, a PBE, é uma mais valia para a melhoria da qualidade de cuidados em saúde, assim como uma obrigação ética de todos os profissionais de saúde (Larrabee, 2011).

Segundo o mesmo autor, “Qualidade é a presença de atributos socialmente aceitáveis e desejados dentro da experiência holística multifacetada de ser e fazer e qualidade engloba, pelo menos, os quatro conceitos inter-relacionados: valor, beneficência, prudência e justiça” (Larrabee, 2011, p. 15).

O modelo é composto por seis etapas, representadas na figura 1, onde se pode observar que, as etapas são progressivas, mas podem não ser lineares, isto porque, sempre que se considere necessário, pode-se voltar às etapas anteriores (Larrabee, 2011).

**Figura 1 - Modelo representativo da teoria de June Larrabee**



Fonte: Própria (Adaptado de Larrabee, 2011)

Em cada etapa, existem várias atividades a realizar:

**Etapa 1: Avaliar a necessidade de mudança da prática**

Consiste em identificar e incluir as partes interessadas no problema da prática e colher os dados internos na prática atual. Compará-los com os dados externos e verificar a necessidade de mudança na prática. Após fazer a identificação do problema, fazer a ligação com as intervenções e resultados.

**Etapa 2: Encontrar a melhor evidência.**

Nesta etapa as principais atividades são identificação do tipo de fontes de evidências, tendo em consideração os conceitos de pesquisa, planeando e conduzir a pesquisa.

**Etapa 3: Fazer uma análise crítica das evidências**

Como principais atividades deve considerar-se a avaliação crítica dos estudos e avaliar a força das evidências, fazendo a síntese da melhor evidência. No final avaliar a viabilidade, benefícios e riscos da nova prática.

**Etapa 4: Projetar a mudança da prática**

Definir a mudança prática proposta, identificar os recursos necessários para planear a avaliação e implementação são as atividades propostas para esta etapa.

**Etapa 5: Implementar e avaliar a mudança da prática.**

Ao entrar nesta etapa pretende -se a implementação do estudo, avaliar o processo, resultados e custos. No final extrair conclusões e fazer recomendações se for o caso.

**Etapa 6: Integrar e manter a mudança da prática.**

Na última etapa, deve-se comunicar a mudança às partes interessadas, integrar as mudanças. Devem -se realizar monitorizações constantes e divulgar os resultados.

Corroboram também da opinião de Larrabee, Ferrito (2010) e Barros & Bispo (2017), quando referem a necessidade de aplicar uma Enfermagem Baseada na Evidência, onde, além da prática de enfermagem se utiliza a melhor investigação clínica publicada, para determinar, quais as ações mais efetivas, facilitando a tomada de decisão para melhor qualidade e eficácia nos cuidados a prestar ao doente (Barros & Bispo, 2017; Ferrito, 2010).

Também Laje & Sousa (2013), Sousa et al. (2018), refletindo sobre as intervenções dos profissionais de saúde baseadas na evidência, referem que estudos realizados a nível mundial, acentuam a ideia de que a utilização das evidências clínicas pode ser fundamental para a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde (Laje & Sousa, 2013; Sousa et al.,2018).

No entanto, existem várias barreiras para a implementação da PBE. Apesar dos enfermeiros terem como objetivo principal conceder o melhor cuidado a cada doente, e muitos enfermeiros estarem dispostos a participar em atividades que levem à mudança, nem todos percebem os benefícios da participação dessas atividades. Alguns dos motivos, referidos por Larrabee, são a falta de conhecimento da PBE, a falta de interesse, a preocupação como a

interferência na sua vida pessoal, sentindo-se “super comprometidos” (Larrabee, 2011).

A nível organizacional deve haver um compromisso e isso inclui proporcionar tempo e recursos para que as partes interessadas participem da adoção do processo, os enfermeiros gestores devem incluir a PBE no plano estratégico do serviço e usar vários meios para comunicar essa expectativa a todos os enfermeiros. As evidências indicam que o papel da PBE pelos líderes de enfermagem e a comunicação do valor da pesquisa aumentam a mudança da PBE pelos enfermeiros (Larrabee, 2011).

A nível individual os enfermeiros, para se manterem atualizados, desenvolvem atividades tais como, ler artigos de revistas clínicas atuais e discuti-los com colegas, participar de sessões de formação educativas.

A pesquisa contribui para construir uma base de conhecimento, criando um ambiente propício à mudança e melhorar a prática clínica. Nesse processo de transformação, fazem parte o planeamento, a implementação da mudança, e por fim a avaliação da mudança da PBE (Larrabee, 2011).

Na visão de Sousa et al. (2018), quando à prestação de cuidados de saúde, é aplicada a Prática Baseada na Evidência (PBE), é reconhecida pelos profissionais de saúde, como geradora de segurança e de cuidados de saúde com qualidade. Perante essa realidade, os enfermeiros ficam motivados na realização de investigação, e procura de evidência “de elevada qualidade e atualizada, para a prestação de cuidados de enfermagem, baseados na qualidade e excelência, do que é atualmente preconizado para uma cultura de segurança do doente” (Sousa et al., 2018, p. 32).

O Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidência (PBE) e a investigação em saúde são conceitos inter-relacionados, pois ambos visam melhorar a qualidade dos cuidados de saúde por meio da aplicação de evidências científicas. Enquanto o modelo PBE se concentra na aplicação de evidências existentes, a investigação em saúde gera novas evidências para impulsionar e sustentar essas práticas baseadas em evidências. Juntos, desempenham um papel crucial baseado num conhecimento científico sólido e na melhoria dos resultados para os doentes.

“Os enfermeiros têm o dever de implementar a PBE na prestação de cuidados, no momento em que fazem o juízo clínico, e consideram os valores e preferências das pessoas que recebem os cuidados de enfermagem. A implementação PBE ajuda a disseminar o conhecimento e a promover a inovação na prática clínica” (Sousa et al., 2018, p. 37).

Tendo em conta o exposto, consideramos a aplicação deste modelo teórico como linha orientadora para o desenvolvimento do PIP, uma vez que é um modelo que se adequa à prática clínica, à investigação, assim como à área da prestação de cuidados ao doente crítico.

### **2.1.2 Transição: Um Conceito geral para a Enfermagem – Modelo Teórico de Afaf Meleis**

Nativa do Egito, Afaf Ibrahim Meleis, formou-se em Enfermagem em 1961, na Universidade da Alexandria. No ano de 1964, obteve o título de Mestre, em 1966 o de Sociologia e em 1968, concluiu o Doutoramento em Psicologia Médica e Social pela Universidade da Califórnia. As suas obras, são uma referência para os profissionais de Enfermagem uma vez que têm como objetivo, o estímulo para um pensamento teórico crescente, e por outro lado desenvolvimento teórico da disciplina (Meleis, 1999, 2007, 2010, 2012).

Apresentou no ano 2000, a Teoria das Transições de Médio Alcance, Teoria que tinha como conceito central a transição.

Transição, define-se como um processo de mudança, isto é, passar de um estado estável, para outro estado também estável (Meleis, 2012). São consideradas experiências humanas que procuram dar respostas ao longo da vida, e muitas vezes são influenciadas por condições pessoais, ambientais, pelas expectativas de cada individuo assim como pela perceção e significado que é atribuído às experiências (Meleis e Trangenstein, 1994, citado em Meleis, 2012). São fatores que contribuem para a alteração de comportamentos, do Eu em contexto social (Chick & Meleis, 1986, citado em Meleis, 2012). No final deste processo pretende-se que o individuo alcance um período de estabilidade diferente do seu estado anterior (Meleis, 2010).

Costa (2016), no artigo que escreveu sobre a importância da teoria das Transições para o cuidado de Enfermagem refere que “Transição é uma passagem entre dois períodos de tempo relativamente estáveis, conduzindo o individuo a mover-se por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de mudanças” (Costa, 2016, p.138).

Os enfermeiros têm um papel fulcral em todo este processo, uma vez que a transição interfere com a saúde e com alterações de comportamentos perante respostas a que o individuo está sujeito.

”As transições são de notável interesse para a Enfermagem pelas consequências que trazem para a saúde dos clientes. Para evitar instabilidade, enfermeiros precisam levar em consideração padrões de respostas em vez de respostas individuais, reconhecer situações críticas e de vulnerabilidade durante as transições” (Costa, 2016, p. 144).

### Natureza das transições

O processo, a perceção e a rutura, são características universais da teoria das transições (Meleis, 2012). No **processo**, existe a ideia de movimento, existindo a rutura com acontecimentos da sua vida e também às respostas às causas dessa mudança. De realçar que nunca são simultâneos o princípio e o fim da transição (Peças, 2014). No que respeita à **perceção**, pode-se referir que as respostas e resultados da transição são influenciadas pelas características pessoais e do ambiente, podendo mesmo condicionados (Peças, 2014). Outra das características elementares da transição é a **rutura**. O individuo vivencia a quebra de pontos de referência habituais, de relações, de segurança perante o mundo que conhecia (Peças, 2014).

No que diz respeito aos conceitos centrais que fazem parte da teoria, podemos enumerar três: a natureza, as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta. Meleis (2007, 2010, 2012), em relação à **natureza** da teoria refere que podem ser: saúde / doença, desenvolvimento, situacional e organizacional (Peças, 2014). A transição **saúde/doença**, refere-se à mudança repentina de uma situação de saúde para em estado de doença. Para Mota et al., (2011), “as transições de saúde/doença são uma dimensão importante da prática de enfermagem. É com a ajuda à pessoa na vivência de transições saudáveis que os enfermeiros podem ser verdadeiramente significativos” (p. 19). A transição **desenvolvimental** está relacionado com um processo individual de desenvolvimento. Temos como exemplo a menopausa ou a adolescência. A transição **situacional**, envolve acontecimentos que implicam definição ou alterações de papéis (pessoa ou família). Falamos por exemplo, de perda de familiares. No que concerne à transição **organizacional**, associamos a mudanças de estrutura, dinâmicas organizacionais e também de ambiente (Brito, 2012).

Em relação às propriedades das transições podemos falar em consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, tempo de transição e pontos ou eventos críticos. (Brito, 2012; Meleis et al., 2000; Peças, 2014). A **consciencialização**, é a propriedade fundamental. Relaciona-se com o conhecimento, perceção do processo de transição. O **envolvimento** está relacionado com a participação ativa em todo o processo de transição, podendo envolver mais que uma pessoa, assim como a situação e o contexto seja uma condicionante em todo o processo. A **mudança e diferença** são propriedades fundamentais, uma vez que mudança origina transição, e por sua vez transição origina mudança. (Brito, 2012; Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). O **tempo** de transição, está relacionado com todo o processo de adaptação à nova realidade, assim como ao tempo para aquisição de novo ponto de equilíbrio (Peças, 2014). No que concerne aos **eventos aos pontos críticos**, nesta fase do processo o enfermeiro deve ser capaz os identificar, uma vez que podem ter influência no desenvolvimento da transição.

### Condições das transições

As condições pessoais e ambientais, podem influenciar as experiências do indivíduo durante as transições. São vários aspetos quando se refere a condições pessoais. Podem ser **significados**, relacionado com a perceção de algum evento, as **crenças e atitudes culturais**, resultam da educação, do ambiente que rodeia o indivíduo, que quando ligadas a experiências de mudança podem inibir a mudança, **estatuto socioeconómico**, também pode ser considerado inibidor quando muito baixo, por fim o nível **de preparação** e **nível de conhecimento** é útil para gerir o processo de transição. “As consequências da falta de preparação e compreensão tornam-se imediatamente evidente quando o indivíduo é surpreendido com determinada situação” (Costa, 2016, p. 142).

Os recursos de comunidade, também podem ser inibidores ou facilitadores, uma vez que o indivíduo procura apoio no processo de transição saúde /doença. Quanto melhor for a acessibilidade aos recursos e melhor organização existe maior probabilidade de uma transição saudável (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; Peças, 2014).

### Padrões de respostas às transições

O padrão de resposta ao processo de transição pode ser realizado através de indicadores de processo ou indicadores de resultado (Meleis, 2010).

Os **indicadores de processo**, podem acontecer em qualquer altura. Esses indicadores incluem o sentir-se ligado, o interagir, relacionar-se, desenvolver confiança e coping (Brito, 2012). Como **indicadores de resultado**, Meleis (2012), refere a **mestria** e aceitação da **nova identidade**, como um final saudável no processo de transição. Mestria e alteração de identidade, no sentido da capacidade dinâmica de assumir novos papéis e comportamentos. “A transição é determinada pelo grau em que indivíduos demonstram domínio das habilidades e comportamentos necessários para gerenciar suas novas situações” (Costa, 2016, p.142). Do mesmo ponto de vista, Teixeira diz que “As transições são processos complexos e podem ocorrer transições múltiplas simultaneamente durante um determinado período de tempo, exigindo que a pessoa incorpore novos conhecimentos, altere comportamentos e, portanto, mude a definição de si mesmo no novo contexto social” (Teixeira, 2021, p. 36)

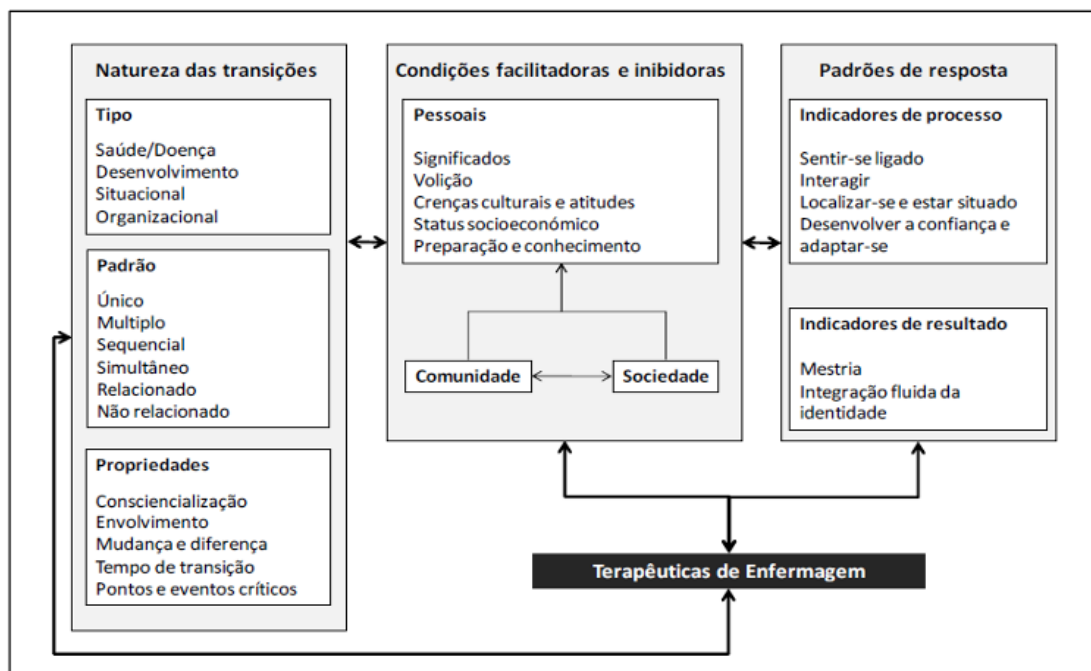
### Terapêuticas de Enfermagem

As terapêuticas de enfermagem são ações centradas em três eixos: promoção, prevenção e intervenção. Os enfermeiros devem encontrar estratégias para contribuir para processos de transição saudáveis, devem por isso, saber caracterizar a natureza das

transições, as condições que facilitam ou inibem assim como os padrões de resposta que podem ser utilizados. Como esquematizado, na figura nº 2.

No ponto de vista de Costa, (2016), “As transições são de notável interesse para a Enfermagem pelas consequências que trazem para a saúde dos clientes. Para evitar instabilidade, enfermeiros precisam levar em consideração padrões de respostas em vez de respostas individuais, reconhecer situações críticas e de vulnerabilidade durante as transições” (Costa, 2016, p. 143).

**Figura 2** - Diagrama representativo da teoria de Afaf Meleis



Fonte: Adaptado de Meleis,2010

O modelo teórico descrito constitui um ponto de partida, para uma reflexão das competências de Especialista e do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica.

### 2.1.3 Qualidade em Saúde e Segurança nos Cuidados

Fenómeno relativamente recente, o interesse pela «Qualidade», nos sistemas de saúde, teve como referência as experiências obtidas na aérea industrial a partir de meados do século XX. Do ponto de vista de Sousa (2010), é um domínio em que “as «idiosincrasias» do sistema definem, moldam e adaptam uma realidade transposta de outras áreas de atividade, para o sistema de saúde” (Sousa, 2010, p. 20).

A qualidade dos cuidados de saúde tem evoluído ao longo dos anos devido a uma combinação de avanços tecnológicos, desenvolvimento de melhores práticas clínicas,

mudanças nas políticas de saúde e maior conscientização sobre a importância da segurança dos doentes e da eficácia dos tratamentos.

Também como descrito por Ribeiro et al. (2008), existe uma justificação para a qualidade nos cuidados de saúde, e destaca: ordem social “existe cada vez maior exigência e expectativas por parte dos utentes”, profissional “desenvolvimento de boas práticas, valorização e satisfação dos prestadores de cuidados”, na ética, “exigência ao nível de formação e conhecimentos” e económica “exigência ao nível de formação e conhecimentos” (Ribeiro et al., 2008, p. 1).

Na década de sessenta do século XX, surge a preocupação com a qualidade na área da saúde relacionada com o aumento dos custos dos cuidados de saúde, requerendo uma avaliação da eficácia dos mesmos. A avaliação permite uma melhoria contínua, assim como uma maior efetividade. Para alcançar este objetivo, é necessária uma monitorização sistemática que pode ser alcançada pelas instituições de saúde, utilizando não só os sistemas de informação internos, mas também através de registos internacionais e nacionais de saúde.

Existem atualmente várias organizações, nomeadamente OCDE, OMS, SNS, OE, que dentro das suas prioridades, procuram contribuir para uma efetiva prestação de cuidados de qualidade nos sistemas de saúde.

A procura constante pela qualidade, na área da saúde, tem causado alterações nas instituições, assim como nos seus modelos de gestão. Reflete-se também nos profissionais de saúde, mais concretamente nos seus comportamentos, numa procura pela melhoria contínua com o objetivo de conseguir a excelência dos cuidados prestados ao doente.

Do ponto de vista de Pisco & biscaia (2001) e Ribeiro et al., (2017), a qualidade em saúde, é uma obrigação ética de todos os envolvidos nos cuidados de saúde. É uma condição essencial, contribuindo para a redução dos riscos evitáveis, para acesso aos cuidados com equidade e assim conseguir dar resposta às necessidades e expectativas dos cidadãos (Pisco & biscaia, 2001; Ribeiro et al., 2017).

A Organização Mundial da Saúde [OMS] (2006), identifica alguns componentes da qualidade nos serviços de saúde: **eficazes**, ao prestar todos os cuidados de saúde, baseado na evidência aos que necessitam; **seguros**, ao evitar, que as pessoas a quem os cuidados se destinam sejam prejudicadas; **centrados nas pessoas**, respeitando as suas necessidades e valores. No entanto os serviços de saúde, também têm que ser: **oportunos**, isto é, reduzir os tempos de espera; **equitativos**, não havendo diferença entre idade, sexo, raças, nacionalidade, condição socioeconómica, entre outros; **integrados**, prestando cuidados de forma coordenada entre toda a equipa multidisciplinar e **eficientes**, usufruindo de todos os benefícios, evitando o desperdício (OMS, 2006, p. 13). São várias as ações propostas pela OMS, para a melhoria dos cuidados prestados, dando particular relevo aos incentivos políticos para melhorar a qualidade, através da criação, aperfeiçoamento e execução de uma política

estratégica a nível dos diferentes países. Contudo o objetivo é o mesmo “melhorar a qualidade dos cuidados de saúde como ponto de acesso central para o reforço dos sistemas de saúde e, conseqüentemente, conseguir uma melhor saúde para as populações” (OMS, 2006, p. 5).

Com algumas incertezas, mas de uma forma continua e positiva, o desenvolvimento da qualidade em saúde em Portugal, tem avançado nos últimos anos. Nos finais da década de 80, e até aos finais dos anos 90, as Associações Regionais de Saúde [ARS] e sub-regiões, têm fomentado, diversas ações na área da qualidade. Também nesta altura, foi realizado a nível hospitalar “um grande investimento em formação em qualidade na saúde, na grande maioria dos casos, no quadro da atividade dos serviços e/ou departamentos de educação permanente” (Pisco & Biscaia, 2001, p. 45).

Em 1999, foram criadas duas estruturas no sistema da qualidade: o Conselho Nacional da Qualidade [CNQ], criado como órgão consultor do Ministério da Saúde [MS] e o Instituto da Qualidade em Saúde [IQS], que exerce a sua função a nível nacional. A respeito destas estruturas, Pisco & Biscaia (2001), ressaltam que:

“Entre as suas atribuições encontra-se a prestação de apoio técnico às instituições e profissionais de saúde, promover a investigação e o desenvolvimento de métodos, instrumentos e programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, assim como a promoção e o enquadramento da investigação e do desenvolvimento profissional contínuo” (Pisco & Biscaia, 2001, p. 45).

Como descrito, no Capítulo II sobre os direitos e deveres sociais da Constituição da República Portuguesa, artigo 64º relativamente à Saúde, ponto 1, estabelece que, “Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover” (Diário da República n.º 155/2005, p. 4652). Diz também no ponto nº 3, que o estado deve “assegurar o direito à protecção da saúde” garantindo “o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação (...) garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde (...) orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos” (Diário da República n.º 155/2005, p. 4652).

Como regulamentado no Decreto nº14/2012 de 26 de janeiro, a missão da Direção Geral de Saúde [DGS] (DGS, 2012), refere que tem como atribuição “(...), planear e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde (...), assim como “Promover e coordenar o desenvolvimento, implementação e avaliação de instrumentos, atividades e programas de segurança dos doentes e de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde” (DGS, 2012, p. 480-481).

Dando seguimento ao estipulado, a DGS, tem como uma das suas prioridades a

qualidade dos cuidados de saúde, tendo sido aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, e divulgada como Estratégia Nacional para a qualidade na saúde [ENQS] 2015-2020, “A qualidade em saúde, definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (Despacho n.º 5613/2015b, p. 13550).

Também através do Sistema Nacional de Saúde [SNS], o estado deve garantir a qualidade e segurança na saúde com uma das suas dimensões, para tal a atuação do SNS deve “ser pautado por vários princípios, sendo um deles o da qualidade, com base na evidência, realizados de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa” (Despacho n.º 9390/2021, p. 96), para tal “ as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (Despacho n.º 9390/2021, p. 96).

Inserida no Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral da Saúde [DGS], a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, tem como principal missão “(...) potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde” Despacho n.º 5613/2015b, p. 13552).

Sustenta também que:

“A qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados” (Despacho n.º 5613/2015b, p. 13550).

O Plano Nacional de Saúde [PNSD] 2021-2026, encontra-se alinhado com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS. Como principal objetivo, encontra-se a consolidação e a promoção e segurança na prestação de cuidados de saúde. Pode sofrer alterações durante o seu período de implementação, sendo por isso considerado um plano dinâmico. Tem na sua estrutura cinco pilares: Cultura de Segurança, Liderança e Governança, Comunicação, Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente e Práticas Seguras em Ambientes Seguros, onde estão ancorados catorze objetivos estratégicos (PNSD 2021-2016). No parecer da Ordem dos Enfermeiros [OE], “a segurança dos clientes deve ser a preocupação, o objetivo e a obrigação prática de todos os enfermeiros, com vista à proteção dos direitos dos clientes a cuidados seguros bem como da sua dignidade” (OE, 2010, p. 2).

Considerados um direito do Ser Humano, os cuidados de saúde, devem ser prestados atempadamente, tendo em consideração as particularidades de cada indivíduo, as melhores práticas de qualidade e segurança em saúde com base na mais recente evidência científica. No que respeita às instituições, é da sua responsabilidade, adequar as estruturas e gerir os recursos, favorecendo o exercício profissional de qualidade (Cabete, 2015). Como refere a OE (2001), “às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade” (OE, 2001, p. 7). Por outro lado, as Ordens profissionais da área da saúde são de grande importância na definição de padrões de qualidade, por um lado refletem a melhoria dos cuidados prestados aos cidadãos e também “pela necessidade de reflectir sobre o exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2001, p. 5).

Assim, segundo os estatutos da OE é da responsabilidade do CE definir os Padrões de Qualidade dos cuidados e zelar pelo seu acompanhamento (OE, 2001). A definição do enquadramento conceptual – saúde, pessoa, ambiente, cuidados de enfermagem - e dos seis enunciados descritivos – satisfação do cliente, a promoção da saúde, prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem- contribuindo para garantir a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes e a efetividade das ações de enfermagem (OE, 2001).

No que respeita aos cuidados especializados PSC, acrescem três competências relativas à área de especialidade — “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” e “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). De referir que este último acresce aos enunciados descritivos dos padrões de qualidade, uma vez que não se encontra definido para os outros Enfermeiros Especialistas.

O PIP, realizado durante o Estágio Final, enquadra-se no descritivo específico dos cuidados especializados em PSC, mais concretamente, na Prevenção e Controlo da Infeção Associados aos Cuidados, indo de encontro aos Projetos de Melhoria Contínua dos Cuidados de Enfermagem preconizados pela OE (2011a), com a finalidade principal promover uma cultura de excelência, segurança e eficiência nos cuidados de saúde, beneficiando os pacientes, os profissionais e as organizações de saúde como um todo.

A qualidade e segurança dos cuidados de saúde são aspetos interdependentes que requerem uma abordagem holística, envolvendo tanto a implementação de práticas clínicas eficazes quanto a criação de um ambiente seguro, centrado no paciente e orientado para a melhoria contínua. Segundo Pisco & Biscaia. (2001), “A melhoria contínua da qualidade na saúde é essencialmente num processo de mudança” (p. 50), de uma prática baseada na

experiência, para uma prática baseada na evidência científica, de uma melhoria baseada no desempenho profissional, para outra envolvendo os cidadãos, para uma melhoria contínua de cuidados partilhados no complexo processo de cuidados de saúde (Pisco et al., 2001).

Pereira (2021), no seu estudo “Eficácia clínica e prática baseada em evidências: avaliação de atitudes, competências e práticas”, conclui que existe “significância estatística entre as atitudes face à PBE e as práticas e os conhecimentos, capacidades e competências”, concluindo que “(..)um maior domínio sobre o conhecimento traduz-se na prestação de cuidados de maior qualidade” (Pereira, 2021, p. 30).

Também Camargo (2017) refere que “a utilização de pesquisas na prática é um dos elementos da prática baseada em evidências [PBE]” (Camargo, 2017, p. 3).

Segundo Larrabee (2011), os princípios da qualidade em saúde estão em concordância com o descrito anteriormente. Segunda a mesma a “definição de qualidade integra os princípios éticos de valor, beneficência, prudência e justiça e quando aplicada ao cuidado de saúde, pode-se inferir que a busca de uma assistência de alta qualidade ou excelente é uma obrigação ética tanto dos enfermeiros como de outros profissionais de saúde” (p.15).

Em relação ao paradigma de enfermagem que utiliza como conceitos, a pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem de forma holística, a prática baseada em evidências e o Modelo de Larrabee fornece ferramentas e diretrizes para integrar conhecimentos científicos, experiência clínica e prioridades ao paciente na prestação de cuidados de saúde seguros, eficazes e centrados no paciente. Em relação ao Modelo teórico de Meleis compartilham princípios fundamentais de centrar o cuidado na pessoa, considerar o contexto social e cultural, promover a autonomia e o autocuidado, e valorizar a interação terapêutica.

Modelo Teórico de Meleis destaca a importância das transições de papel, identidade e ambiente no contexto dos cuidados de saúde, fornecendo *insights* valiosos sobre como promover a qualidade e segurança dos cuidados durante essas transições. A sua integração na prática clínica exige uma abordagem multidisciplinar, foco no paciente e colaboração entre todos os envolvidos no processo de cuidado.

Integrar estes modelos pode enriquecer a prática de enfermagem, fornecendo uma abordagem holística, centrada no paciente e sensível ao contexto, pois desenvolver uma cultura da qualidade na saúde é uma realidade dinâmica e progressiva. É um desafio individual em que cada um tem que contribuir, e coletivamente, temos de assumir” (Pisco & Biscaia, 2001; Ribeiro et al., 2017).

#### **2.1.4 Evolução Histórica do Controlo da Infeção**

O controle da infeção tem sido um processo em constante evolução que se estende por

séculos, marcado por descobertas científicas, avanços tecnológicos e mudanças nas práticas médicas e de saúde pública.

Como descrito por Fontana (2006), existem referências ao controlo de infeção desde a Idade Média, havendo suposições de que existiria algo com o poder de transmitir doenças de um indivíduo para o outro.

Francastorius, em 1546 relata no seu livro “*De Contagione*,” a existência de corpúsculos denominados “sementes da moléstia (seminária prima)”, que ao circular de um corpo para o outro, direta ou através de objetos poderiam ser acusadores de infeção (Fontana, 2006).

Em 1847, Ignaz Semmelweiss, coloca a hipótese da transmissão de doença intra-hospitalar. Existia um aumento da incidência da infeção nas puérperas, quando tratadas por dois grupos profissionais diferentes, médicos e parteiras. A única diferença de procedimentos era que os médicos realizavam autópsias a puérperas mortas por infeção, imediatamente antes de assistirem às puérperas (Fontana, 2006). Constatou que existia contaminação das mãos, transmitidas pelos cadáveres observados.

Semmelweiss, teve uma importância relevante, uma vez que identificou o problema e procedeu á implementação de estratégias para a diminuição da incidência de infeção, uma vez que após a descoberta instituiu a lavagem das mãos a todos os médicos, enfermeiros, com solução clorada. (Fontana, 2006).

Foi, Anton Van Leeuwenhock, no séc. XIX identificou aos primeiros seres microscópicos ao examinar fluido orgânicos, através das suas lentes de aumento (Fontana, 2006).

Ainda no Séc. XIX, Florence Nightingale, iniciou na Guerra da Crimeia, em 1854, um trabalho com projeção notável na área do controle da infeção hospitalar. Adotou estratégias que permitiram reorganizar as condições locais “a limpeza e ventilação do ambiente, a troca de roupas de cama, a separação entre doentes e feridos, a higiene dos pacientes” (Kruse, 2006, p. 405). Através de dados estatísticos, conseguiu alertar gerais, o parlamento, e concretizar novas medidas. De realçar que conseguiu a diminuição da taxa de infeção/mortalidade de 47,2% para 2,2% dos soldados feridos (Fontana, 2006; Kruse, 2006).

Ainda no Séc. XIX, Joseph Lister, sustentando-se na pesquisa de Pasteur, que em 1867 com as suas experiências conseguiu eliminar microrganismos vivos, utilizando substâncias químicas, desenvolveu um uma pesquisa primordial no conceito de desinfeção cirúrgica da sala operatória e instrumentos cirúrgicos. Publicou um livro *The Antiseptic principle in the practice of surgery*, onde relata os seus estudos e a importância do ácido fénico na desinfeção da sala operatória e o ácido carbónico na desinfeção dos instrumentos cirúrgicos (Fontana, 2006).

Alexander Flemming, já no séc. XX, foi uma referência área da saúde, uma vez que é da sua autoria a descoberta da penicilina. Antibiótico revolucionário, uma vez que permitiu o combate das infeções bacterianas durante a Segunda Guerra Mundial. Posteriormente, e

devido ao uso excessivo apareceram os primeiros microrganismos resistentes bactérias Gram positivas, Staphylococcus aureus (Silveira et al., 2006; Bastos, 2010).

Em 1958, a American Hospital Association [AHA], nos EUA, reconhece a infeção nosocomial como um problema real, recomendando a criação de Comissões de Controle de Infeção [CCI], em todas as organizações hospitalares (Bastos, 2010). Na década seguinte, o uso maciço de antibióticos de largo espetro, quer na espécie Humana, quer nos animais, levou ao aumento da resistência de várias estirpes, levando a “um aumento exponencial das resistências de várias estirpes de microrganismos e com particular acuidade para as Pseudomonas e Enterobacteriáceas” (Bastos, 2010, p. 80).

Os programas de controle de infeção, surgem por indicação da A Joint Commission Accreditation of Hospital, em 1976, possibilitando assim às organizações hospitalares a acreditação. Devido a esse fato, em 1980, os enfermeiros passaram a integrar as comissões de infeção. Em 1986, o Centers for Disease Control and Prevention [CDC], recomenda a vigilância epidemiológica para todas as unidades, tendo especial atenção as unidades de elevado risco, nomeadamente unidades de cuidados intensivos, unidades cirúrgicas, unidades neo natologia (Bastos, 2010).

Surge pela primeira vez em Portugal, em 1930, pela DGS, a referência à Comissão de Infeção, com as primeiras diretrizes relacionadas com o uso adequado de vestuário e higienização das mãos (Bastos, 2010). Tendo sido criada a primeira CCI em 1978.

Liderado pela Dr.<sup>a</sup> Elaine Pina, entre 1988-1998, foi desenvolvido um projeto no âmbito da infeção cuja finalidade era, não só realizar estudos sobre as infeções nosocomiais nos hospitais, adequa-los ás realidades, assim como utilizá-los como indicador de qualidade. O projeto realizado, deu origem à criação em todos os hospitais públicos e privados de Comissões de Controle de Infeção (Bastos, 2010).

O Programa Nacional de Controlo de Infeção [PNCI], foi criado em 1999, com o propósito de conhecer a realidade das infeções nosocomiais, assim como as estratégias preventivas para as unidades de Saúde. Mais tarde, 2001, o PNCI foi incluído no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA], com a finalidade da monitorização e coordenação do programa epidemiológico a nível nacional. Após ter sido integrado no Plano Nacional de saúde 2004-2010, em 2006, existiu nova reorganização e foi integrado na Direção de Serviços da Qualidade Clínica da (DGS) (Bastos, 2010).

Mais recentemente, sediados nas Administrações regionais de Saúde [ARS], foram formados Grupos de Coordenadores Regionais de Prevenção e Controlo de Infeção com o objetivo de “promover uma maior colaboração e comunicação interinstitucional, numa perspetiva de junção de esforços, recursos e saberes nesta área, bem como de partilha de responsabilidade na segurança clínica e melhoria da qualidade dos cuidados” (Despacho n.º 2902/2013, p. 7179).

Por despacho Ministerial, nº 20729/2008, surge o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos [PNPRA]. Neste seguimento, e como “(...)”, existe evidência que Portugal é um dos países da união europeia com maior taxa de prevalência de infeções nosocomiais” (Despacho n.º 2902/2013, p. 7179), a “(...) Direção-Geral da Saúde desenvolve, como programa de saúde prioritário, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA], com caráter prioritário” (Despacho n.º 2902/2013, p. 7179).

A Fundação Calouste Gulbenkian, em parceria com o Ministério da Saúde e com o Insitute for Healthcare Improvement, em 2015, iniciou um projeto denominado «Desafio STOP Infeção Hospitalar», cujo compromisso era” mobilizar as instituições, os profissionais, e a sociedade, pretendendo reduzir em 3 anos, 50 % das infeções adquiridas em ambiente hospitalar, diminuindo a mortalidade, a morbilidade, os tempos de internamento e os custos globais” (Despacho n.º 2757/2017, p. 6154). Com a finalidade de alargar “os ganhos em saúde verificados nos estabelecimentos hospitalares já envolvidos neste projeto aos restantes estabelecimentos a nível nacional, importa assegurar uma crescente e sustentada sinergia entre este Projeto e o Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e das Resistências Antimicrobianas [PPCIRA], da Direção -Geral da Saúde”( Despacho n.º 2757/2017, p. 6154), foi por isso realizado um acordo entre a Direção Geral de Saúde e a Fundação Calouste Gulbenkian., como se demonstra no despacho anteriormente referenciado.

O Despacho n.º 10901/2022, recentemente criado, atualiza o PPCIRA, pela necessidade de melhorar os indicadores de saúde, e pelos resultados provocados pela pandemia COVID-19, de forma a poder dar resposta aos objetivos do Plano Nacional de Saúde 2021-2026 (PNSD, 2021-2026).

### **2.1.5 Infeções associadas aos Cuidados de Saúde**

Os Hospitais no passado, eram considerados insalubres e limitavam-se à prestação de cuidados mais numa visão Humanitária, do que numa visão Científica (DGS, 2007).

A incidência de infeções hospitalares na época medieval era elevada devido á prevalência de doenças epidémicas na comunidade, sobretudo pelas precárias condições de higiene. Os estudos pioneiros de Semmelweiss, Lister e Florence Nightingale foram primordiais no desenvolvimento da pesquisa sobre prevenção e controlo da infeção hospitalar, assim como o pensamento moderno relacionado com a prestação de cuidados de Saúde (DGS, 2007), passando a ser preocupação dos enfermeiros e restantes profissionais de saúde a partir da primeira metade do século XIX (Lima, 2008).

O conceito de infeção hospitalar, remonta ao período medieval, foi sofrendo alterações

devido á evolução da ciência, com aquisição de novos conhecimentos e alteração dos cuidados de saúde prestados ás pessoas. Primeiramente infeção hospitalar estava relacionado com a infeção adquirida ou transmitida no ambiente hospitalar (Lacerda & Egry, 1997).

Á posteriori, surge a definição de infeção nosocomial. Deriva do grego nosokomeon – nosos (doença) + Komeon (cuidar de), definida como “uma infeção adquirida no hospital por um doente internado cuja causa da admissão não é a infeção. Portanto, engloba a infeção que ocorre num doente internado num hospital ou noutra instituição de saúde, e que não estava presente, nem em incubação, à data da admissão” (Lecour, 2010 p. 19).

No entanto, o conceito, não englobava todas as unidades de cuidados de saúde(ambulatório), tendo sido modificado para Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde [IACS].

McKibben et al. (2015), descreve IACS, como sendo infeções resultantes de uma reação adversa decorrente da presença de um agente infeccioso ou uma toxina, que não se encontrava presente, nem em incubação quando da sua admissão hospitalar ou ambulatório, podendo esta infeção ser localizada ou sistémica.

Também a DGS (2007), se refere às IACS, como “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 atividade” (DGS, 2007, p. 4).

O conceito IACS abrange todas as unidades de saúde, sendo de extrema importância assegurar a comunicação e articulação entre elas para uma rápida identificação dos casos de infeção, controle e disseminação (DGS, 2007).

Com os cuidados de saúde modernos, foram grandes os ganhos para a saúde, tanto para os doentes como para os seus familiares. Aumentou o tempo de sobrevivência e a cura para doenças até então consideradas incuráveis. No entanto, existem riscos, um dos mais importantes a infeção. “As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) incluem-se hoje entre as complicações mais frequentes da hospitalização” (Pina, 2010, p. 28).

As IACS, representam um problema sério e real, podendo afetar a qualidade dos cuidados prestados. Podem ser causados por dois tipos de agentes infecciosos, os de origem endógena, como por exemplo a pele, o nariz, o trato intestinal, entre outros, e os de origem exógena, sendo o veículo mais frequente, as mãos dos profissionais de saúde (Graveto et al., 2017).

As IACS são responsáveis pelo aumento da mortalidade e morbilidade, pelo aumento do período de hospitalização devido ao agravamento da condição de saúde do utente, e, ainda, pelo acréscimo dos custos em saúde (Voidazan et al., 2020; Haque et al., 2018).

A prevenção eficaz das IACS requer uma abordagem multifacetada que envolva todos os membros da equipe de saúde, pacientes e cuidadores. O cumprimento rigoroso das práticas de prevenção é essencial para garantir um ambiente seguro para a prestação de cuidados de

saúde.

Em todos os momentos da prestação de cuidados, pode existir riscos de transmissão de doença, especialmente se forem doentes imunocomprometidos e/ou com dispositivos invasivos. Na transmissão cruzada de IACS, podemos referir a sobrelotação, a transferência de doentes entre serviços ou para outras unidades de saúde, doentes críticos entre outros (Pina, 2010).

Cardoso (2015), refere também que devido ao aumento da média de vida, a novas tecnologias cada vez mais invasivas, terapêutica imunossupressora em maior número, tornam as IACS um problema de saúde pública cada vez de maior importância.

Centenas de milhares de pessoas, são atualmente afetadas, por infeções associadas aos cuidados de saúde, muitas delas evitáveis. Existem várias causas associadas às IACS, muitas vezes interligadas entre si, como por exemplo, políticas de saúde, infraestruturas, comportamentos dos profissionais, muitas vezes por falta de conhecimento ou de má prática, entre outros.

Segundo Graveto (2017), na Europa 16 milhões de dias extra a nível de internamento hospitalar, são devido a IACS, a variação média por paciente é de 5 a 29,5 dias. No que diz respeito à mortalidade, são atribuídas diretamente às IACS, 37 mil óbitos, além de 110 mil adicionais, anualmente. Outro aspeto a considerar são as perdas económicas, segundo o mesmo autor estima-se que sejam 7 biliões de euros em custos apenas diretos.

De acordo com dados do ECDC, 3,5 milhões de casos de Infeções Relacionadas à Assistência à Saúde [IRAS] na União Europeia e no Espaço Económico Europeu (UE/EEE) são registados, por ano levando a mais de 90 mil mortes. As IACS constituem 71% dos casos de infeções por bactérias resistentes aos antibióticos, incluindo bactérias resistentes a antibióticos de último recurso, como os Enterobacterales resistentes aos carbapenêmicos. Estima-se que até 50% das IACS sejam evitáveis. A aplicação de medidas de prevenção e controlo de infeção em ambientes de saúde é essencial para a prevenção de IRAS (ECDC, 2017).

Também o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2018), refere que, organizações como OMS, CDC e o ECDC, consideram que a nível mundial, pelo menos 10 % dos doentes internados são devido a infeções adquiridas no internamento, contribuindo para o aumento da morbilidade, mortalidade e gastos económicos (OPSS, 2018).

De acordo com o referido pela DGS (2015), “A taxa de infeção hospitalar em Portugal é mais elevada do que a média europeia” (Despacho n.º 1400-A/2015c, p.3882- (10) e Portugal apresenta uma taxa elevada de resistência bacteriana aos antimicrobianos segundo dados de vigilância epidemiológica da European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Como descrito, no referido despacho, os dados apresentados nos Planos de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança para 2015, verifica-se, em 2014, uma percentagem

média nacional de doentes com colonização ou infeção por microrganismo problema ou alerta de cerca de 1,3%. Perante a situação um dos objetivos estratégicos regulamentados no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, visa prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. Para isso o programa elaborado tem como prioridade “a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos” (Despacho n.º 1400-A/2015c, p. 3882-(10)). Como estratégia específica, destaca-se “informação/educação dos profissionais e cidadãos, a vigilância epidemiológica das infeções, da resistência aos antimicrobianos e do consumo de antibióticos e a normalização das estruturas e dos procedimentos e práticas clínicas” (Despacho n.º 1400-A/2015b, p.3882-(10)).

O impacto das IACS, tem repercussões a longo prazo, a nível económico, nas instituições de saúde, na resistência microbiana, nos pacientes e nos seus familiares. Ao referir os custos económicos provocados pelas IACS, não se pode deixar de referir o impacto no individuo e familiares, uma vez que aos longos internamentos, se seguem a perda de rendimentos e o bem-estar físico e emocional pessoal e familiar (Graveto, 2017).

Em Portugal, tem existido um impacto à resistência aos antimicrobianos, apesar dos esforços, tanto na prevenção, controlo e de políticas de utilização de antimicrobianos (DGS, 2023).

Denomina-se resistência aos antimicrobianos, á capacidade, que um microrganismo desenvolve, resistindo à ação de um ou vários medicamentos, podendo causar danos graves nos doentes. Essa resistência é um fenómeno de adaptação ao ambiente, no entanto o uso de forma inapropriada de antimicrobianos pode causar situações de multiresistência.

Devido ao impacto da resistência aos antimicrobianos, foi necessário reforçar estratégias para evitar a disseminação de EPC e SAMR nos cuidados de saúde, em particular nos cuidados hospitalares, e diminuir o impacto destes agentes no doente individual (DGS, 2023).

Perante a situação a DGS, elaborou uma norma com o objetivo” uniformizar práticas a nível nacional, agilizar o processo de avaliação de risco de EPC e SAMR e facilitar a tomada de decisão perante os resultados dos testes de rastreio” (DGS, 2023, p. 9).

Se por um lado com o Programa, de Prevenção e Controlo das IACS e das RAM, pretende reduzir a emergência de resistências aos antimicrobianos, por outro lado, a promoção de boas práticas, emissão de normas e a vigilância Epidemiológica são outras das estratégias (DGS, 2018).

A abordagem epidemiológica da infeção hospitalar é fundamental para compreender, prevenir e controlar a propagação de infeções dentro de ambientes de saúde. A vigilância epidemiológica é crucial para identificar, avaliar e direcionar medidas de prevenção. O trabalho colaborativo entre epidemiologistas, profissionais de saúde e gestores hospitalares é

fundamental para mitigar o impacto das IACS e contribuir para uma melhor qualidade assistencial e redução dos custos associados à prestação de cuidados de saúde.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desempenha um papel fulcral na prevenção e controlo de infeções. Apresenta competências específicas que lhe permitem, elaborar planos de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos assim como liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, particularmente das IACS (OE, 2018).

“O mais importante já existe – profissionais de saúde com enorme resiliência e militância, dedicados e empenhados em dar o seu melhor no dia-a-dia em prol da prestação de cuidados de elevada qualidade e segurança” (OPSS, 2018, p. 61).

## 2.2 METODOLOGIA DE PROJETO

A Metodologia de Projeto em Enfermagem “(...) baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua redução” (Ruivo et al., 2010, p. 2). Ao utilizar a Metodologia de Projeto em Enfermagem na realização do presente documento, permite-nos a resolução de problemas reais, constitui “(...) uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática” (Ruivo et al., 2010, p. 3).

### 2.2.1 Diagnóstico da Situação

O diagnóstico da situação faz parte da primeira fase da Metodologia de Projeto, permite-nos “(...) elaborar um modelo descrito da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo et al., 2010, p. 10).

Nesta etapa, em consonância com abordagem de Larrabee, para diagnosticar a situação de um projeto, envolve uma análise abrangente de todos os aspetos relevantes, identificação de problemas, riscos e oportunidades de melhoria, desenvolvendo recomendações para alcançar os objetivos do projeto.

Na perspetiva de Meleis sobre o diagnóstico da situação, é importante compreender a cultura organizacional, isto é incluir fatores como valores organizacionais, normas de comunicação e estilo de liderança, que influenciam a dinâmica do projeto; reconhecer a importância das transições de papéis dentro da equipa e como essas transições podem afetar a dinâmica e o desempenho; assim como promover uma aprendizagem contínua, incentivar a colaboração e a flexibilidade e estar preparado para ajustar planos e estratégias conforme necessário.

Ruivo et al. (2010), diz-nos também que o “o diagnóstico da situação é dinâmico, no qual a caracterização da situação é contínua, permanente e com atualizações constantes”. Existem várias ferramentas que podem ser utilizadas para um correto diagnóstico: a entrevista, o questionário e a análise Swot.

Em todos os métodos a observação é essencial, e está implícita (Ruivo et al., 2010).

As primeiras semanas do estágio final no serviço de urgência, foram essenciais para conhecer a equipa, o espaço físico, a dinâmica do serviço. As entrevistas não estruturadas, com os elementos da equipa, o Enfº Gestor e Enfª Supervisora foram fulcrais para fazer um diagnóstico da situação e delinear estratégias para a melhoria dos cuidados prestados.

O questionário elaborado, aos Enfermeiros do Serviço de Urgência, permitiu através das respostas dadas, retirar elações sobre o problema e as necessidades identificadas. (Apêndice III).

Com a finalidade de justificar as atividades realizadas, recorremos a uma ferramenta muito utilizada em investigação: A análise SWOT (Tabela 1). A análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), oferece uma visão geral das principais forças, fraquezas, oportunidades e ameaças enfrentadas. As informações obtidas são uteis para desenvolver estratégias que dão ênfase às forças e oportunidades e por outro lado, contribuem para mitigar as suas fraquezas. Essas estratégias podem ser uma oportunidade de crescimento e de redução de riscos perante ameaças potenciais.

**Tabela 1** Analise SWOT

	Fatores positivos	Fatores negativos
Fatores internos	S (Forças)	W (fraquezas)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interesse da Enfª Supervisora Clínica, Enfº Gestor;</li> <li>• Interesse dos elos de ligação à UL-PPCIRA;</li> <li>• Inexistência de IT sobre o tema ;</li> <li>• Uniformização da linguagem padronizada em enfermagem;</li> <li>• Sem custos inerentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta rotatividades de doentes no Serviço de Urgência;</li> <li>• Sobrelotação e afluência de doentes;</li> <li>• Rácio Enfª/Doente desadequado;</li> <li>• Resistência à mudança por parte de alguns profissionais.</li> </ul>
Fatores externos	O (Oportunidades)	T (Ameaças)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoria da qualidade e eficiência dos cuidados prestados;</li> <li>• Formação em serviço;</li> <li>• Elaboração de IT sobre o tema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenção de Enfermagem que depende em várias etapas da colaboração de outros profissionais;</li> <li>• Dificuldade na interpretação do fluxograma.</li> </ul>

Fonte - Autora do trabalho (2024)

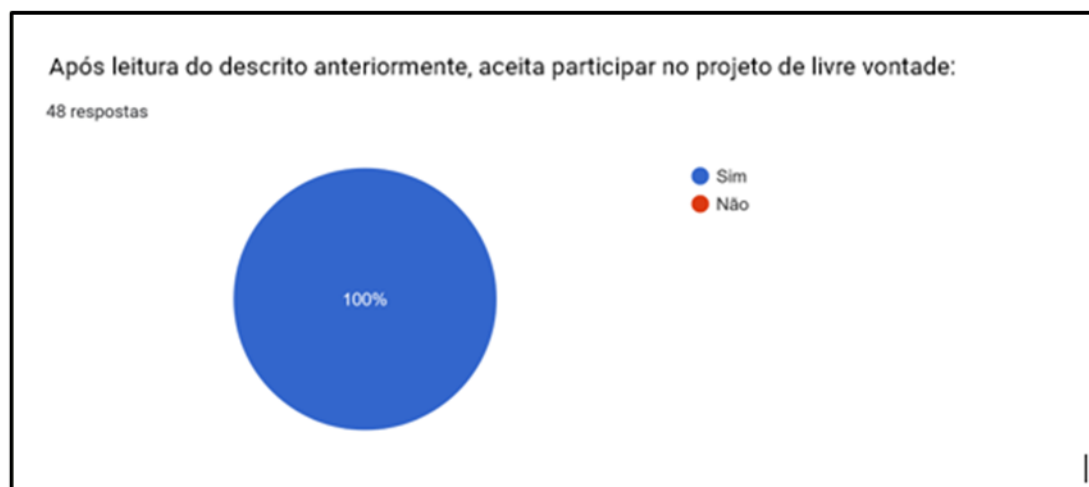
Considerações éticas são fundamentais em qualquer contexto que envolva o anonimato, consentimento informado e obtenção de dados, especialmente em áreas como pesquisa de evidência científica, práticas clínicas e recolha de informações pessoais. Por essa razão, pedimos autorização ao Concelho de Administração e Comissão de Ética, para a realização do projeto (Anexo I). Posteriormente, e antes da realização do questionário foi colocado á disposição dos Enfermeiros do Serviço de Urgência o Consentimento informado e esclarecido. Tínhamos como objetivos fornecer informações claras e compreensíveis sobre os objetivos, da participação no estudo e recolha de dados, garantir que os participantes tivessem liberdade para consentir ou recusar participar, sem coerção ou pressão e por fim certificarmo-nos que os participantes compreendiam completamente as informações fornecidas podendo tomar uma decisão informada sobre a participação (Apêndice IV).

O questionário elaborado, foi dividido em três partes: Caracterização Sociodemográfica, Habilitações Académicas e Profissionais e Pertinência do tema. Foi disponibilizado na plataforma Google Forms e dirigido aos Enfermeiros que trabalham atualmente no Serviço de Urgência. A Google Forms é uma plataforma digital e permite a realização do questionário *online* com algumas vantagens: enviar via e-mail, ou através de um link e assim todos poderão aceder e responder em qualquer lugar, agilizar a recolha de dados e sua análise, facilitando deste modo o processo de pesquisa (Mota, 2019).

O período compreendido entre 15 a 23 de outubro de 2023, foi o acordado para a realização deste questionário.

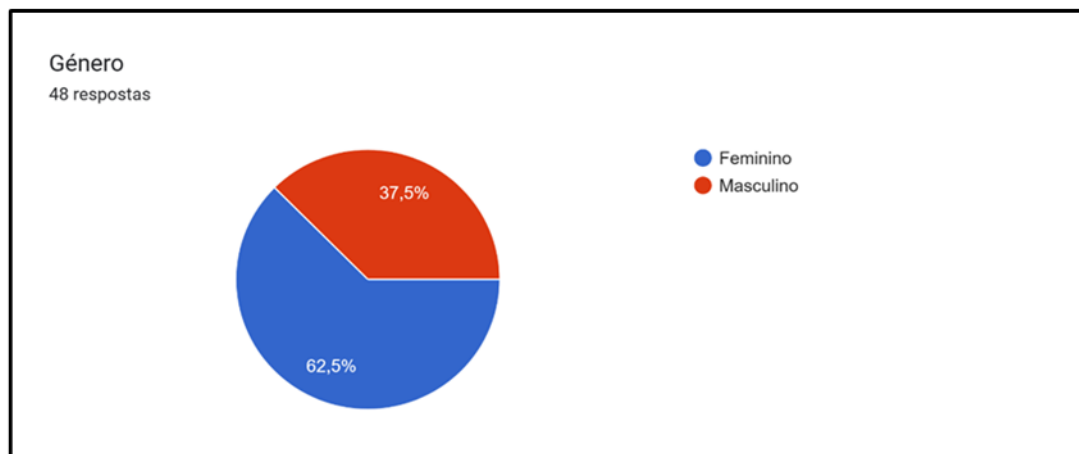
Dos 63 enfermeiros que fazem parte da equipa do Serviço de Urgência, 48 acederam participar neste projeto. Sendo de 100% o Consentimento informado e esclarecido para a amostra (n = 48) (Gráfico 1).

**Gráfico 1** - Caracterização da amostra que participou no questionário



Em relação á primeira parte do questionário, caracterização sociodemográfica, podemos referir que é uma equipa maioritariamente masculina com (62,5%) e com (37,5%) de elementos do sexo feminino (Gráfico 2).

**Gráfico 2** - Caracterização da amostra quanto ao género

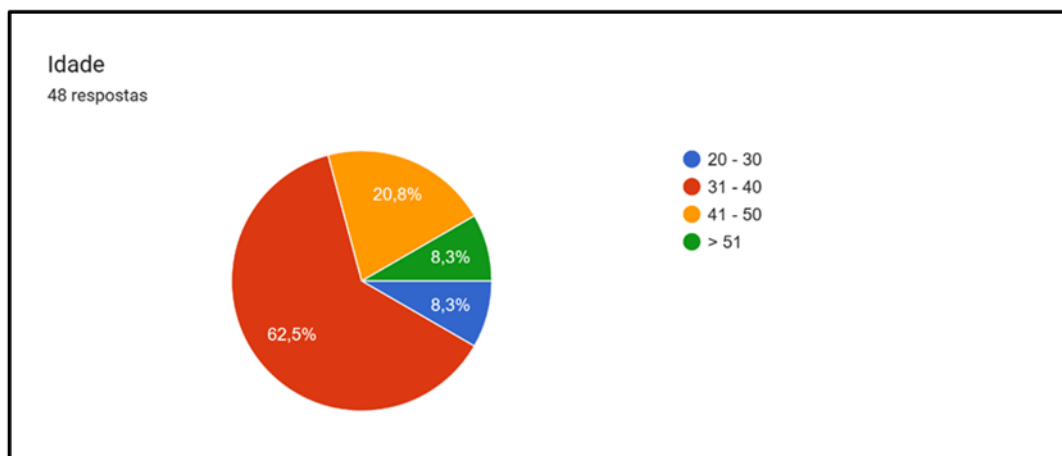


Fonte: Google Forms. Elaboração própria.

Relativamente á idade, constatamos que é uma equipa jovem, 62,5% dos enfermeiros têm idade compreendida entre 31 - 40 anos (n=30).

Podemos também referir que o grupo etário, dos elementos mais novos 20 -30 anos, tem igual percentagem (8,3%), ao grupo etário dos elementos com mais idade, (> 51 anos) (Gráfico 3).

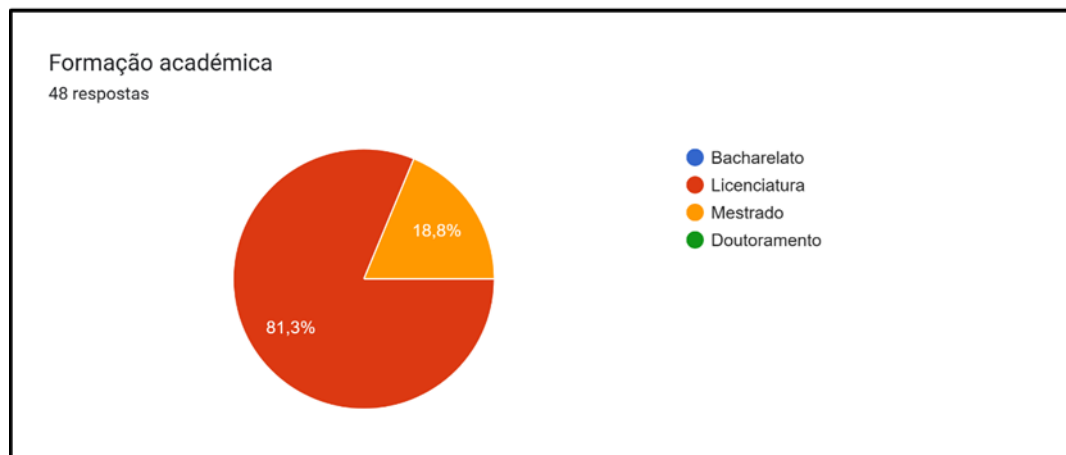
**Gráfico 3** - Caracterização da amostra quanto à idade



Fonte: Google Forms. Elaboração própria.

Ao analisar o Gráfico 4, relativo às habilitações académicas, podemos verificar que 81,3% (n = 39) são licenciados, mas apenas 18,8% (n = 9) possui uma especialidade com mestrado integrado (Gráfico 4).

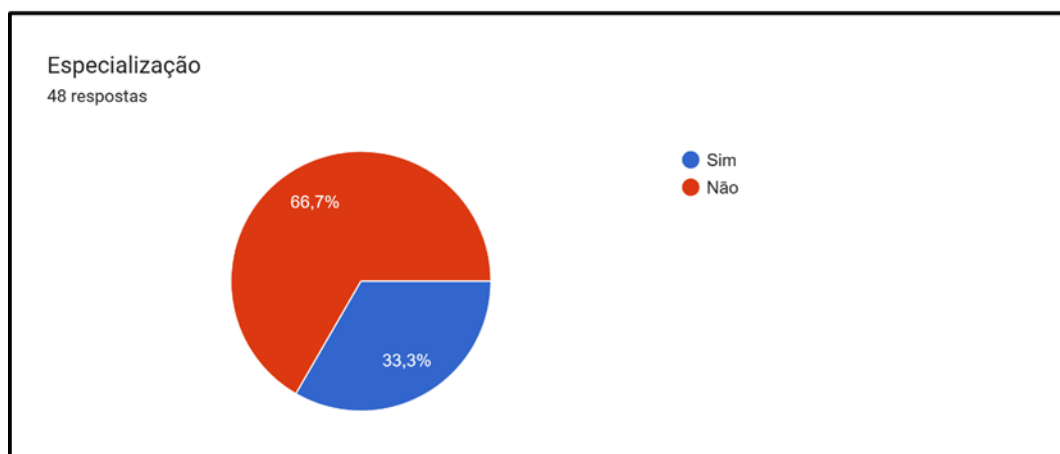
**Gráfico 4 - Caracterização da amostra quanto às habilitações académicas**



Fonte: Google Forms. Elaboração própria

Quanto á detenção de especialidade, observa-se que a maioria dos enfermeiros que trabalha no Serviço de Urgência 66,7% (n = 32), não tem curso de especialização, e 33,3% (n = 16) tem uma especialidade (Gráfico 5).

**Gráfico 5 - Caracterização da amostra quanto às habilitações profissionais**



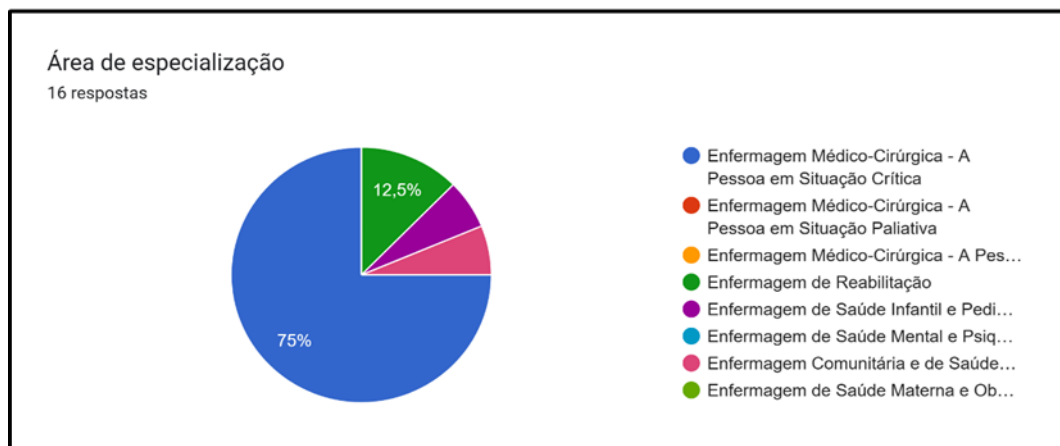
Fonte: Google Forms. Elaboração própria

Como se observa no Gráfico 6, no que concerne a área de Especialização, 75% dos enfermeiros detém a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A pessoa em Situação Crítica.

Apenas 2 enfermeiros possuem Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, 1 em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e 1 em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

Ter Enfermeiros com Especialização em Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência é uma garantia que indivíduos em estado crítico recebam cuidados especializados e de alta qualidade. A sua presença ajuda a melhorar os resultados dos doentes e garantir um ambiente seguro e eficaz.

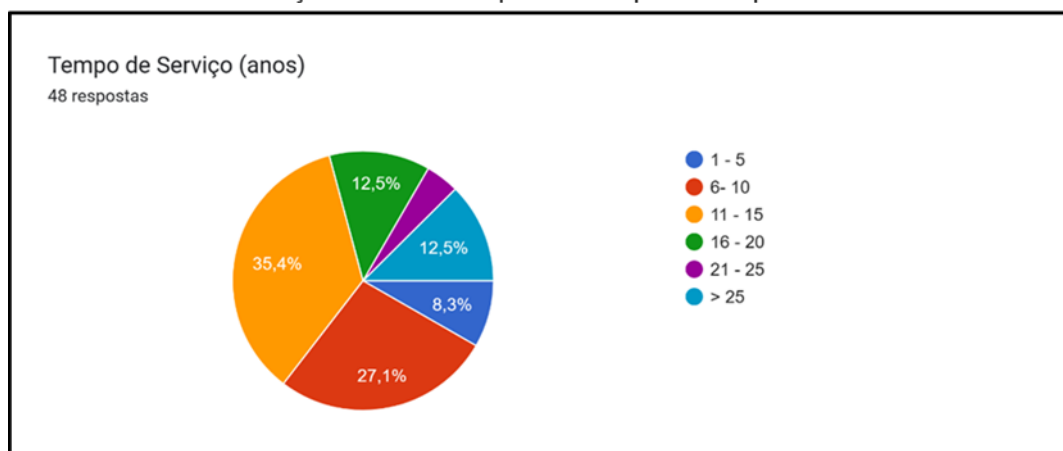
**Gráfico 6 - Caracterização da amostra quanto á área de especialização**



Fonte: Google Forms. Elaboração própria.

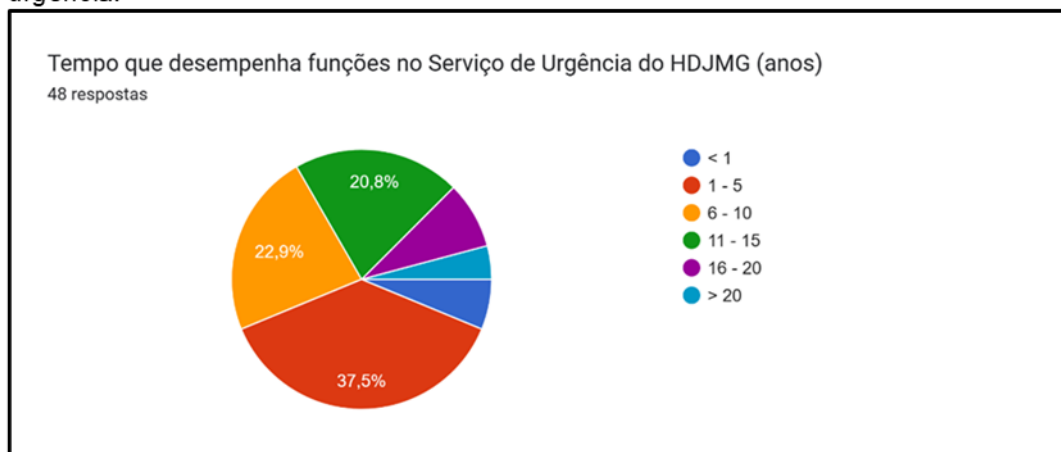
Sobre a caracterização da equipa de Enfermagem, relacionado com a experiência profissional em tempo de serviço (Gráfico 7) e experiência profissional em funções no Serviço de Urgência (Gráfico 8), verifica-se algum equilíbrio, predominando ligeiramente os enfermeiros com experiência de 1 a 5 anos (37,5%). É importante considerar o nível de experiência dos enfermeiros, já que isso pode influenciar as suas habilidades e desempenho no serviço de urgência, uma equipa equilibrada e bem preparada é essencial para lidar com a diversidade de emergências que ocorrem neste serviço.

**Gráfico 7 - Caracterização da amostra quanto á experiência profissional**



Fonte: Google Forms. Elaboração própria.

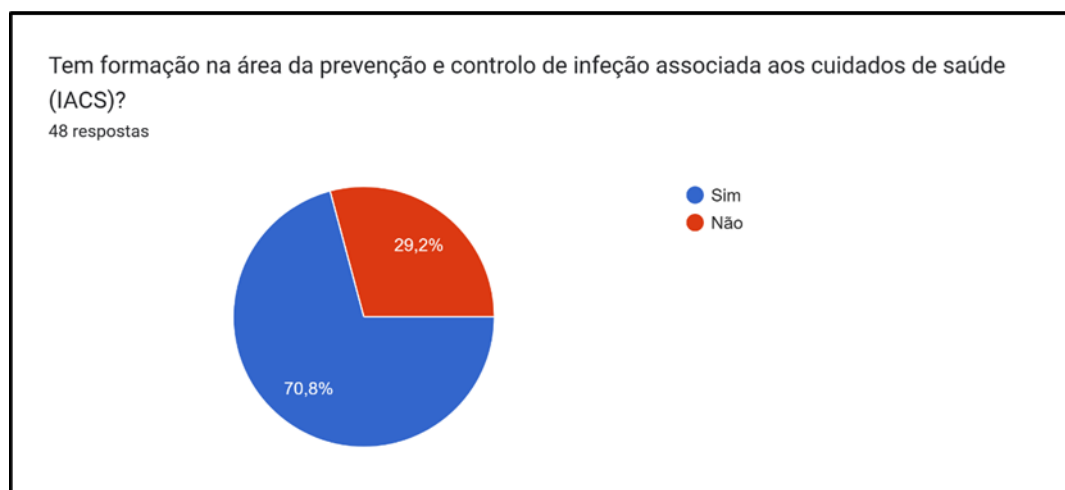
**Gráfico 8** - Caracterização da amostra quanto à experiência profissional no serviço de urgência.



Fonte: Google Forms. Elaboração própria

Relativamente à terceira parte do questionário que diz respeito à pertinência do tema em estudo, verificamos que em relação à primeira questão sobre a formação na área das IACS, 70,8% (n=34) dos enfermeiros respondeu que tem algum tipo de formação nesta área. Em sentido inverso, 29,2% (n=14) afirmou não ter formação na área das IACS (Gráfico 9).

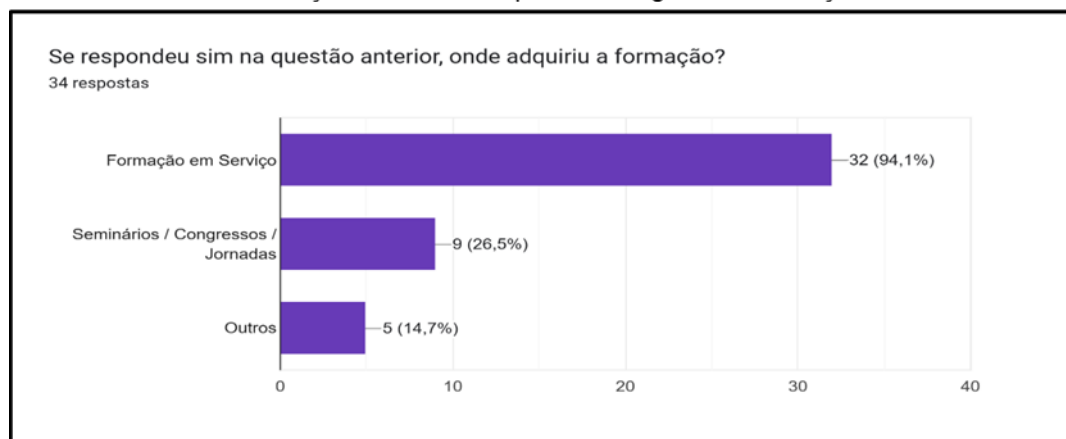
**Gráfico 9** - Caracterização da amostra quanto à formação na área das IACS



Fonte: Google Forms. Elaboração própria.

A formação na área das IACS representada no Gráfico 10, mostra que 94,1% dos inquiridos (n=32), foi obtida através da formação em serviço, 26,5% foi adquirida em Seminários / Congressos / Jornadas e apenas 14,7% (n=5) foi em outros momentos não especificados.

**Gráfico 10 - Caracterização da amostra quanto á origem da formação na área das IACS**



Fonte: Google Forms. Elaboração própria

O PQ-08-UL-PPCIRA em vigor no Hospital, é um Procedimento de Qualidade sobre a Vigilância ativa – Rastreo de Microrganismos multirresistentes na admissão e internamento – Enterobacterales produtoras de Carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus Aureus resistente a Meticilina (MRSA).

Das respostas obtidas, 54,2 % não conhece o procedimento descrito neste PQ (Gráfico 11).

**Gráfico 11 - Caracterização da amostra quanto ao conhecimento da PQ-08-UL-PPCIRA**



Fonte: Google Forms. Elaboração própria

Relativamente á importância da elaboração de uma Instrução de Trabalho para operacionalizar o PQ, referido na questão anterior, 95,8% (n =46), responderam que era importante. Duas pessoas referiram que não consideravam importante (Gráfico 12).

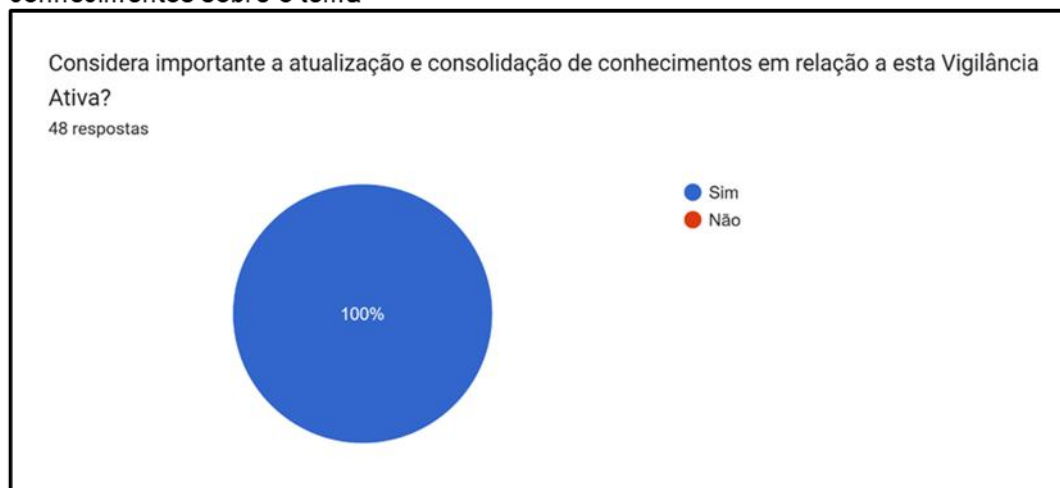
**Gráfico 12** - Caracterização da amostra quanto á importância da elaboração de uma instrução de trabalho



Fonte: Google Forms. Elaboração própria

No gráfico 13, temos representado 100% das respostas positivas, quando perguntado se consideravam importante a atualização sobre a temática.

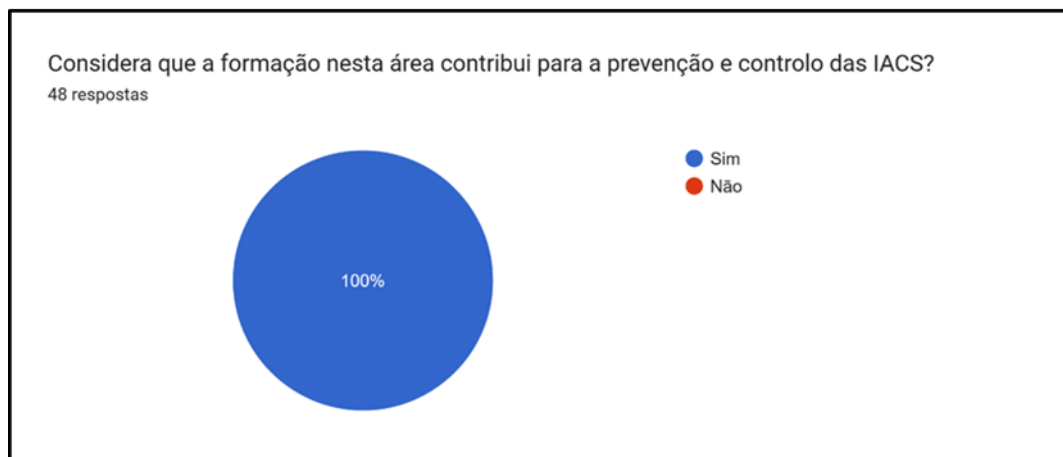
**Gráfico 13** - Caracterização da amostra quanto á importância da atualização de conhecimentos sobre o tema



Fonte: Google Forms. Elaboração própria.

Todos os Enfermeiros que responderam ao questionário, tiveram opinião positiva quanto á importância da formação para a prevenção e controle das IACS, 100% das respostas foi favorável, (Gráfico 14).

**Gráfico 14** - Caracterização da amostra quanto á importância da formação para a prevenção e controlo das IACS



Fonte: Google Forms. Elaboração própria.

Após a utilização das ferramentas para o diagnóstico da situação, observação, entrevistas não estruturadas, análise *Swot* e questionário, foram analisados e foi feita a interpretação dos mesmos. Concluimos que a formação sobre a temática e a existência de uma Instrução de trabalho seriam de grande importância para o serviço, no sentido de uniformizar os procedimentos e Intervenções de Enfermagem entre a equipa.

### 2.2.2 Definição de Objetivos

Delinear objetivos é fundamental em qualquer projeto, pois fornece uma direção clara e define o que se pretende alcançar. Ao ter metas claras, as equipas sabem exatamente para o que estão a trabalhar e como alcançar, evita-se assim dispersão de energia em atividades irrelevantes. Objetivos bem definidos facilitam a tomada de decisões, ajudam a priorizar tarefas e alocar recursos de forma eficaz. Estabelecer objetivos também estimula a procura pela melhoria contínua. Ao definir metas desafiadoras, as equipas são incentivadas a procurar melhorar os seus processos e alcançar resultados ainda melhores.

“Os objetivos apontam os resultados que se pretendem alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico” (Ruivo et al., 2010, p. 18). Baseando-nos no diagnóstico da situação, os objetivos delineados foram os seguintes:

**Objetivo geral:**

- Dar a conhecer a norma 004/2023 da DGS sobre “Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) na Admissão Hospitalar e durante o Internamento “.

**Objetivos específicos:**

- Aprofundar conhecimentos sobre a temática;
- Apresentar uma proposta de Instrução de Trabalho sobre o Rastreio de EPC e MRSA no Serviço de Urgência;
- Uniformizar procedimentos;
- Realizar formação em serviço sobre “Desafio na Prevenção e Controlo da Infeção num Serviço de Urgência - Rastreio de EPC e MRSA “e divulgação dos instrumentos elaborados ao longo do estágio sobre a temática.

### **2.2.3 Planeamento e Execução**

O planeamento e execução de um projeto na área da saúde são fundamentais para melhorar a eficácia dos serviços de saúde, assim como alcançar os melhores resultados para os doentes.

Antes de iniciar o planeamento do projeto, é essencial identificar necessidades específicas e estabelecer objetivos claros e mensuráveis para o projeto, que estejam de acordo com as necessidades identificadas.

A pertinência da intervenção proposta, surge ao constatar que a transmissão de infeções, denominadas IACS, estão muitas vezes relacionadas com a prestação de cuidados.

São necessárias medidas de prevenção e para isso, a identificação do problema e a alteração de práticas de risco, por parte dos enfermeiros, assim como de outros profissionais de saúde, são essenciais para minimizar riscos e prevenir a infeção.

No que diz respeito ao rastreio de EPC (Enterococos resistentes à vancomicina) e MRSA (Staphylococcus aureus resistente à meticilina) é uma prática importante em ambientes de saúde. São microrganismos causadores de infeções graves e difíceis de tratar. O rastreio permite identificar precocemente e isolar portadores, contribuindo para prevenir a disseminação de infeções hospitalares.

As atividades, meios e estratégias são parte integrante do planeamento (Ruivo et al., 2010, p. 20). As estratégias utilizadas para garantir a sustentabilidade das intervenções propostas devem descrever as atividades específicas a serem realizadas, os recursos necessários, o cronograma e as responsabilidades de cada membro da equipa. Deve ser um

plano de ação flexível o suficiente para se adaptar a mudanças e desafios durante o projeto.

A etapa de execução “materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado” (Ruivo et al., 2010, p. 23).

Esta etapa tem como objetivo colocar em prática o que foi planeado. Se ocorrerem alterações ao planeado “(...) estas devem ser estudadas e deverão ser colocadas em prática medidas de recuperação para que os objetivos do projeto não se encontrem comprometidos” (Ruivo et al., 2010, p. 23).

Tendo como meta, alcançar os objetivos propostos inicialmente, foram delineadas atividades, assim como estratégias a adotar. Foram também definidos indicadores de avaliação para cada um dos objetivos definidos, que serão objeto de avaliação no capítulo seguinte. O cronograma elaborado, apresenta as atividades desenvolvidas e o respetivo espaço temporal (Apêndice V).

O planeamento e a execução são duas etapas que se complementam e estão interligadas entre si. Ao analisar o modelo de Larrabee (2011), podem-se encontrar semelhanças nas etapas 2, 3 e 4. Isto é, na pesquisa da melhor Evidência, na sua análise crítica e por fim identificação de recursos necessários para delinear as estratégias para a implementação do projeto.

Seguem-se os objetivos específicos planeados e as atividades e estratégias propostas para os atingir.

### **Objetivo - Aprofundar conhecimentos sobre a temática**

#### **Atividades e estratégias planeadas**

Para aprofundar os conhecimentos sobre a temática “Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento”, acedemos a bases de dados para identificar a melhor evidência científica, para posterior realização de uma *Scoping Review*.

Consulta de diretrizes de organismos oficiais sobre o tema: DGS, PPCIRA, OMS.

Realizámos a pesquisa bibliográfica recorrendo a diferentes bases de dados pois possibilitaram-nos o acesso a uma vasta quantidade de literatura científica em saúde, para encontrar artigos científicos relevantes e informações que nos ajudaram, a sintetizar evidências e desenvolver novas ideias. Ajudaram a desenvolver hipóteses e a pergunta de pesquisa para a investigação que pretendíamos realizar. Foram ferramentas essenciais para a investigação e para a realização da *Scoping Review* que nos propusemos elaborar.

A questão de investigação formulada para este trabalho: “O rastreio de MRSA e EPC no momento da admissão do doente (Serviço de Urgência) contribui para o controle e prevenção da infeção em contexto hospitalar?”, foi realizada utilizando a metodologia de desenho de

Joanna Briggs Institute [JBI] e o mneumônico PCC (Participantes [P], Conceito[C], Contexto[C]) representado na tabela que se segue (Tabela nº 2).

**Tabela nº 2** - PCC para elaboração da questão de investigação

P	Participantes	Quem foi estudado?	Doentes admitidos no Serviço de Urgência
C	Conceito	O que foi realizado?	Considerados os estudos que exploram Rastreio MRSA e EPC
C	Contexto Comparações	Onde?	Serviço de Urgência

**Fonte** - elaborada pelo próprio

Para a pesquisa da melhor evidência científica acedemos à plataforma EBSCOhost com recurso às bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, Cochrane Clinical Answers, procurando dar resposta à questão enunciada. A Pubmed, foi outra base de dados utilizada para pesquisa, utilizamos os operadores booleanos AND e OR organizados da seguinte forma: (((Hospital Infection Control Program[MeSH Terms]) AND (cross infection[MeSH Terms])) AND (Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus[MeSH Terms])) OR (Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae[MeSH Terms]) AND (Emergency Service, Hospital[MeSH Terms]).

Foram utilizados os descritores em ciências da saúde MeSH e DeSC, com as seguintes palavras chave: Hospital Infection Control Program, cross infection, Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus, Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae, Emergency Service, Hospital.

Na seleção dos artigos a analisar foram definidos critérios de inclusão e exclusão.

Como critérios de inclusão foram definidos artigos publicados nos últimos cinco anos (2018-2023), estudos realizados em Serviços de Urgência de unidades hospitalares, idioma de publicação em Português, Inglês. Como critérios de exclusão, definiram-se os seguintes: artigos de opinião e noticiosos; artigos que descrevessem estudos que não tivessem sido desenvolvidos em Serviços de Urgência hospitalar; idioma de publicação não enquadrado nos mencionados anteriormente; artigos não disponíveis gratuitamente; artigos não disponíveis em *Full Text* nas bases de dados pesquisadas. Da pesquisa resultaram 12 artigos, dos quais 3 foram excluídos, pela leitura do resumo por não terem interesse para o tema em estudo e 1 por não referir a metodologia utilizada. Ficaram para análise 8 artigos.

O processo de seleção seguiu os princípios do modelo PRISMA (Apêndice VI).

Foi realizada uma avaliação crítica dos estudos selecionados para determinar a sua qualidade metodológica. Para tal, recorreu-se a uma organização internacional que se dedica à pesquisa em cuidados de saúde, Joanna Briggs Institute (JBI).

Aplicou-se a classificação Joanna Briggs Institute (JBI), *Levels of Evidence* (relativamente à Eficácia), e a tabela do *JBI Grades Recommendation*, tendo todos os artigos classificados como *Strong*, conforme o representado na Síntese da evidência encontrada (Apêndice VII).

Como conclusão, pode-se dizer, que é de grande importância adotar medidas preventivas. A higienização das mãos, o isolamento de contato, o uso responsável dos antibióticos, a formação de profissionais de saúde, o ambiente em que o doente se encontra assim como os fatores de risco são exemplo dessas medidas. Aliado aos critérios referidos, o rastreio permite identificar indivíduos colonizados permitindo a implementação de precauções de contato e outras medidas de controle de infeção para evitar a disseminação (Alexandre, 2023)

“Os programas de prevenção e medidas de controlo de infeção, assim como a implementação de sistemas de vigilância automatizados, são considerados eficazes na diminuição da taxa de incidência das IACS e consequentemente na redução dos custos associados a estas infeções” (Gonçalves et al, 2022, p. 12).

#### **Indicadores de avaliação:**

- Fazer a síntese da informação;
- Elaboração de um artigo científico.

#### **Objetivo - Apresentar uma proposta de Instrução de Trabalho sobre o Rastreio de EPC e MRSA no Serviço de Urgência.**

#### **Atividades e estratégias planeadas**

- Reunião com a Enfermeira Supervisora Clínica, Enfermeiro Gestor e Docente Orientadora;
- Pesquisa da melhor evidência científica nas diferentes bases de dados científicas sobre Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (MRSA);
- Elaboração de uma *Scoping Review* sobre Importância do rastreio na Vigilância ativa de MRSA e EPC no Serviço de Urgência;
- Elaboração da proposta de Instrução de Trabalho (IT) para o Serviço de Urgência:

“Rastreio de microrganismos multirresistentes na admissão e durante o internamento - *Enterobacterales* produtores de *Carbapenemases* (EPC) e de *Staphylococcus aureus*

resistente a meticilina (MRSA)”.

▪ Apresentação da proposta de IT aos Enf<sup>os</sup> do Serviço de Urgência e discussão sobre a mesma (Apêndice VIII).

**Indicadores de avaliação:**

- Elaboração da proposta de Instrução de Trabalho sobre a temática

**Objetivo- Uniformizar procedimentos**

**Atividades e estratégia planeadas:**

- Reunião com a Enfermeira Supervisora Clínica, Enfermeiro Gestor e Docente Orientadora;
- Pesquisa da melhor evidência científica nas diferentes bases de dados científicas sobre Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (MRSA);
- Realização de uma sessão de formação em serviço à equipa de enfermagem;
- Elaboração da proposta de IT para o Serviço de Urgência;
- Registo em dossier criado para o efeito (Identificação do doente, data da colheita e tipo de rastreio efetuado);
- Elaboração de cartaz informativo com procedimentos e técnicas de colheita para o rastreio de EPC e MRSA (Apêndice IX).

**Indicadores de avaliação:**

- Apresentação da proposta final de Instrução de Trabalho, aprovado pelo Enfermeiro Gestor e Enfermeira Supervisora Clínica no tempo definido em cronograma inicial;
- Registo dos rastreios efetuados por todos os Enfermeiros do Serviço de Urgência.

**Objetivo- Realizar formação em serviço sobre “Desafio na Prevenção e Controlo da Infeção num serviço de urgência - Rastreio de EPC e MRSA “e divulgação dos instrumentos elaborados ao longo do estágio sobre a temática.**

**Atividades e estratégia planeadas:**

- Programação da sessão de formação com a Enfermeira Supervisora Clínica, Enfermeiro Gestor e Docente Orientadora e Enfermeiro responsável pela Formação no Serviço de Urgência;
- Elaboração do plano de sessão de formação com a definição dos objetivos, os conteúdos programados, os recursos didáticos, metodologia e o tempo previsto (Apêndice X);

- Realização da sessão formativa, sob a forma de apresentação de diapositivos em *Microsoft Powerpoint* ® (Apêndice XI)
- Aplicação do questionário de avaliação aos formandos (Apêndice XII).

**Indicadores de avaliação:**

- Assumimos como taxa de participação na sessão de formação 50% dos elementos da equipa de enfermagem;
- Aplicação de um questionário *online* no final da sessão para apurar os conhecimentos adquiridos pelos Enfermeiros sobre a temática e auscultar a avaliação da equipa relativamente ao formador, organização e metodologia utilizada na sessão.

### **2.2.4 Avaliação**

Para Ruivo et al., (2010, p. 24), “as avaliações são momentos onde se questiona o trabalho desenvolvido, sendo que podem estar ou não previstos”. Para avaliar o projeto, deve-se ter em consideração os objetivos definidos no início e verificar se foram atingidos. Em caso positivo, segundo Ruivo et al. (2010, p. 26) “Torna-se necessário questionar se atingir o objetivo foi útil ao processo ou se, após o término do projeto, constata-se que o mesmo não era relevante, e quais as possíveis justificações”.

Numa avaliação de um projeto em saúde, é importante envolver todas as partes interessadas relevantes, incluindo profissionais de saúde e gestores. O processo de avaliação deve ser transparente, participativo e baseado em evidências, visando fornecer informações úteis para tomada de decisão e melhoria contínua. Também no modelo proposto por Larrabee (2011), a avaliação é uma das etapas do modelo proposto. Segundo esta teórica, após a implementação das intervenções, o enfermeiro avalia os resultados alcançados em relação aos objetivos de cuidados estabelecidos. Isso ajuda a determinar a eficácia das intervenções e a fazer ajustes conforme necessário (Larrabee, 2011).

Face ao exposto anteriormente, fizemos a avaliação dos objetivos traçados recorrendo aos indicadores de avaliação traçados. A avaliação das estratégias e atividades propostas é crucial, no sentido de atingir os objetivos inicialmente definidos.

### **Objetivo - Aprofundar conhecimentos sobre a temática**

#### **Indicadores de avaliação:**

- Pesquisa bibliográfica nas diversas bases científicas, e documentos oficiais de referência nacional e internacional. Consulta dos documentos a nível institucional sobre o tema, nomeadamente o PQ-08-UL-PPCIRA, referente ao tema;
- Foi realizada uma *Scoping Review* sobre “Importância do rastreio na Vigilância ativa de MRSA e EPC no Serviço de Urgência”, um dos instrumentos realizados durante o estágio que serviu como elemento de avaliação. Além disso, foi descrita no enquadramento teórico deste relatório, a síntese do conhecimento obtido;
- O artigo científico realizado, como já referimos, foi um elemento de avaliação durante o estágio, o seu resumo integra este relatório (Apêndice II). É nossa intenção, propor a sua divulgação através de uma revista científica pois consideramos ser um contributo importante para a divulgação da evidência científica.

### **Objetivo - Apresentar uma proposta de Instrução de Trabalho sobre o Rastreio de EPC e MRSA no serviço de Urgência**

#### **Indicadores de avaliação:**

- Pesquisa bibliográfica nas diversas bases científicas, e documentos oficiais de referência nacional e internacional. Consulta dos documentos a nível institucional sobre o tema, nomeadamente o PQ-08-UL-PPCIRA, referente ao tema.
- A proposta de IT foi elaborada e entregue ao Enfermeiro Gestor, aos três Enfermeiros (Elos de ligação ao PPCIRA), assim como á supervisora clínica, para possíveis correções e posterior aprovação na Instituição. Desta forma, consideramos que também o objetivo supracitado foi atingido, através da elaboração da Instrução de Trabalho.
- Não foi possível avaliar o cumprimento da proposta de Instrução de Trabalho, uma vez que esta só foi apresentada na última semana de estágio, durante a realização da formação em serviço que efetuamos.

### **Objetivo - Uniformizar procedimentos**

#### **Indicadores de avaliação:**

- Pesquisa bibliográfica nas diversas bases científicas e documentos oficiais de referência nacional e internacional. Consulta dos documentos a nível institucional sobre o tema, nomeadamente o PQ-08-UL-PPCIRA, referente ao tema;
- Realização de uma sessão formativa com o título “Desafio na Prevenção e Controlo da Infeção num Serviço de Urgência-Rastreio de EPC e MRSA “;

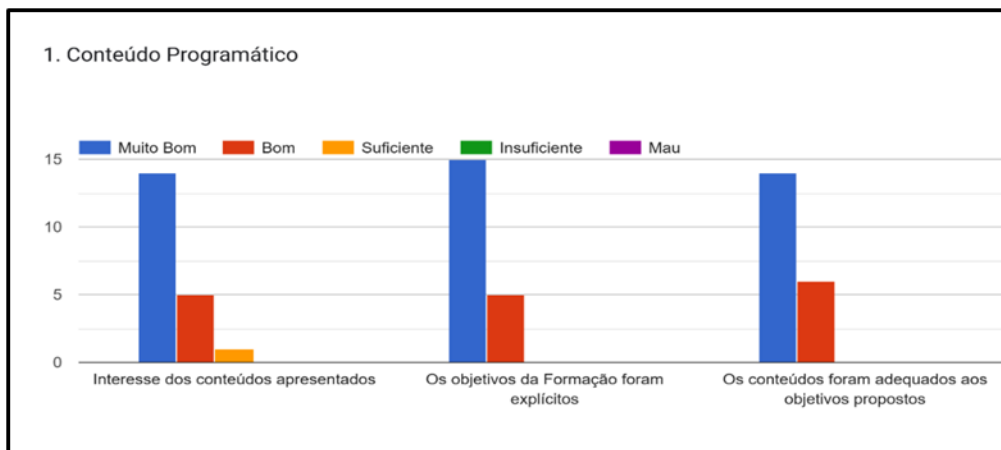
- Criação de um dossier com documentação sobre o tema, e registo de todos os rastreios efetuados;
- Realização de um cartaz informativo e divulgação no serviço. Com esta informação, pretende-se divulgar os objetivos do rastreio de EPC e MRSA, procedimentos e técnicas corretas para o efetuar (Apêndice IX);
- Consideramos que este também foi um objetivo atingido com sucesso, além da boa receptividade é um instrumento de trabalho útil para a prestação de cuidados.

**Objetivo - Realizar formação em serviço sobre “Desafio na Prevenção e Controlo da Infeção num Serviço de Urgência - Rastreio de EPC e MRSA “e divulgação dos instrumentos elaborados ao longo do estágio sobre a temática.**

**Indicadores de avaliação:**

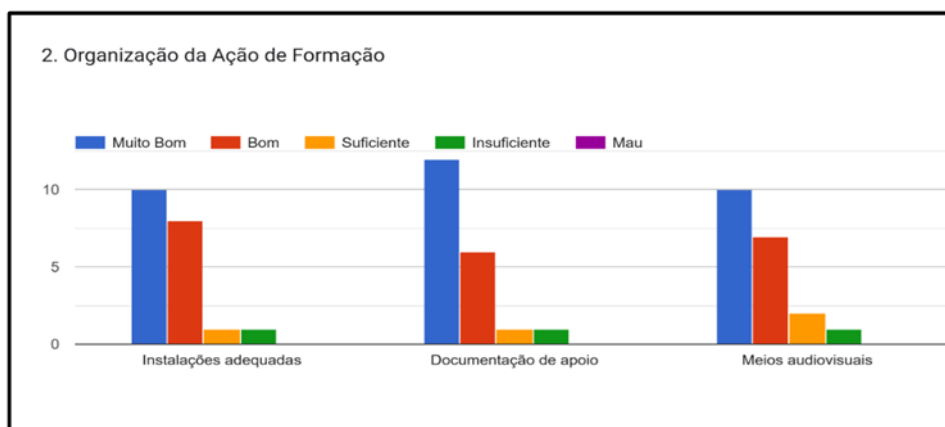
- Taxa de adesão considerada foi de 50 % dos enfermeiros do Serviço de Urgência na sessão de formação acerca dos Desafio na Prevenção e Controlo da Infeção num Serviço de Urgência - Rastreio de EPC e MRSA, superamos esse número. Estiveram presentes na sessão formativa mais de 70% dos enfermeiros;
- A sessão de formação teve como objetivo geral **dar a conhecer a norma da DGS, sobre “Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento** “à luz da mais recente evidência científica;
- A divulgação da formação foi realizada através da afixação do Plano de Sessão de Formação no serviço (Apêndice X), e por correio eletrónico. A formação, foi efetuada em sala de forma presencial e também à distância através da plataforma informática *Teams*®. para alcançar um maior número de público-alvo;
- O número de enfermeiros que assistiram á formação foi > 50 %, no final foram proferidas críticas construtivas;
- No final foi solicitado, o preenchimento de um questionário de avaliação sobre a sessão formativa e satisfação do formando (Apêndice XII). Após análise do mesmo podemos concluir que este objetivo também foi alcançado com sucesso, uma vez que a avaliação e a satisfação foi maioritariamente entre o muito bom e o bom, como podemos observar nos gráficos que se seguem (Gráfico15, 16, 17 e 18).

**Gráfico 15 - Caracterização da amostra quanto ao Conteúdo Programático**



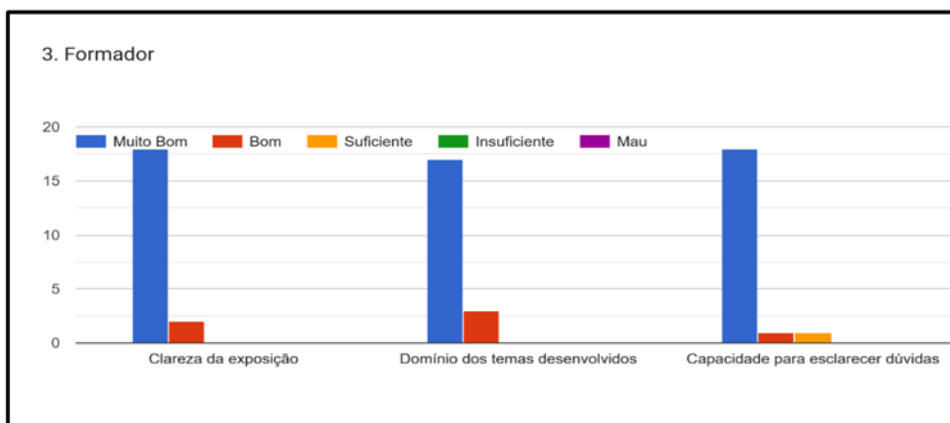
Fonte: Google Forms. Elaboração própria

**Gráfico 16 – Caracterização da amostra quanto à Organização da Ação de Formação**



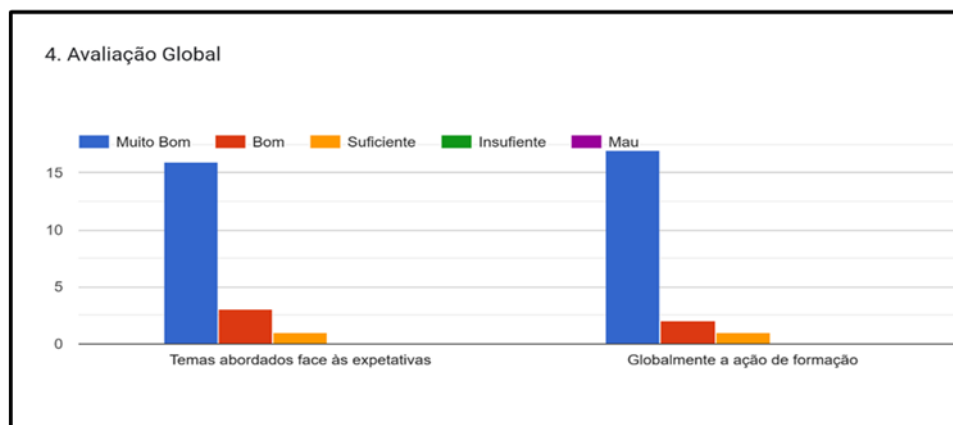
Fonte: Google Forms. Elaboração própria

**Gráfico 17 – Caracterização da amostra quanto ao Formador**



Fonte: Google Forms. Elaboração própria

**Gráfico 18** – Caracterização da amostra quanto à Avaliação Global



Fonte: Google Forms. Elaboração própria

## 2.2. 5 Divulgação de Resultados

A divulgação de resultados é a última fase do projeto, é nesta altura que se dá a conhecer “a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema” (Ruivo et al., 2010, p. 31).

Para a divulgação dos resultados existem vários recursos disponíveis (Ruivo, 2010). Um dos meios utilizados foi a elaboração de um artigo, que na UC- Estágio Final serviu como instrumento de avaliação (Apêndice II). A realização do Relatório Final, foi outro dos métodos utilizados. Em consonância, com o descrito por Ruivo (2010), o relatório teve em consideração vários aspetos: a estrutura, o conteúdo da informação, os objetivos claros e concisos, com uma fácil leitura e comunicação assertiva e transparente (Ruivo, 2010), de acordo com a finalidade a que se destina. Neste caso a conclusão do MEMC -Pessoa em Situação Crítica.

### **3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Este capítulo tem como finalidade, realizar uma análise crítica e reflexiva sobre o processo de aquisição de competências desenvolvido nos dois campos de estágio, e que culminou no desenvolvimento e/ou aperfeiçoamento das competências permitindo a excelência do exercício profissional através do desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC e das Competências de Mestre, e como resultado final a aquisição do título profissional de Enfermeira Especialista.

Uma análise crítica e reflexiva é uma abordagem que envolve a análise e a avaliação das ações realizadas durante o cuidado à pessoa em situação crítica, tendo em consideração os valores, crenças e conhecimentos que influenciam essas ações. Esta análise não beneficia apenas os enfermeiros individualmente, mas também contribui para a melhoria da qualidade do cuidado ao doente, pois promove uma abordagem mais consciente e baseada em evidências para a prática clínica.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011b) “A competência assenta num corpo de conhecimento e na avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada” (p. 11).

De acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros(2015) e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE] “O Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”(p. 99). Também segundo a Ordem dos Enfermeiros, “A atribuição do 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).

As competências comuns dos enfermeiros especialistas estão organizadas em quatro domínios de competências: a) responsabilidade profissional ética e legal, b) melhoria continua da qualidade, c) gestão de cuidados e d) aprendizagens profissionais, que serão abordadas seguidamente.

Em relação às competências específicas, a OE (2019), refere que “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” (p. 4745).

No nosso caso, EMC-PSC, as competências específicas são:

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

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

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).

Segundo o Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto que regula os regimes jurídicos dos graus académicos e diplomas do ensino superior e conforme o documento apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, o grau de Mestre é conferido a quem:

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 capacidade 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 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” (Universidade de Évora, 2015, p. 24).

De ressaltar que a abordagem tanto das competências de mestre em enfermagem como as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC, serão feitas de forma conjunta, e sempre que se justificar, uma vez que estão interligadas.

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

#### **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

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 legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

**A2 -** Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

#### **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.

A responsabilidade profissional, ética e legal é um dos domínios que surge no regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Para tal, é esperado que o enfermeiro especialista desenvolva duas competências: a) desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e b) garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Ao longo do nosso exercício profissional, tomamos decisões e fazemo-lo quase de forma automática, baseadas na nossa experiência profissional, valores da profissão, recursos humanos existentes, valores da instituição, entre outros. Durante o nosso percurso de estágios, no contexto de Serviço de Urgência e UCI, procurámos em todos os momentos, rever as nossas decisões como futura Enf<sup>a</sup> Especialista, contrariando esse automatismo e conseguir uma observação e reflexão de problemas éticos e legais, para uma tomada de decisão ética e deontológica consciente, demonstrando um exercício seguro, procurando respeitar a individualidade de cada pessoa. Como é referido no código deontológico, na Lei 156/2015, Artigo 100º “O enfermeiro assume o dever de (...) b) Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega (...) (Lei 156/15, 2015, p. 8078).

Por esse motivo, a procura da mais recente evidência relativamente à nossa área de atuação, assim como a utilização de guias orientadores como o Código Deontológico, a Constituição da República Portuguesa, a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Carta dos Direitos e Deveres das pessoas, entre outros, permitem fundamentar as nossas decisões no âmbito legal, ético e deontológico, conseguindo assim um equilíbrio entre a prática baseada na evidencia científica e os princípios éticos que norteiam a profissão.

A nossa experiência profissional já é longa na prestação de cuidados de enfermagem á pessoa em situação crítica, uma vez exercemos funções num Bloco Operatório polivalente em que além de cirurgias programadas, também se realizam intervenções cirúrgicas de urgência e emergência em diferentes especialidades médicas. No entanto, o estágio em contexto de Serviço de Urgência e UCI permitiu-nos observar e refletir sobre questões éticas-legais, responsabilidade profissional e respeito pelos direitos humanos, que até agora não se tinham colocado.

No decorrer dos estágios nunca foram descurados pressupostos como os referidos no Artigo 99º do Código Deontológico do Enfermeiro:

“1 — As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.  
2— São valores universais a observar na relação profissional: a) A igualdade; b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; c) A verdade e a justiça; d) O altruísmo e a solidariedade; e) A competência e o aperfeiçoamento profissional” (OE, 2015a, p. 15).

Assim como, os valores universais mencionados na Declaração Universal dos Direitos Humanos: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos” (Direção Geral dos Negócios Políticos, 1948, p. 489). Indo ao encontro do referido, também o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE], nos diz que os Enfermeiros devem “adotar uma conduta responsável e ética no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015a, p. 101-102).

Nesse sentido, a vertente humana foi pra nós um dos focos de atenção constante. Podemos observar que na UCI, a pessoa se encontra despida, e coberta apenas com um lençol, pela necessidade de cuidados em situação de emergência. Durante o internamento na UCI, o conforto e intimidade da pessoa está comprometido. Quintela, (2019), justifica essa condição pela “situação crítica em que se encontra, pelos múltiplos dispositivos e pela necessidade de avaliação constante, acaba por ser fácil a exposição do corpo do mesmo” (p. 25).

Nunes, Amaral, & Gonçalves (2005), também referem que o doente ao perder a privacidade, aumenta a condição de stress e de sofrimento. Privacidade, que além de direito da pessoa, é um dever ético do profissional, que concede dignidade á pessoa internada numa

UCI.

No sentido de manter a privacidade e o respeito pela dignidade, uma vez que a UCI é uma unidade *open space*, quando da realização dos cuidados de higiene no leito, é muito adequado colocar biombos / cortinas entre as unidades e ter especial atenção com a exposição do corpo.

Foi no Serviço de Urgência [SU], que esta realidade se tornou mais desafiante, conseguir garantir a privacidade e a confidencialidade ou até o sigilo profissional, num ambiente em que o que podíamos oferecer de melhor era uma cortina ou biombo, parecia impossível. Para a resolução destas situações além das cortinas, foram utilizadas outras estratégias, como o tom de voz baixo, tentando minimizar o acesso a informações das pessoas, particularmente ao descrito nº106º do Artigo do código deontológico dever de sigilo:

“1 — O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de: a) Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; 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” (OE, 2015a, p. 84).

O sigilo profissional é um dever ético dos profissionais de saúde, do qual fazem parte, o respeito pela intimidade da vida privada e a confidencialidade das informações e dados pessoais. Só assim, é possível a garantia de uma relação de confiança da pessoa em situação crítica/família/enfermeiro, permitindo uma relação terapêutica sólida e de confiança, (Pereira, 2012; Azevedo, 2023).

Também o envolvimento da família, no processo de cuidar, é muito importante, uma vez que permite conhecer melhor a pessoa de quem cuidamos, além de integrar a família.

No que concerne ao direito à informação, como é referido no Artigo 105º do Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro tem o dever de “informar o indivíduo e família no que respeita aos cuidados de enfermagem; informar sobre os recursos que a pessoa pode ter acesso (...)” (OE, 2015a, p. 84). Visão semelhante é descrita na Lei de Bases da Saúde, referindo que tem direito de informar “de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação (...)” (AR, 2019, p. 56).

Como pressupostos éticos, estiveram sempre implícitos os princípios de beneficência (dever de fazer o bem), não maleficência (dever de não causar dano), autonomia (respeito à liberdade de decisão) e justiça (cuidados de equidade e adequação) (OE, 2015b, p. 60).

Também para a realização do Projeto de intervenção Profissional (PIP), foi requerido a autorização à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração da ULS, assim como foi entregue um formulário de consentimento informado à equipa de enfermagem para aplicação de questionários para fins académicos, de acordo o artigo 84º do Código Deontológico do

Enfermeiro, que pressupõe o direito a autonomia e consentimento e pelo Artigo 5º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, que nos diz “ qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido” (AR, 2001, p. 27).

Diariamente os nossos valores profissionais e deontológicos foram postos á prova. No entanto, julgo que a nossa intervenção perante a pessoa em situação critica, foi feita de forma refletida, consciente, salvaguardando os direitos, o acesso á informação, preservando a privacidade, a confidencialidade e isentos de qualquer forma de discriminação no âmbito dos cuidados especializados em saúde.

Consideramos que esta competência foi alcançada, pois demonstrámos uma tomada de decisão orientada segundo os princípios e valores deontológicos, garantido uma prática de cuidados e responsabilidades profissionais, fomentando o direito á privacidade e os cuidados humanizados.

#### **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

B- Domínio da melhoria contínua da qualidade

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

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

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

#### **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.

Para a concretização desta competência, a integração na equipa de enfermagem e multidisciplinar, foi essencial. A receção por parte de todos os profissionais contribuiu para uma integração que consideramos rápida e consistente uma vez que permitiu desenvolver capacidades, melhorar a nossa atitude na prestação de cuidados e consequentemente aumentar a qualidade dos mesmos. Por outro lado, as unidades curriculares Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e Gestão em Saúde e Governação Clínica forneceram-nos ferramentas, permitindo identificar oportunidades, assim como identificar potenciais riscos.

O enfermeiro desempenha um papel multifacetado e crucial no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. A sua liderança, experiência clínica e compromisso com a qualidade e segurança dos cuidados de

saúde são essenciais para o sucesso organizacional e para a promoção de resultados positivos para os doentes.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, define qualidade em saúde como “(...) a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (Despacho nº 5613/15b, p. 13550).

Como elemento dinamizador, na liderança clínica, tem iniciativas estratégicas relacionadas com a governação clínica, levando-o a envolver, motivar e inspirar a equipa de enfermagem a adotar práticas baseadas nas evidências, promover a cultura de segurança e garantir a adesão às políticas e diretrizes institucionais.

Também integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 tem como objetivo:

“consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos” (Despacho n.º 9390/2021, p. 98).

Com o intuito de contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, durante os estágios efetuados, realizamos várias intervenções, nomeadamente a elaboração de Instruções de trabalho (IT), no âmbito da prevenção e controlo de infeção. Na UCI, elaborámos uma IT sobre a “Prevenção da infeção relacionada com a manutenção do Cateter Vascular Central “. Outra das iniciativas foi sensibilizar, a equipa de enfermagem para o registo informático, na plataforma digital utilizada na UCI, *Bsimple*. Ao realizar-se o registo digitalmente, além das auditorias que se poderão realizar, os registos servirão como base de pesquisa de trabalhos de investigação sobre o tema. De salientar, que tanto a nossa Supervisora Clínica, assim como a colega da UL-PPCIRA nos deram um *feedback* positivo. No serviço de Urgência, destacamos a elaboração de uma IT sobre “O Rastreamento de microrganismos multirresistentes na admissão e durante o internamento - Enterobacterales produtores de Carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a Meticilina (MRSA)”, assim como a sua operacionalização. Criação de um dossier com a informação necessária, sobre o tema, assim como um documento para registo dos rastreios efetuados.

Como consideramos que a aplicação da norma da DGS 004/2023 sobre a temática “ Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de Carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a Meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento” (DGS, 2023), implica dispêndio de tempo para a sua leitura e contém

informação, que apesar de relevante não é essencial para realizar o rastreio, elaboramos um cartaz informativo, que de uma forma simples descreve a fundamentação para a realização do rastreio, os critérios para a sua realização, o procedimento e técnicas corretas de colheitas de acordo com o microrganismo em causa. (Apêndice IX)

Tivemos também oportunidade de acompanhar uma das enfermeiras, elo de ligação ao PPCIRA no Serviço de Urgência, nas auditorias mensais que realizam sobre a Higienização das mãos.

Sublinhamos a importância da consulta da mais recente evidência científica para dar suporte a este domínio, a leitura das norma das DGS sobre “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central (DGS, 2022) e “Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de Carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a Meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento”(DGS, 2023), assim como protocolos, normas dos serviços do hospital.

O enfermeiro especialista, tem também um papel importante na promoção da qualidade e segurança, ao garantir que os cuidados de saúde prestados, atendam aos padrões de qualidade e segurança, incluindo a implementação de protocolos e procedimentos padronizados, realização de auditorias e identificação de áreas de melhoria continua.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, tem na sua estrutura cinco pilares que” estabelecem um referencial de consolidação e evolução em matéria de segurança do doente” (PNSD, 21-26), são eles: Cultura de segurança, Liderança e governança, Comunicação, Prevenção e gestão de incidentes de segurança e Prevenção e gestão de incidentes de segurança.

Indo ao encontro dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 a OE (2017), que refere os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica têm como finalidade serem “(...) um referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade” (p. 4).

A participação por parte do enfermeiro especialista em grupos de trabalho, podem dar uma excelente contribuição na formulação de políticas, na revisão de práticas clínicas e em tomadas de decisões estratégicas para promover a qualidade dos cuidados.

Outro aspeto também importante a realçar, é o papel dinamizador na educação e desenvolvimento profissional, promovendo a atualização contínua sobre as melhores práticas de qualidade e segurança. Ao rever os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem à pessoa em situação crítica (OE, 2015), podemos verificar da importância do enfermeiro especialista face à organização dos cuidados de enfermagem especializados, nomeadamente “(...) existência de uma política de formação contínua dos

enfermeiros especialistas promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada” (Regulamento n.º 361/2015, p. 17243).

O PIP elaborado foi uma estratégia utilizada na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente. Por outro lado, contribuiu para a realização de uma formação nesse âmbito (Apêndice XI). A formação, fornece uma base teórica e prática abrangente, permitindo uma ampla gama de habilidades necessárias para a prática profissional de enfermagem fundamentais para a melhoria da qualidade dos serviços.

No que diz respeito, a promover um ambiente terapêutico seguro para os doentes, o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial. O seu desempenho, passa por monitorizar o estado de saúde e o bem-estar dos pacientes, identificar qualquer alteração ou problema potencial, ajudando a prevenir complicações e a garantir uma resposta rápida a qualquer emergência. Os enfermeiros, seguem os protocolos de higiene e precauções padrão para prevenir a propagação de infeções nos ambientes de saúde e contribuem para a educação dos doentes e famílias sobre práticas de higiene pessoal e medidas preventivas.

Para garantir um ambiente físico seguro para o doente e família e restante equipa, o enfermeiro inclui na sua atividade diária, a organização adequada do espaço, a identificação e manutenção de equipamentos e a prevenção de riscos ambientais.

Para garantir a coordenação adequada dos cuidados e a compreensão das informações relacionadas ao tratamento e procedimentos, diz-nos a evidência que os enfermeiros facilitam a comunicação efetiva entre os membros da equipe de saúde, os pacientes e suas famílias, assim como o apoio emocional e psicológico que fornecem, ajuda a reduzir a ansiedade, o stress associado à hospitalização e aos procedimentos médicos.

Segundo a DGS (2017) “as falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente” (DGS, 2017, p. 5).

Durante o processo de transição saúde-doença a Pessoa em Situação Crítica [PSC], é transferida variadíssimas vezes, desde a estabilização pré-hospitalar, a sua transferência para o serviço de urgência, por vezes BO e UCI, entre outros. As interações diárias efetuadas entre profissionais de saúde, a PSC e a comunidade, são constantes, tornando o processo de comunicação complexo e dinâmico. É essencial desenvolver uma comunicação interprofissional eficaz, para atingir um alto nível de proficiência. (Brás, 2023). Diz-nos Petry & Diniz (2020), no estudo que efetuaram que as “Falhas encontradas na comunicação entre as unidades e entre as equipas acarretam em comprometimento da segurança do paciente, gerando quebra na continuidade do cuidado” (p. 2)

No Plano Nacional para a Segurança do Doente (2021-2026), a comunicação é considerada um pilar, de “Desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação, para uma transição e transferência na prestação de cuidados segura, entre os profissionais de saúde e os diferentes níveis de cuidados de saúde” (p. 100).

Para a promoção de um ambiente terapêutico e seguro, realizámos os registos informatizados e participámos nas reuniões de passagens de turno tendo como referência a norma da DGS “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” (DGS, 2017). As estratégias utilizadas além de permitirem o registo de todas as intervenções realizadas, no momento das passagens de turno a utilização da técnica ISBAR [Identificação/ Situação atual / Antecedentes/ Avaliação/ Recomendações], permitiu organizar o pensamento para otimizar a transmissão de informação entre os diversos elementos que compõem a equipa multidisciplinar.

No entanto, deparamo-nos com uma lacuna, tanto a nível de transmissão de informação na UCI, como no Serviço de Urgência. São Serviços complexos muito movimentados, em que a equipa interage entre si de uma forma rápida e num curto espaço de tempo. Quando é necessária a transferência do doente para outro serviço, nomeadamente para o bloco operatório, serviço onde desempenhamos funções, a comunicação é breve e nem sempre eficaz. Por outro lado, as plataformas de registos informáticos não são comuns em todos os Serviços da unidade hospitalar e por essa razão não nos podemos socorrer do registo informático.

Ferramentas orais funcionam melhor associadas a utilização de *checklists* padronizadas, permitindo a transmissão de toda a informação necessária á situação clínica do doente. Por esta razão, e porque consideramos que a transmissão de informação deve incluir toda a informação que permita a manutenção e segurança promovendo a continuidade de cuidados, obtivemos resposta positiva do Sr. Enf<sup>o</sup> Gestor e Adjunto da Direção de Enfermagem para elaborar um documento, que pudesse ser utilizado a nível institucional e permitisse padronizar toda a informação para a transmissão de informação Intra Hospitalar. De referir que o documento (Apêndice XIII), já se encontra com o Sr. Enfermeiro para aprovação.

As práticas de qualidade e colaboração em programas de melhoria desenvolvidas pelo enfermeiro especialista, estão relacionadas com a implementação de intervenções baseadas em evidência para promover a qualidade dos cuidados de saúde. A teoria de Meleis oferece um quadro teórico amplo para entender as transições de papel e cultura na prática de enfermagem, podendo influenciar indiretamente a forma como os enfermeiros abordam as mudanças de prática e implementam intervenções para melhorar a qualidade dos cuidados.

O modelo de enfermagem de Larrabee e o desenvolvimento de práticas de qualidade, gestão e colaboração em programas de melhoria estão interligados, já que o modelo de

enfermagem de Larrabee fornece uma estrutura para a prática clínica baseada em evidência, o que inclui o desenvolvimento e a implementação das citadas práticas de qualidade e a participação em programas de melhoria de forma a alcançar melhores resultados para os doentes. Perante este fato, consideramos que o projeto, assim como o artigo que realizámos (Apêndice II), estão em consonância com o modelo teórico em causa. O Modelo de June Larrabee (1999), mantém-se atual, como se pode comprovar em várias publicações, como por exemplo Larrabee (2011) – Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidência em Enfermagem.

Em nosso entender, a competência, no domínio da melhoria continua da qualidade e da investigação, foi alcançada.

<b>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</b> C- Domínio da gestão de 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.
<b>Competências de Mestre em Enfermagem</b>
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.

O exercício profissional do enfermeiro especialista vai além da atividade assistencial ao doente. Ele atua como um líder dentro da equipa de enfermagem, sendo responsável por orientar os cuidados de saúde dos doentes, otimizar a resposta da equipa, bem como a articulação com outros profissionais de saúde. Isso inclui avaliar as necessidades dos doentes, desenvolver planos de cuidados individualizados, implementar intervenções adequadas e avaliar os resultados, orientando e supervisionando os membros da equipa. Envolve a distribuição adequada de horas de cuidados, assim como a implementação de estratégias para melhorar a produtividade e a qualidade dos cuidados. O enfermeiro especialista, promove um ambiente de trabalho colaborativo incentivando uma comunicação eficaz entre os membros da equipa para garantir a prestação de cuidados de alta qualidade, desempenhando também um papel importante no desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem, fornecendo orientação, formação e oportunidades de aprendizagem contínua contribuindo na melhoria constante da qualidade dos cuidados prestados.

No parecer de Vieira (2017), citado por Barbosa (2022, p. 56):

”existem enfermeiros que “organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam a formação dos enfermeiros; estabelecem normas e critérios de atuação e

procedem à avaliação do desempenho dos enfermeiros; dão parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados, incluindo sistemas de informação em enfermagem; participam na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem, contribuindo para a definição da política geral para a prestação de cuidados e para a formação em enfermagem” (Barbosa, 2022, p. 56).

Os enfermeiros especialistas têm um papel extremamente dinâmico, adaptam a sua liderança e gestão de recursos de acordo com as exigências específicas do ambiente de saúde, visando sempre garantir a qualidade dos cuidados prestados aos doentes. A sua capacidade de serem flexíveis, habilidosos na delegação, gestores de conflitos e comprometidos com a melhoria contínua faz deles peças fundamentais na equipe de saúde.

Também a OE (2019), no Domínio da gestão dos cuidados, refere que o enfermeiro:

“Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p. 4748).

Devido à nossa experiência profissional, a integração no Domínio da gestão dos cuidados foi facilitada, na medida em que já há vários anos temos a responsabilidade e função de substituição do enfermeiro responsável nas suas faltas e impedimentos no de Bloco Operatório.

Essa função, contribui diariamente para o desenvolvimento de funções de coordenação e de melhoria do processo de tomada de decisão, procurando a manutenção de um ambiente terapêutico seguro e funcional.

Foi com grande satisfação, que no decorrer do ensino clínico, sentirmos que o conhecimento do espaço, materiais, equipamentos foram dia a dia conseguidos.

No turno da manhã, os enfermeiros têm a seu cargo, repor o *stock* das salas dos balcões e da sala de emergência, assim como preencher a lista de verificação da sala de emergência.

Essa lista de verificação diz respeito a equipamentos pré-definidos, tal como ventilador, desfibrilhador, seringas de perfusão, entre outros. Se no início do estágio, a supervisora clínica, assim como os restantes colegas foram essenciais para a nossa integração, com o decorrer do estágio, participámos ativamente nas atividades ou ações de reposição de materiais e verificação de equipamentos. Para tal, contribuiu também, a nossa larga experiência de exercer funções no Bloco Operatório, com equipamentos semelhantes. Por outro lado, como o estágio foi feito a maior parte nos turnos da manhã, todos os dias ficavam a nosso cargo essas tarefas. Na gestão de materiais, as dificuldades que tivemos foi a nível de material para a via aérea, nomeadamente VNI uma vez que nunca tínhamos tido contato com essa técnica.

Esta atividade permitiu-nos a prestação de cuidados de uma forma mais ágil e consistente, uma vez que o nosso conhecimento do espaço, materiais e equipamentos foi

adquirido muito rapidamente. Tivemos também a oportunidade de fazer a verificação da mala de transporte inter-hospitalar, uma vez que também está calendarizada a sua verificação.

Em várias situações, a nossa experiência profissional e de utilização de diferentes materiais foi essencial para a resolução de algumas situações difíceis. Temos presentes duas das últimas intervenções, uma delas uma algália difícil, em que tomámos a liderança sugerindo uma algália específica, que não existia no Serviço de Urgência. Fizemos a articulação com o serviço de Bloco Operatório e demos resposta à situação de forma positiva.

Noutra ocasião, foi-nos pedida a colaboração para uma situação cirúrgica (drenagem de um seroma de um pós-operatório), e preparação e transferência para o bloco operatório. A nossa experiência teve um contributo muito positivo e reconhecido pelos colegas presentes.

Tal como referimos anteriormente, este trabalho colaborativo, aprendizagem contínua, a prática baseada na evidência, permite uma reflexão crítica, contribuindo para processos de melhoria contínua, uniformização de procedimentos e conseqüentemente o aumento da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica.

Para Ferraz et al., (2020), o enfermeiro deve “ser capaz de fazer julgamentos, identificando as melhores e mais adequadas práticas, bem como reconhecer a força e a fraqueza da informação para poder generalizar a evidência, avaliá-la e utilizá-la criticamente” (p. 241).

Em ambos os estágios, a nossa Supervisora Clínica era responsável de equipa, o que nos permitiu a observação do estilo de liderança, gestão de recursos humanos, recursos materiais e equipamentos, assim como intercorrências que se verificaram durante os turnos. Em ambos os estágios, ocorreu uma situação semelhante, a transferência de um doente crítico para um hospital central. Em ambas as situações participámos no complexo processo de evacuação do doente. Posteriormente, e em conversa com ambas as supervisoras, refletimos sobre a importância de toda uma coordenação na gestão de materiais, infraestruturas e equipa de saúde. Além de toda a coordenação que tem que ser feita para a estabilização do doente, uma das preocupações é qual o enfermeiro que vai acompanhar o doente. Neste momento não existe uma escala de transferências de doentes a nível do hospitalar, por essa razão em último caso, quem acompanha o doente é um enfermeiro do serviço. Mais uma vez em ambos o caso a solução foi semelhante, quem acompanhou o doente foi um enfermeiro que estava de serviço. Nessa circunstância, pudemos observar a forma como chefe de equipa reorganizou o serviço, uma vez que ficava menos um elemento. Perante um imprevisto é necessário gerir prioridades e agir eficazmente.

Ambos os Serviços implicam uma sobrecarga de trabalho, física e psicológica, o cálculo das dotações seguras descrito na norma para o efeito OE (2014), permite “uma intervenção mais efetiva e conseqüente na promoção e garantia das dotações seguras, essenciais para a qualidade dos cuidados de enfermagem proporcionados aos cidadãos nos diferentes

contextos de prestação de cuidados” (OE, 2014, p. 8). Perante estas situações, a tomada de decisão por parte do Enf<sup>o</sup> em funções de coordenação procura a manutenção de um ambiente terapêutico seguro e funcional, de uma forma o mais coerente possível, avaliando todos os potenciais problemas e as respetivas soluções.

Tivemos oportunidade, de acompanhar o Enf<sup>o</sup> Gestor nos pedidos semanais de material de consumo clínico, assim como dos procedimentos para manutenção de equipamentos e assistência técnica. Foi um momento de partilha, o Enf<sup>o</sup>, permitiu-nos esclarecer algumas dúvidas e transmitir a nossa experiência no Serviço em que desempenhamos funções.

As Enfermeiras Supervisoras Clínicas, na maioria dos turnos eram responsáveis de turno. No parecer da OE (2017), o enfermeiro com funções de responsável de turno deverá:

“possuir um conjunto de competências, que integra cumulativamente as competências comuns e específicas na área de especialização de acordo com o core de conhecimentos científicos da respetiva unidade orgânica/serviço”. (...), “de modo a antecipar as respostas às necessidades em cuidados, prevenir complicações, promover respostas adequadas e seguras.” (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Médico-cirúrgica, 2017b, p. 2).

Durante os estágios, as nossas dúvidas / questões, foram sempre esclarecidas de forma clara. Ambas as Supervisoras Clínicas, tinham muita experiência na área da pessoa em situação crítica. Podemos constatar, que pela sua experiência profissional e formação, eram muito solicitadas para esclarecimento de dúvidas, tendo sempre uma atuação de referência na tomada de decisões e gestão de prioridades.

Com todos os membros da equipa, mostraram sempre respeito e postura adequada e o estilo de liderança que adotaram, foi sempre tendo em consideração as características pessoais e profissionais dos elementos presentes nos turnos, de forma a proporcionar um ambiente de trabalho, seguro e com resposta às necessidades de cuidados adequadas.

Perante o desenvolvimento do PIP, tivemos oportunidade de assumir a liderança na fase de diagnóstico da situação, planeamento, execução e avaliação do projeto, e refletir em conjunto com a supervisora clínica para a elaboração e apresentação da formação para conseguirmos uma boa articulação com a equipa.

O Modelo de June Larrabee, é uma estrutura que evidencia a prática de enfermagem baseada em competências e na diferenciação dos papéis dentro da equipa de enfermagem, reconhece que os enfermeiros possuem diferentes níveis de competência e habilidades, e realça a importância de estarem envolvidos no planeamento e na avaliação dos cuidados de enfermagem. Ao aplicar estes princípios os enfermeiros podem melhorar a eficiência da equipa de enfermagem, promover uma abordagem integrada ao cuidado do doente e garantir resultados positivos para os doentes e suas famílias (Larrabee, 2011).

No que diz respeito aos princípios da teoria de Meleis, em relação à gestão de cuidados

de enfermagem, pode dizer-se que os enfermeiros podem otimizar a resposta da equipa de saúde, promover cuidados centrados na pessoa e facilitar transições de saúde mais suaves e bem-sucedidas para os doentes e famílias.

Meleis refere que os indivíduos passam por várias transições ao longo da vida: de saúde, situacionais, organizacionais. O enfermeiro ao entender essas transições pode adaptar os cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades específicas de cada fase; realça a importância de cuidados centrados na pessoa durante as transições de saúde, para isso, significa considerar não apenas os aspetos físicos da saúde, mas também as necessidades emocionais, sociais e espirituais do doente.

Para Meleis, existem outros dois aspetos a considerar: a necessidade de uma abordagem interprofissional na prestação de cuidados de saúde durante as transições e a importância da educação e apoio. Para isso, destaca-se a importância da colaboração do enfermeiro com outros profissionais de saúde bem como o papel crucial que o mesmo desempenha ao fornecer informações claras e precisas.

Por todo o percurso realizado neste domínio consideramos que adquirimos as competências na gestão de cuidados.

#### **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

D - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade;

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

#### **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.

No domínio no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro pode melhorar continuamente a sua prática clínica, liderança e trabalho em equipa. Isso contribui não apenas para o crescimento individual, mas também para a promoção de melhores resultados para os doentes e para o sistema de saúde como um todo.

De acordo com a OE (2019), o “Enfermeiro Especialista” demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no

estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749).

As competências na profissão de enfermagem são um processo contínuo de aprendizagens, onde a formação, experiências pessoais, a partilha dos conhecimentos com outros profissionais, assim como pesquisa da mais atual evidência científica são de uma importância fulcral. Neste contexto, o enfermeiro especialista, deve guiar as suas intervenções procurando o autoconhecimento e assertividade, e basear a prática clínica na mais recente evidência científica (Regulamento nº 140/2019).

Como enfermeira, em exercício no BO, desempenhamos funções num ambiente controlado, onde podemos planear e organizar o contexto trabalho. Mesmo em situação de emergência não é comparável ao Serviço de Urgência. Essa foi uma das razões que dificultaram a nossa prestação de cuidados nos balcões amarelo/ laranja no início do ensino clínico.

A grande afluência de doentes e famílias, as limitações da estrutura física, levaram-nos a adquirir competências na organização, rentabilização de recursos, gestão de tempo. Perante carências de recursos, adotamos uma postura que demonstrou criatividade e improviso. Outro fator facilitador, foram os nossos conhecimentos, a nossa habilidade técnica, cognitiva, interpessoal e de liderança adquiridos pelos anos de experiência, possibilitando-nos uma avaliação crítica, da própria prática, identificação de áreas de melhoria e procura constante por oportunidades de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional. Foi um processo de transição, para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados.

Os estágios efetuados foram realizados no SU e na UCI, serviços em que não tinha vivenciado qualquer experiência na prática de cuidados, possibilitou-nos ter a perceção do trabalho, de uma forma diferente da dos colegas desses serviços, e partilhar algumas situações para as quais não estariam tão despertos. Por ser aluna, em estágio académico e simultaneamente enfermeira em contexto de cuidados à pessoa em situação crítica, possibilitou uma partilha de conhecimentos, dia após dia mais rica. É nossa convicção, que a nossa presença foi positiva, e pela atitude acolhedora das equipas multidisciplinares de ambos os serviços, existiu um enriquecimento coletivo e um bom contributo para todos. Foram momentos de transição determinantes no nosso desenvolvimento como futura Enfermeira Especialista. Ao transitar de um contexto para outro o enfermeiro passa por uma transição situacional. Esta experiência relaciona-se com a mudança de papéis nos diferentes contextos, envolvendo mudanças a nível do contexto social (Schumacher & Meleis, 1994).

Em ambos os ensinamentos clínicos, adquirimos novos conhecimentos, através da observação, de questões, da pesquisa realizada, da reflexão, com o intuito da prestação de cuidados de

saúde adequados ao doente.

As enfermeiras Supervisores Clínicas foram fundamentais neste percurso. A disponibilidade para as nossas preocupações, o incentivo, contribuíram para o nosso crescimento pessoal e profissional.

Após ter sido identificado um problema real, relacionado com o contexto de serviço e relevante para a prática de enfermagem, foram delineadas algumas estratégias e desenvolvidos alguns trabalhos dando resposta ao domínio da competência basear a praxis clínica especializada em evidência científica.

Na UCI, foi realizada uma Instrução de trabalho, baseada na norma da DGS, 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022 sobre os “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Posteriormente foi efetuada uma sessão de formação aos enfermeiros da UCI para apresentar a proposta de Instrução de Trabalho sobre a manutenção do CVC, evidenciar os cuidados na manutenção do CVC e uniformizar procedimentos para a colocação do CVC. Como o sistema informático utilizado na UCI, *Bsimple* permite ser parametrizado de acordo com contexto em que está a ser utilizado, deixámos a sugestão ao Enfermeiro Gestor e ao elo de ligação á UL-PPCIRA. Seria uma mais valia, ficar com o registo informático de todo o processo, desde a colocação, manutenção e extração do CVC, para possíveis auditorias e futuros trabalhos de investigação. No SU, também na área do controlo e prevenção da infeção, foi realizado o Projeto de Intervenção Profissional. Foi fundamental a pesquisa da melhor evidência científica associada à prestação de cuidados com qualidade e a revisão da norma da DGS, 004/2023” Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de Carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a Meticilina (SAMR / MRSA) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento”. Procuramos ir ao encontro das necessidades do serviço e tivemos sempre ao nosso lado, as três enfermeiras especialistas que são elos de ligação ao grupo UL-PPCIRA do SU, assim como a enfermeira do grupo UL-PPCIRA da ULS, que nos incentivaram e apoiaram sempre que necessitámos. Posteriormente realizámos a ação de formação, elaborámos uma IT, um cartaz informativo sobre o tema, a avaliação de risco e rastreio de EPC e de SAMR.

É nossa convicção que no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais em Enfermagem, conseguimos melhorar a nossa trajetória de desenvolvimento profissional, identificar oportunidades de crescimento e alcançar uma prática clínica competente e de qualidade.

### 3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

#### **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC**

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

#### **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.

O Enfermeiro, é um elemento fulcral, na admissão de um doente num hospital. Segundo a OE (2018),” Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (p.19362). Qualquer pessoa que vivencie processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, é aquela “(..) cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n. °429/2018, p.19362).

O SU é um serviço rico em proporcionar experiências, ao longo deste estágio, consideramos que foi um campo de intervenção, com uma grande diversidade de situações. Por ser um serviço polivalente as situações clínicas e patologias, sob a alçada de várias especialidades médicas ou cirúrgicas, exigiram uma mobilização de um maior número de conhecimentos e competências.

Uma das experiências que tivemos foi com os dispositivos de VNI, não nos eram familiares uma vez que não temos contacto, com esta modalidade ventilatória no nosso contexto de trabalho. Foi um estágio enriquecedor nesta área, pelo cuidado a doentes a utilizar esta modalidade ventilatória, permitindo otimizar algumas práticas. Tivemos oportunidade de acompanhar a Supervisora Clínica nos ensinamentos realizados, do incentivo ao relaxamento e posicionamento adequado, contribuindo para a capacitação pessoa /família, possibilitando a adaptação do doente.

Outra das situações, que mereceu a nossa colaboração, foi nos cuidados a uma senhora que após tentativa de entubação nasogástrica, começou a sangrar abundantemente, iniciou um quadro de choque hipovolémico, necessitando de várias unidades de concentrado de eritrócitos e diversos fármacos. Pela nossa experiência profissional, pude colaborar na

colocação de uma sonda Sengstaken-Blackmore, uma vez que os colegas presentes nunca tinham visto colocar nenhuma. Após estabilização hemodinâmica, foi transferida para a UCI.

Tivemos oportunidade de acompanhar alguns transportes de pessoas em situação crítica em ambiente intra-hospitalar, nomeadamente o acompanhamento para o BO, realização de meios complementares de diagnóstico e UCI.

Na antevisão das necessidades que poderíamos sentir durante o transporte, exigiu um planeamento e tomada de decisão, pois são momentos de grande complexidade. Fomos capazes de realizar essa gestão, assegurando que seriam garantidos os melhores cuidados.

Ao longo do estágio mantivemos sempre presente a reflexão acerca da relevância da humanização dos cuidados, nunca descurando o facto de que cuidamos de pessoas que vivenciam transições agudas de saúde-doença. O enfermeiro, no seio da equipa multidisciplinar ocupa uma posição privilegiada na relação de proximidade junto da família e do doente, facilitando uma relação terapêutica entre ambos.

Foi constante, a nossa intenção em estabelecer uma relação de ajuda com a pessoa que cuidámos, para isso adotámos uma postura empática, responsável, promotora de confiança e de respeito, e assim, conseguir desenvolver uma relação eficaz. Observámos que, a prioridade dos profissionais de saúde perante a pessoa doente que entra no Serviço de Urgência, via sala de emergência, por se encontrar numa situação de maior vulnerabilidade, devido à alteração que sofreu o seu estado de saúde de forma mais ou menos súbita, é promover o seu atendimento o mais rápido possível. No entanto, acolher a pessoa, mostrar disponibilidade e respeito, tratar pelo nome, pedir o seu consentimento e colaboração nos cuidados planeados, poderá ajudar a reverter os sintomas e perceber melhor o contexto da situação causadora da doença. Com este processo de interação constante podemos fortalecer o processo de relação terapêutica, promotor de ganhos em saúde e ambiente terapêutico de cuidados.

No processo de cuidar, incluir a família é importante na vida da pessoa doente. Em contexto de urgência, a família também vivencia sentimentos de stress. Foi um desafio no início, gerando alguma ansiedade e até com alguma dificuldade da nossa parte. No contexto de trabalho onde exercemos funções, BO, estamos distanciados da família. Foi uma oportunidade de crescimento pessoal, criar oportunidades para incluir a família nos cuidados.

Ao longo do estágio, e pela nossa experiência profissional conseguimos sistematizar os cuidados de enfermagem e após a estabilização hemodinâmica da pessoa em situação crítica promover uma escuta ativa, adequar a comunicação quer verbal, quer não-verbal, demonstrar disponibilidade e prestar toda a informação necessária.

Ainda em relação ao desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais com a equipa multidisciplinar, consideramos que é de extrema importância. O facto de o SU estar aberto vinte e quatro horas por dia e ser o único capaz de dar resposta às mais diversas

situações, pudemos presenciar situações muito diversas, de pessoas em situação crónica, pessoas em situação de doença agudizada, pessoas mais velhas com problemas de ordem social, alcoólicos, toxicodependentes, doentes psiquiátricos agitados, mulheres maltratadas.

Acompanhamos a Supervisora Clínica, uma vez que praticamente em todos os turnos era responsável de equipa, no estabelecimento de uma relação de ajuda às pessoas que carecem de cuidados, fazendo a articulação com as várias categorias profissionais, desde bombeiros, polícia, assistentes sociais, psiquiatra, cirurgiões, entre outros. Apercebemo-nos das dificuldades, mas ao longo do estágio, conseguimos desenvolver habilidades comunicacionais, que nos permitiram colaborar de forma autónoma.

No que concerne ao controlo da dor, sintoma muito frequente e que expressa o sofrimento humano, o enfermeiro especialista em EMC-PSC “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (OE, 2018, p. 19363).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), define dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável que normalmente é associada a lesões reais ou potenciais” (Lima, et al., 2020, p. 3).

A dor é um dos sintomas, pelo qual as pessoas recorrem a auxílio médico, sendo também em contexto de Serviço de Urgência, uma das queixas mais frequentes. A avaliação da dor, nem sempre é fácil, uma vez que é sempre subjetiva. (Alves et al., 2018).

Comum em todos os seres humanos, é, no entanto, vivenciada de forma individual e expressa de forma particular (Xavier et al., 2018).

A dor pode alterar o bem-estar físico e mental. Xavier et al., (2018) referem que é “imprescindível, para a avaliação eficaz da dor, a participação da equipa de Enfermagem, e assim, conseguir observar, de forma mais completa, as queixas e alterações apresentadas pelo paciente para fornecer assistência integral, holística e de qualidade” (p. 2439).

Também a DGS sensível a esta problemática, faz publicar no dia 14 de junho de 2003, a Circular Normativa nº 9 onde institui a “Dor como 5º Sinal Vital”.

Segundo a referida norma:

“A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente” (DGS, 2003, p.1).

É importante que os que os profissionais de saúde tenham conhecimento das ferramentas que dispõem para essa avaliação (Alves et al., 2018).

Como norma de boa prática, deve ser efetuado o registo da intensidade da dor, e a utilização de escalas para mensuração da intensidade da Dor. As escalas a utilizar estão validadas internacionalmente: “Escala Visual Analógica” (convertida em escala numérica para

efeitos de registo), “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces” (DGS, 2003, p.1).

A utilização de escalas, para avaliação da dor, por parte do enfermeiro, permite a obtenção de informações concretas, podendo ser considerado um método seguro, rápido e simples, de forma a proporcionar o bem-estar da pessoa em situação crítica, o tratamento farmacológico adequado, de acordo com a sua evolução (Santos et al., 2019; Xavier et al., 2018).

No serviço de urgência, é fundamental que o enfermeiro esteja capacitado para realizar triagem/acolhimento da pessoa em situação crítica.

Durante o estágio efetuado, e perante as diferentes situações que presenciámos, fomos aperfeiçoando a habilidade para avaliar e intervir de forma adequada perante as queixas algícas do doente. Durante o atendimento, tivemos em consideração questões emocionais e psicossociais que muitas vezes causam o agravamento da dor e o uso de escalas, visual analógica, numérica e de faces foram fundamentais para proporcionar uma melhor qualidade de vida à pessoa em situação crítica.

Na UCI, perante a necessidade de avaliação da dor em doentes ventilados, utilizamos a escala Behavioral Pain Scale [BPS]. São três, os indicadores que constituem esta escala: “expressão facial”, “movimento do membro superior” e “tolerância à ventilação” (Bezerra, 2022; Lima et al., 2020).

No que diz respeito aos registos de enfermagem, conseguimos progressivamente realizá-los de modo autónomo, de realçar que uma das dificuldades foi nunca ter trabalhado com o sistema informático SClínico. Os registos revelaram-se de extrema importância, pois permitem dar continuidade aos cuidados de enfermagem.

O desafio do enfermeiro especialista neste domínio de competências é grande, uma vez que tem que se focar tanto nas necessidades básicas do utente, na disponibilidade para a família do doente, na prestação de cuidados avançados, na monitorização e avaliação contínua de parâmetros complexos.

Neste contexto, o enfermeiro especialista tem um papel fulcral, na prestação de cuidados centrados na pessoa, promovendo o bem-estar e a dignidade dos indivíduos e das suas famílias durante situações de doença crítica e falência orgânica. O modelo teórico de Meleis, frequentemente aplicado na enfermagem fornece o quadro conceptual para compreender e facilitar as transições que as pessoas enfrentam ao longo do processo de saúde-doença; na facilitação das transições através do apoio durante períodos de mudança e adaptação; na compreensão dos fatores que influenciam a capacidade de adaptação durante as transições, incluindo os aspetos emocionais, sociais e culturais; na promoção da continuidade e estabilidade durante as transições, ajudando a pessoa, família e cuidadores a encontrar recursos e apoio necessários, no apoio à autocuidado. Por outro lado, enfermeiro especialista

deve utilizar a mais recente evidência científica disponível, juntamente com a experiência clínica e as preferências da pessoa/família, para tomar decisões sobre o cuidado.

Perante o exposto consideramos que a competência, cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica foi alcançada.

**Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC**

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

**Competências de Mestre em Enfermagem**

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

A emergência e catástrofe, são acontecimentos imprevisíveis. De acordo com o Regulamento nº 429/2018” Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida” (p. 19362).

As instituições devem ter planos de emergência catástrofe e evacuação que definam orientações, organização, de modo a facilitar e uniformizar os procedimentos.

“Uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata. Uma situação de exceção consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363).

Uma das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica é dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, para tal o enfermeiro especialista, “Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (Regulamento nº. 429/2018, p. 19363).

De forma a desenvolver esta competência, no início do estágio, realizamos a leitura do Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil, do Regulamento do Plano de Emergência Interno e externo do Hospital, com a finalidade de poder dar uma resposta eficaz e efetiva, a situações que pudessem surgir. Estivemos presentes no II Encontro do ME-PSC 2022/2023 onde um dos temas “Resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe – da

conceção à ação”, contribuiu para novos conhecimentos sobre a temática (Anexo II).

Os conteúdos lecionados na unidade MC3, foram importantes trazendo novos conhecimentos na área. Saliento o poster elaborado sobre “Importância da simulação na aplicação de um plano de evacuação”. Após realizarmos uma *Scoping Review* sobre o tema retiramos algumas conclusões que evidenciam claramente a importância dos simulacros. Alguns autores referem que, indivíduos treinados interagem com o objetivo de evacuar o mais rapidamente possível as pessoas, que o treino influencia o plano de evacuação, que a equipa multidisciplinar deve receber anualmente formação prática através da simulação, entre outros. Em concordância com o descrito na Unidade de competência 2.2 do Regulamento nº 429 (2018), em que refere que o Enfermeiro Especialista “concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe”, garantindo “o treino/exercício de ativação do plano de emergência ou catástrofe, é realizado periodicamente” (p. 19364).

Para enriquecer, os conhecimentos e de alguma forma validar esta competência gostaríamos de ter feito um estágio na proteção civil, por motivos vários não foi possível. No entanto realizamos um estágio de observação na unidade de gestão de risco da instituição (Anexo III). Esta unidade, tem objetivos bem definidos que vêm descritos no Artigo 87º do regulamento interno da instituição. Sendo a missão, “promover uma abordagem estruturada, integrada e multidisciplinar dentro da organização, no que respeita aos diversos tipos de riscos e a sua prevenção/redução considerando estratégias de gestão de risco estabelecida, e que resultem sistemas de trabalho, práticas e instalações mais seguras, bem como a consciencialização de todos os colaboradores e prestadores de serviços, da importância do seu contributo na procura da excelência nesta área” (Regulamento interno, 2021). Foi um dia, muito proveitoso, primeiro, com a consulta de documentos em suporte informático, posteriormente uma visita às instalações hospitalares. Pudemos perceber a complexidade da estrutura. Visitamos a central elétrica, onde nos explicaram quais os procedimentos em situação de emergência e catástrofe; em relação à água potável foi-nos mostrado todo o processo de como é abastecido o hospital; em relação aos gases medicinais, quais as precauções diárias para a sua manutenção. Recentemente criado o *Datacenter*, onde se encontram os servidores informáticos, foi-nos explicado de como é feita a refrigeração e manutenção das condições ideais, pois um acidente neste local poderia por em causa o funcionamento hospitalar. Ao percorrer o edifício, vimos a localização de algumas escadas de emergência, locais de extintores entre outros dispositivos do combate a incêndios.

Muito ficou por ver e novas dúvidas surgiram. Apesar de não presenciarmos nenhuma de emergência, exceção e catástrofe, julgamos ter atingido esta competência.

**Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC**

3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de 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 adequada

**Competências de Mestre em Enfermagem**

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

A evolução tecnológica, trouxe um aumento crescente de técnicas, procedimentos invasivos, promovendo a ocorrência de infeções graves e efeitos adversos nos cuidados de saúde.

O Enfermeiro Especialista desempenha um papel central na prevenção e controle de infeções e resistência antimicrobiana em doentes em situação crítica ou com falência orgânica. Como referido do Regulamento nº 429 (2018), em relação às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: “Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pelas necessidades de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção” (p. 19364).

Durante o nosso exercício profissional, a atualização contínua, na área do controlo e prevenção da infeção, foi uma preocupação constante. Sendo o BO, o local onde exercemos funções, leva-nos diariamente, a questionar, procurar a melhor evidência científica sobre práticas seguras. Neste momento somos o elemento dinamizador no Serviço com o grupo UL-PPCIRA do Hospital.

Tivemos a oportunidade, de fazer um estágio de observação junto do elemento do núcleo no UL-PPCIRA da ULS (Anexo IV) A missão e os valores do grupo UL-PPCIRA, são os preconizados no Regulamento Interno da Instituição, nomeadamente assegurar a saúde dos seus clientes, e na garantia da qualidade dos serviços prestados no âmbito da prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde e da resistência antimicrobiana. “Os objetivos direcionam-se em quatro eixos estratégicos: organização, vigilância epidemiológica, formação e monitorização, de modo a cumprir o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos” (Regulamento interno UL-PPCIRA, 2017).

O trabalho realizado pela UL-PPCIRA, não é do conhecimento de muitos profissionais, nomeadamente os enfermeiros. Este estágio, permitiu-nos compreender, a composição e o funcionamento da UL-PPCIRA, assim como as atividades desenvolvidas. Uma realidade diferente, da prestação direta de cuidados ao doente, no entanto com um papel fulcral na promoção de cuidados de saúde seguros e de qualidade.

As suas atividades passam por implementar políticas e procedimentos de prevenção e controlo da infeção; vigilância epidemiológica; auditorias periódicas; participar em ações de formações e campanhas preventivas; em articulação com a empresa prestadora do serviço de higienização das instalações, avaliar o risco biológico nos diversos serviços; em articulação com a gestão de risco, participar em programas de investigação relacionados com as IACS; entre outros.

Na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica 5, os conteúdos teóricos adquiridos foram uma mais-valia, assim como o trabalho realizado sobre o tema Plano de Intervenção e Controlo de IACS “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da ILC no Intraoperatório. A consulta de normas da DGS, OMS, ECDC, deram-nos o suporte teórico.

Também o “II Encontro do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica 2022/2023”, que presenciamos, mais precisamente no tema, “Prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica - das estratégias ao cumprimento”, nos permitiu auscultar a realidade, de três hospitais de Portugal e assim contribuir de forma positiva no nosso estágio (Anexo II).

A UL-PPCIRA, não consegue atingir os resultados pretendidos, por exemplo em relação à prevalência de IACS, se não existir um grupo de profissionais que colaborem neste desígnio. Por esse motivo, existem em todos os serviços elementos / elos de ligação à UL-PPCIRA. Estes elementos recebem formação específica nesta área e transmitem essa informação aos restantes profissionais do seu serviço.

Como elo de ligação ao serviço onde trabalhamos, frequentámos uma formação de 35 horas, da responsabilidade da UL-PPCIRA sobre “Fundamentos de Prevenção e Controlo da Infeção em Cuidados de Saúde” (Anexo V). O SU, tem três enfermeiras, que são os elos de ligação, que também participaram na formação. Foi muito importante porque juntas podemos refletir e fazer o diagnóstico das necessidades e planear algumas estratégias de mudança, relativamente à gestão dos novos circuitos de limpos e sujos no manuseamento e triagem dos resíduos.

Observamos, que as referidas enfermeiras eram um ponto de referência nesta área. Com vista à redução de infeções conceberam e planificaram estratégias: como a supervisão de boas práticas, formação da equipa multidisciplinar para alcançar uma melhoria contínua. A nós deram-nos a oportunidade de integrar o projeto de higienização das mãos, e acompanhamento da realização de auditorias.

O serviço de urgência não é dotado de quartos de isolamento, mas ao longo do estágio verificamos o esforço por parte da equipa para minimizar a cadeia de transmissão de infeção, nomeadamente: colocando sinalética, sempre que possível colocar o doente num local isolado, utilização de folhetos informativos sobre atuação perante o tipo de isolamento dando assim cumprimento à recomendação da DGS, Norma n.º 029/2012 (DGS, 2012) que refere

“doentes que representem um risco acrescido de transmissão cruzada (p. ex. sintomas de diarreia), devem ser colocados num local que minimize esse risco (p. ex. quarto individual)” (p. 3).

Devido à publicação da norma 004/2023 da DGS, acerca da “Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de Carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a Meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento”, a UL-PPCIRA do hospital, tem vindo a reunir e discutir a aplicabilidade da mesma, na tentativa de delinear uma estratégia de atuação. Sendo uma área do nosso interesse e por incentivo da Supervisora Clínica e total disponibilidade para colaborar por parte dos elos de ligação ao grupo UL-PPCIRA do SU, concluímos que seria interessante realizar o nosso projeto de intervenção profissional nesta área. Consideramos que o PIP desenvolvido, baseado na evidência recente, com realização da sessão formativa, do dossier temático, da instrução de trabalho e do cartaz informativo, fundamenta os critérios de avaliação desta unidade de competência, uma vez que a nossa atuação teve por base a avaliação diagnóstica, planeamento e implementação de estratégias que ambicionaram a prevenção e controlo de infeção no Serviço de Urgência.

Enquanto enfermeira especialista em EMC Pessoa em Situação Crítica, temos responsabilidades acrescidas na investigação e atualização constante nesta área. Durante o estágio, procuramos sempre cumprir todas as normas e *guedlines* estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, atingindo assim a competência aqui descrita.

## CONCLUSÃO

O enfermeiro especialista além de desempenhar as competências inerentes aos enfermeiros de cuidados gerais, deve acrescer as competências que lhe garantam a diferenciação, nomeadamente na sua área de especialização e por outro lado enriquecer os seus conhecimentos que lhe permitam novas aptidões, competências de forma a promover a qualidade dos cuidados e conseqüentemente ganhos para a saúde.

Durante o percurso académico o nosso principal objetivo, foi a aquisição de capacidades e competências relativas ao cuidado ao doente crítico. Os dois estágios efetuados permitiram-nos o contato com novas experiências e realidades, determinantes na maturação e aquisição dessas competências. Não seria correto da nossa parte negar a inexistência de dúvidas e dificuldades, mas por outro salientar a nossa resiliência para as ultrapassar, pela importância que atribuímos a esta etapa académica, na nossa vida pessoal, profissional enquanto enfermeira.

A elaboração do relatório, visou espelhar uma reflexão crítica que resultou da prática dos cuidados efetuados, das experiências vividas, do nosso progresso individual, de tomada de decisão, autonomia durante o estágio, possibilitando explicar a aquisição de competências científicas, técnicas, humanas em todos os domínios como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica. Durante este percurso, foram muitas as situações vividas que evidenciam as competências de enfermeiro especialista. De uma forma sucinta, foram relatadas algumas das situações que consideramos pertinentes e constituíram momentos de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional.

Podemos sustentar, que os objetivos traçados foram atingidos, pela aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas EMCPSC, assim como as competências de Mestre em Enfermagem, e pela realização do PIP, na área das IACS, mais concretamente, na “intervenção do enfermeiro na prevenção e controlo de infeção por Enterobacterales produtores de Carbapenemases (EPC) e Staphylococcus aureus resistente a Meticilina (MRSA), no serviço de urgência”.

A elaboração do PIP, foi feito de acordo com a Metodologia de Projeto, indo de encontro

a uma área de interesse pessoal e dar resposta a uma necessidade real identificada no local de estágio. Após a pesquisa de literatura atual à luz da mais recente evidência científica, na qual nos baseamos para a elaboração do artigo científico, delineamos estratégias para implementar medidas no serviço. O nosso contributo, passou pela partilha de saberes, esclarecimento através de momentos formativos, criação de uma Instrução de trabalho, cartaz informativo, dossier com informação e folha de registos do rastreio, para a melhoria e excelência dos cuidados prestados com a participação ativa dos profissionais de saúde.

Os dois referenciais teóricos escolhidos, PBE de June Larrabee e o modelo teórico de Afaf Meleis, “teoria das transições” para fundamentar o PIP e a aquisição de competências como enfermeira especialista ao longo do processo formativo foram os apropriados. Por um lado, pela prática baseada em evidência, onde a experiência, o juízo crítico e competência do enfermeiro, assim como os valores, crenças e preferências dos doentes têm a mesma finalidade, respeitar as necessidades do doente. Não menos importante o processo de transição causado por mudanças na saúde e doença dos indivíduos. Essa transição tende a torna-los mais vulneráveis e a ficarem perante novos riscos, agravando a situação clínica ou criando novos danos para a saúde. Este referencial teórico, permite-nos aprimorar esses riscos ao analisar o conceito de transição como um conceito central da enfermagem, sendo importante, perceber os padrões das transições; as propriedades da experiência das transições; os fatores inibidores e facilitadores; os indicadores de processo e de resultados; e a terapêutica de enfermagem.

Com o término deste percurso académico, destacamos o sentimento de realização pessoal e profissional gratificante, em que as Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC e de Mestre em Enfermagem objetivadas foram desenvolvidas com sucesso traduzindo-se em ganhos em saúde para os doentes através da prestação de cuidados especializados de excelência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. UIE/ ACSS. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas\\_Cuidados-Intensivos\\_2013.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf)
- Alexandre, A. (2023). Análise Microbiológica no Diagnóstico Clínico: Rastreio de Enterobacterales produtoras de carbapenemases [Relatório de Estágio/ Mestrado em Microbiologia, Universidade de Aveiro]. [https://ria.ua.pt/bitstream/10773/39305/1/Documento\\_Ana\\_Alexandre.pdf](https://ria.ua.pt/bitstream/10773/39305/1/Documento_Ana_Alexandre.pdf)
- Alves, D., Mendez, G., & Magalhães, M. (2018). Analgesia na emergência. *Acta méd. (Porto Alegre)*, 33(1), 6. <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/02/879400/analgesia-na-emergencia.pdf>
- Alves, C. (2021). Feixe de Intervenções na Manutenção do Cateter Venoso Central Saberes e Práticas de Enfermeiros numa Unidade de Cuidado [VI Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Instituto Politécnico de Castelo Branco]. [http://62.28.241.119/bitstream/20.500.11960/2707/1/Cristina\\_Alves.pdf](http://62.28.241.119/bitstream/20.500.11960/2707/1/Cristina_Alves.pdf)
- Arco, A., Arco, H., Lucindo, I. & Martins M. (2018). Normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos. (Versão 2). (Manuscrito não publicado). Escola Superior de Saúde de Portalegre: Portalegre, Portugal.
- Azevedo, M. (2023). No Caminho pela Valorização da Enfermagem: Percurso de Aquisição de Competências. [Relatório de Estágio/ Mestrado em Enfermagem, Instituto das Ciências da Saúde do Porto]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. [203309324.pdf \(ucp.pt\)](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10451/203309324/203309324.pdf)
- Barbosa, L. (2022). Competências no Cuidar da Pessoa em Situação Crítica em Contexto do Serviço de Urgência. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo] Repositório Científico do Politécnico de Viana do Castelo. [Luisa\\_Barbosa.pdf \(ipvc.pt\)](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10451/203309324/203309324.pdf)

- Barros, A & Bispo, G. (2017, junho 23-24). *Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem* [Palestra]. I Encontro do Processo de Enfermagem, S. Paulo, Brasil. [Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem | Galoá Proceedings](#)
- Bastos, R. (2010). Metodologia das comissões de controlo da infecção. *Cadernos De Saúde*, 3 (Especial), 77-83. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2010.3016>
- Bezerra, R. (2022). Impactos da Dor em Unidades de TERAPIA Intensiva: Uma Revisão Sistemática [Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso para graduação em Medicina, Escola da Bahiana]. Escola de Medicina e Saúde Pública da Bahiana. [Bezerra, R. \(2022\). Impactos da Dor em Unidades de... - Google Acadêmico](#)
- Brás, C. (2023). Fatores determinantes da cultura de segurança do doente: implicações para a prática dos enfermeiros obstetras [Tese Doutorado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar]. [652122.pdf \(up.pt\)](#)
- Boieiro, L. (2022). Diagnóstico de Enfermagem: risco de infeção no doente crítico [Relatório de Estágio/ Mestrado em Enfermagem Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus Universidade de Évora]. Repositório Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/32553>
- Brito, A. (2012). A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado [Doutoramento em Enfermagem ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12617>
- Cabete, R. (2015). Sentimentos de Mudança na Prática Clínica dos Enfermeiros, após Formação Especializada em Enfermagem de Reabilitação [Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório da Universidade Superior de Enfermagem de Coimbra. [Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra \(esenfc.pt\)](#)
- Camargo, F., Iwamoto, H., Galvão, C., Monteiro, D., Goulart, M. & Garci, L. (2017). Modelos para Implementação da Prática Baseada em Evidências na Enfermagem Hospitalar: Revisão Narrativa. *Texto Contexto Enferm*, 26(4), 1-12. [scielo.br/j/tce/a/w7YdK4vhvw74CgjSv56tFWG/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/tce/a/w7YdK4vhvw74CgjSv56tFWG/?format=pdf&lang=pt)
- Cardoso, R. (2015). As infeções associadas aos cuidados de saúde. [Dissertação de mestrado/ Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. [As infeções associadas aos cuidados de saúde | Estudo Geral \(uc.pt\)](#)

- Chick, N. & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. In CHINN, P; BOULDER, C. - Nursing research methodology. [s.n.]: Aspen Publication, p. 237-257. [214139788.pdf \(core.ac.uk\)](#)
- Costa, L. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3),137-145. <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/181/1538>
- Decreto n.º 1/2001 do Presidente da República. (2001). Convenção para a protecção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina. Diário da República: I série -A, n.º 2, 14–35. [002a00.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Decreto-Lei n.º 102/2023 Presidência do Conselho de Ministros. (2023). Diário da República: 1.ª série, n.º 215/23. [0000400020.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Decreto-Lei n.º 65/2018 Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Diário da República: 1.ª série, n.º 157/18. [Decreto-Lei n.º 65/2018 | DR \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Decreto Regulamentar n.º 14/2012 do Ministério da Saúde. (2012). Diário da República: 1.ª série, n.º19/12. [0048000482.pdf \(dre.pt\)](#)
- Despacho n.º 10901/2022 do Ministério da Saúde. (2022). Diário da República: 2.ª série n.º 174/21. [\\*0009300099.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). Diário da República: 2.ª série n.º 187/21. [Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf \(min-saude.pt\)](#)
- Despacho n.º 2757/2017 do Ministério da Saúde. (2017). Diário da República, 2.ª série n.º 66/17. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2017/04/066000000/0615306154.pdf>
- Despacho n.º 13427/2015a do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: 2.ª série, n.º 228/15. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/11/228000000/3381433816.pdf>
- Despacho n.º 5613/2015b do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: 2.ª série n.º 102/15. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Despacho n.º 1400-A/2015c do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: 2.ª série n.º 28 /15. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: 2.ª série, n.º 153/14. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>

- Despacho n.º 2902/2013 do Ministério da Saúde. (2013). Diário da República: 2.ª série n.º 38/15. [0717907180.pdf \(diariodarepublica.pt\)](https://www.dgs.gov.pt/diariodarepublica/2013/05/38/15/0717907180.pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2023, maio). Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento. [norma-n-0042023-de-290520231.aspx \(dgs.pt\)](https://www.dgs.gov.pt/norma-n-0042023-de-290520231.aspx)
- Direção Geral da Saúde. (2022, agosto). Norma Clínica: 022/2015 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central. [norma\\_022\\_2015\\_atualizada\\_29\\_08\\_2022-prev\\_inf\\_cvc.pdf \(min-saude.pt\)](https://www.min-saude.pt/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2018.) Infeções e Resistências aos Antimicrobianos. Relatório Anual do Programa Prioritário. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2017, fevereiro). Norma n.º 001/2017 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. [comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf \(min-saude.pt\)](https://www.min-saude.pt/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2012, dezembro). \_Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). [NORMA DGS\\_029.2012\\_ACT.10.2013.pdf \(spp.pt\)](https://www.dgs.gov.pt/NORMA_DGS_029.2012_ACT.10.2013.pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2007, março). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. [programa\\_nacional\\_de\\_prevencao\\_e\\_controlo\\_de\\_infeccao\\_associada\\_oas\\_cuidados\\_de\\_saude\\_0.pdf \(anci.pt\)](https://www.anci.pt/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2003, junho). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. [DGS-dor\\_como\\_5\\_sinal\\_vital\\_-\\_2003.pdf \(aped-dor.org\)](https://www.aped-dor.org/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf)
- Direção Geral dos Negócios Políticos. (1978). Declaração Universal do Direitos Humanos. [04880493.pdf \(diariodarepublica.pt\)](https://www.dgs.gov.pt/04880493.pdf)
- European Centre for Disease Control and Prevention. [ECDC] (2017). Surveillance of antimicrobial resistance in Europe 2017. [AMR\\_2017\\_Cover+Inner-web\\_v3.pdf \(europa.eu\)](https://www.eurosurveillance.org/AMR_2017_Cover+Inner-web_v3.pdf)
- Ferraz, L., Schneider, L., Pereira, R. & Pereira, A. (2020). Ensino e aprendizagem da prática baseada em evidências nos cursos de Enfermagem e Medicina. *Rev. bras. Estud. pedagog.*, v. 101, (n.º 257), 237-249. [scielo.br/j/rbeped/a/6f8SHSbH8FxzZGwk6fFjswt/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/rbeped/a/6f8SHSbH8FxzZGwk6fFjswt/?format=pdf&lang=pt)

- Ferrito, C. (2007). Enfermagem baseada na evidência: estudo piloto sobre necessidades de informação científica para a prática de enfermagem. *Percurso*, 2, nº3. p, 36-40 IPS - Instituto Politécnico de Setúbal. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9019>
- Fontana, R. (2006). As infeções hospitalares e a evolução histórica das infeções. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 59(5), 703-6. [scielo.br/j/reben/a/ydwpRMkCd6VWKwYbsbF5GhG/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/reben/a/ydwpRMkCd6VWKwYbsbF5GhG/?format=pdf&lang=pt)
- Fortin, M. F., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Gonçalves, S. & Carmo, T. (2022). Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(1), 27-46. [2393-6606-ech-11-01-e2746.pdf \(scielo.edu.uy\)](https://scielo.edu.uy/2393-6606-ech-11-01-e2746.pdf)
- Graveto, J., Rebola, R., Fernandes, E. & Costa, P. (2018). Higiene das mãos - adesão dos enfermeiros após processo formativo. *Rev Bras Enferm [Internet]*, 71(3), 1258-62. [scielo.br/j/reben/a/B8wDGpz5hbmgn9QRLxj7G8x/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/reben/a/B8wDGpz5hbmgn9QRLxj7G8x/?format=pdf&lang=pt)
- Haque, M., Sartei, M., Mckimm, J. & Bakar, M. (2018). Health care-associated infections – an overview. *Infection and Drug Resistance*, 11, 2321–2333. [Health care-associated infections – an overview | IDR \(dovepress.com\)](https://www.dovepress.com/Health-care-associated-infections-an-overview-IDR)
- Kruse, M. (2006). Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 59(esp), 403-10. [scielo.br/j/reben/a/x4qGJPzM6m4wynVKbRjJMmy/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/reben/a/x4qGJPzM6m4wynVKbRjJMmy/?format=pdf&lang=pt)
- Lacerda, R., & Egry, E. (1997). As infeções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5(4), 13–23. [scielo.br/j/rlae/a/sKDHvVx4N6dKQPPPhQY47Qgr/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/rlae/a/sKDHvVx4N6dKQPPPhQY47Qgr/?format=pdf&lang=pt)
- Laje, M. & Sousa, P. (2013). Implementar Programas de Qualidade e de Segurança do Doente: Que Ganhos Podemos Esperar? *tecno hospital*, 60, 22-27. <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/1718>
- Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. Porto Alegre, Brasil: AMGH Editora Ltda.
- Lecour, H. (2010). Infecção em cuidados de saúde: perspectiva actual. *Cadernos De Saúde*, 3(Especial), 17-23. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2010.2987>
- Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República. (2019). Lei de Bases da Saúde. Diário da República: I Série, nº 169. [\\*0005500066.pdf \(dre.pt\)](https://dre.pt/*0005500066.pdf)

Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2015). Diário da República: I Série, nº 181. [\\*0805908105.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)

Lei Constitucional nº 1/2005 da Assembleia da República. (2005). Diário da República: I Série A, nº 155/05. [155a00.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)

Lima, V., Lohmann, P., Costa, A. & Marchese, C. (2020). O uso da escala da dor pelos profissionais de enfermagem no contexto da urgência e emergência: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, V 9, (nº 11), 1-17. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9403>

Lima, J. (2008). A utilização de equipamentos de protecção individual pelos profissionais de Enfermagem – práticas relacionadas com o uso de luvas [Dissertação de Mestrado, Escola de Engenharia da Universidade do Minho]. [Disserta%C3%A7%C3%A3o Jorge Lima 01.03 frente verso.pdf \(uminho.pt\)](#)

Maas, T. & Zagonel, I. (2005). Transição de Saúde- Doença do Ser Adolescente Hospitalizado *Cogitare Enferm*, 10(2), 68-75. [3790 \(ufpr.br\)](#)

McEwen, M. & WILLS, E. (2011). *Theoretical basis for nursing*. Lippincott Williams & Wilkins

McKibben, L., Horan, T., Tokars, J., Fowler, G., Cardo, D. & Pearson, M. (2005). Guidance on public reporting of healthcare-associated infections; recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *American journal of infection control*, v. 33, nº 4, p. 217-226. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11342>

Medeiros, A., Enders, B. & Lira, A. (2015). Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. *Revista de Enfermagem*, 19(3), 518-524. [scielo.br/j/ean/a/9zrj7LrWzWGJhJ7BdZDHXG/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/ean/a/9zrj7LrWzWGJhJ7BdZDHXG/?format=pdf&lang=pt)

Meleis, A. (2021). *Transition Theory Afafs Ibrahim*. University of Harf Al Batin. [https://www.researchgate.net/publication/359230505\\_TRANSITION\\_THEORY\\_TRANSITION\\_THEORY\\_AFAF%27S\\_IBRAHIM\\_MELEIS\\_PREPARED\\_BY](https://www.researchgate.net/publication/359230505_TRANSITION_THEORY_TRANSITION_THEORY_AFAF%27S_IBRAHIM_MELEIS_PREPARED_BY)

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development & progress* (5th Edition). Philadelphia. Lippincott williams & wilkins.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer. [transitions theory middle range and situation specific theories in nursing research and practice.pdf \(wordpress.com\)](#)

- Mota, J. (2019). UTILIZAÇÃO DO GOOGLE FORMS NA PESQUISA ACADÊMICA. *Revista Humanidades e Inovação* v.6, (nº.12), 371-380. [v. 6 n. 12 \(2019\) | Humanidades & Inovação \(unitins.br\)](#)
- Mota, N., Andreia, L., Rodrigues, S., Filomena, L., Pereira, I. & Maria, I. (2011). A transição no transplante hepático – um estudo de caso. *Revista de Enfermagem Referência*. (nº 3), 19-26. [A transição no transplante hepático: um estudo de caso \(scielo.pt\)](#)
- Nunes, L., Amaral, & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico dos Enfermeiros: Dos Comentários à Análise dos casos. Ordem dos Enfermeiros. [codigodeontologicoenfermeiro\\_edicao2005.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. [OPSS] (2018). *Meio caminho andado. Relatório Primavera 2018*. Lisboa. [Relatorio-Primavera-2018.pdf \(opssaude.pt\)](#)
- Oliveira, P. (2023). A comunicação da equipa de cuidados na promoção da segurança da pessoa em situação crítica. [Relatório de Estágio/ Mestrado em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. [MEPSCritica\\_10451\\_original.pdf \(rcaap.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário do República, 26, Série II, 4744 -4750. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das competências de Enfermeiro em Enfermagem à pessoa em situação crítica*. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). *Conselho jurisdicional, Parecer CJ 10/2017. Parecer 10 2017 MCEEMC DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf (ordemenfermeiros.pt)*
- Ordem dos Enfermeiros. (2017a) *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017b). Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica 2016-2019. [ParecerConjuntoCE MCEEMC\\_01-2017 AtribuicaoResponsavelTurno .pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Estatuto da ordem dos Enfermeiros e REPE. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Código Deontológico. [livroci\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. [PontoQuatro Norma de DotacoesSeguras dos Cuidados de Enfermagem AG 30 05 2014 aprovado por maioria proteq.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. [ind-kit-2012-final-português\\_vfinal\\_correto.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011a). *Regulamento Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. [PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Competências do enfermeiro de cuidados. gerais. [\\*divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Conselho jurisdicional, Parecer CJ 248/2010*. [Parecer248\\_2010\\_CJ\\_site.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. [divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Organização Mundial da Saúde. (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health Systems*. [9789240005709-por.pdf \(who.int\)](#)
- Peças, D. (2014). *Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem para a Consulta de Otorrinolaringologia [Relatório de Estágio/ Mestrado em Enfermagem Instituto Politécnico de Setúbal]*. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6819>
- Pereira, A., Macedo, A., Sezões, J. & Machado, T. (2012). Sigilo Profissional. *Percursos*, (nº 23), 3-10. [Revista Percursos n23\\_Sigilo Profissional.pdf \(rcaap.pt\)](#)
- Pereira, R. (2021). *Eficácia clínica e prática baseada em evidências: avaliação de atitudes, competências e práticas*. Universidade do Minho. [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/72449/1/Cap%C3%83%C2%ADtulo\\_EC\\_PBE\\_publicado.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/72449/1/Cap%C3%83%C2%ADtulo_EC_PBE_publicado.pdf)

- Petry, L. & Diniz, M. (2020). Comunicação entre equipas e a transferência do cuidado de pacientes críticos. *Rev Rene*, 1 -8. [Repositório Institucional UFC: Comunicação entre equipas e a transferência do cuidado de pacientes críticos](#)
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Rev Port Saúde Pública, Vol Temat (10)*, 27-39. [RUN - RPSP - vol tematico10a04 - p27-39.pdf \(unl.pt\)](#)
- Pisco, L. & Biscaia, L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (nº 2), 43-51. [RUN - RPSP - 2001 - vol tematico2a04 - p43-51.pdf \(unl.pt\)](#)
- Quintela, C., (2019). Um Percorso na Aquisição de Competências Especializadas. [Relatório de Estágio/Mestrado em Enfermagem ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/31551>
- Regulamento n.º 429/2018 do Ministério da Saúde. (2018). Diário da República: 2.ª série, n.º 135/18. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento n.º 361/2015. ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2015). Diário da República, 2.ª série, n.º 123/15. [\\*1724017243.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Ribeiro, O., Carvalho, F., Ferreira, I. & Ferreira, P. (2008). Qualidade dos cuidados de saúde. Repositório Científico do Politécnico de Viseu. 1-18. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/357>
- Ribeiro, O., Martins, M. & Tronchin, D. (2017), Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, vol. IV, nº.14, 89-103. [388255675011.pdf \(redalyc.org\)](#)
- Ruivo, A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15. [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Santiago, D., Pedro, A., Ruivo, M., Costa, M., Marques, M. & Pereira, M. (2023). Planeamento da Unidade Curricular. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre.
- Santos, A., Machado, R., Ribeiro, C., Mendes Neto, J., Ribeiro, M. & Meneses, M. (2019). Formação dos discentes de enfermagem acerca da avaliação da dor. *Rev. Enferm. UFPE*, 13 (5), 1380- 1386. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1024504>

- Silveira, G., Nome, F., Gesser, J. & Sá, M. (2006). Estratégias Utilizadas no Combate à Resistência Bacteriana. *Quim. Nova*, Vol. 29, No. 4, 844-855. [scielo.br/j/qn/a/8357FZYbtRVJB3R5pKFGP6v/?format=pdf&lang=pt](http://scielo.br/j/qn/a/8357FZYbtRVJB3R5pKFGP6v/?format=pdf&lang=pt)
- Sousa, Paulo (2010). Qualidade em saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados. *Revista TMQ*, 20-31. [edesp1\\_10\\_19\\_32.pdf\(riqual.org\)](http://edesp1_10_19_32.pdf(riqual.org))
- Sousa, I., Marques, J., Firmino, F., Frade, F., Valentim, O. & Antunes, A. (2018). Modelos de Formulação da Questão de Investigação na Prática Baseada na Evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*, 31-39. [https://repositorio-cientifico.essatla.pt/handle/20.500.12253/1287?locale=pt\\_PT](https://repositorio-cientifico.essatla.pt/handle/20.500.12253/1287?locale=pt_PT)
- Teixeira, A. (2021). Empoderamento profissional e enfermagem baseada na evidência: contributos para uma otimização da prática [Tese Doutoramento /Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. [534940.pdf\(up.pt\)](http://534940.pdf(up.pt))
- ULS (2023), Missão, Atribuições e Legislação. <https://www.uls.min-saude.pt/category/institucional/missao-atribuicoes-legislacao/>
- Universidade de Évora (2015). NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos. <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiSoe6H9MuFAxXE2AIHHeMtDHcQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fgdoc.uevora.pt%2F384829&usq=AOvVaw1hTPIIdU3SVz5o9aeUJVS4u&opi=89978449>
- Voidazan, S., Albu, S., Toth, R., Grigorescu, B., Rachita, A., Moldovan, I. (2020) Healthcare Associated Infections—A New Pathology in Medical Practice? *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 760, 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030760>
- Xavier, A., Lima, M., Burgos, T., Lira, M. & Serrano, S. (2018). Avaliação da dor pós-operatória sob a ótica do enfermeiro. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 12(9), 2436-2441. [Vista do Avaliação da dor pós-operatória sob a ótica do enfermeiro\(ufpe.br\)](http://Vista do Avaliação da dor pós-operatória sob a ótica do enfermeiro(ufpe.br))

## APÊNDICES

## APÊNDICE I – PROJETO DE ESTÁGIO

**MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**EM ASSOCIAÇÃO**



**Instituto Politécnico Portalegre**  
**Escola Superior de Saúde de Portalegre**

Docente: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isabel Bico  
Enfermeira Supervisora Clínica: Madalena Freitas

**PROJETO DE ESTÁGIO FINAL**

Maria Dulce Ferro nº 17

Portalegre, setembro 2023

## **IP Portalegre - Escola Superior de Saúde**

**IP Beja - Escola Superior de Saúde de Beja**

**IP Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias**

**IP Setúbal - Escola Superior de Saúde**

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

7º Mestrado de Enfermagem em Associação

Docente: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isabel Bico

Enfermeira Supervisora Clínica: Madalena Freitas

### **PROJETO DE ESTÁGIO FINAL**

Maria Dulce Ferro nº 17

Portalegre, setembro 2023

Projeto de Estágio Final

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

APA – American Psychological Association

AO – Assistente Operacional

DGS – Direção Geral de Saúde

ECG – Eletrocardiograma

EPC – Enterobacterales produtores de carbapenemases

ENF<sup>a</sup> – Enfermeira

ENF<sup>o</sup> - Enfermeiro

EMC – PSC - Enfermagem Médico Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

ISBAR – Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation

IT – Instrução de Trabalho

MMPBE - Modelo da Mudança da Prática Baseada em Evidências

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

UCI – Unidade Cuidados Intensivos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PI- Projeto de Intervenção

ULS : -Unidade Local Saúde (

SAMR – Staphylococcus Aureus Resistente a Meticilina

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Serviço de observação

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

Projeto de Estágio Final

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>4</b>
<b>1. CONTEXTO CLÍNICO</b>	<b>5</b>
<b>2. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b>	<b>10</b>
<b>2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b>	<b>12</b>
<b>2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMC-PSC</b>	<b>16</b>
<b>3. CONCLUSÃO</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>20</b>

Projeto de Estágio Final

## **INTRODUÇÃO**

O presente projeto de estágio, enquadra-se no âmbito do plano curricular do 2º ano do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre (em associação).

Com a duração de 18 semanas, com início em 11 de setembro de 2023 e término em 26 de janeiro de 2024, num total de 336H, o estágio final faz parte do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico cirúrgica vertente doente crítico.

Esta unidade curricular, tem como objetivos adquirir conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem; melhorar a qualidade dos cuidados de saúde; permitir o desenvolvimento e formação especializada da disciplina e capacitar para a governação clínica.

A operacionalização da aquisição destas competências será através da reflexão e da realização de atividades durante o período de estágio.

A realização do estágio final contempla a realização de um projeto de intervenção, com base nas necessidades identificadas pela equipa/serviço de urgência, local onde irá decorrer o estágio final. Através da conceção e implementação deste projeto, pretende-se que sejamos capazes de desenvolver e adquirir competências como especialista e de Mestre em enfermagem em EMC- PSC.

Começamos por realizar uma descrição e caracterização do Serviço, dando particular ênfase à estrutura física, gestão de recursos, funcionamento do SU.

O capítulo seguinte, é dedicado à descrição das competências comuns enquanto especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC, assim como as atividades que nos propomos executar para as obter.

Será feita uma breve conclusão, realçando os aspetos mais relevantes do estágio e apresentadas as referências bibliográficas consultadas.

O documento foi redigido de acordo com a 7ª edição das Normas American Psychological Association (APA).

Projeto de Estágio Final

## 1. CONTEXTO CLÍNICO

Todos os serviços que compõem o hospital são fundamentais ao seu funcionamento, cada um com características e funções distintas.

O serviço de urgência é projetado para atender doentes que necessitam de tratamento imediato devido a doenças ou lesões agudas. É a primeira linha de entrada para doentes que chegam ao hospital com uma ampla variedade de condições médicas e cirúrgicas. O foco principal é estabilizar, avaliar e iniciar o tratamento.

O atendimento no serviço de urgência é de curta duração, com o objetivo de estabilizar e determinar o próximo passo, que pode ser a alta hospitalar, a admissão em unidades de internamente, UCI em situações extremas o óbito.

O serviço de urgência onde está a ser realizado o estágio final é de um dos hospitais pertencentes ULS [REDACTED].

Criada em fevereiro de 2007, documentada no decreto nº 50-B/2007, de 28 de fevereiro, esta unidade, integra dois hospitais e 16 centros de saúde e rege-se pelos seguintes valores:

- a) Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos;
- b) Excelência técnica;
- c) Acessibilidade e equidade dos cuidados;
- d) Promoção da qualidade;
- e) Ética, integridade e transparência;
- f) Motivação e atuação pró-ativa;
- g) Melhoria contínua;
- h) Trabalho de equipa;
- i) Respeito pelas normas ambientais;
- j) Cultura de rigor e gestão” (ULS [REDACTED] 2023).

O serviço de urgência do [REDACTED] tem a classificação de SUMC (serviço de urgência médico-cirúrgica), (Despacho 13427/2015).

“O SUMC é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando -se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referenciação”(MS,2014,20673).

Durante este período será desenvolvido o projeto de intervenção profissional. Consideramos, por isso importante a caracterização do serviço, da estrutura física, recursos humanos e materiais.

### **Estrutura física**

O Serviço de Urgência localiza-se no 2º piso do hospital e tem ligação direta com a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e com os diversos Serviços de meios complementares de diagnóstico.

A estrutura física é constituída por quatro áreas separadas por portas automáticas.

Na primeira área encontra-se a receção, onde existe o gabinete do Assistente Técnico que realiza a admissão administrativa dos utentes, uma sala de espera, uma sala de triagem e um acesso para a zona da urgência pediátrica.

Na segunda área encontra-se o balcão azul / verde, onde são observados e tratados os utentes triados com a cor azul ou verde, e uma sala de espera.

A terceira área é a do balcão amarelo / laranja, onde existem;

Dois gabinetes para observação dos utentes;

Uma sala de emergência;

Uma sala de pequena cirurgia;

Uma sala de espera interior;

Três gabinetes (médico, enfermagem e do enfermeiro gestor);

Três instalações sanitárias (duas para os utentes e uma para os funcionários);

Três gabinetes para consultas de especialidades (medicina interna, ortopedia e psiquiatria);

Uma zona de macas para utentes alocados ao balcão (amarelo / laranja) e utentes internados em SO;

Uma zona de acesso à urgência pediátrica e um corredor de acesso aos exames complementares de diagnóstico.

Na quarta área encontra-se o internamento de SO, o qual é constituído por três salas, com um total de 15 camas.

Todas as camas possuem monitores para avaliação de sinais vitais e traçado cardíaco, calha técnica dotada de rampas de oxigénio, vácuo e ar respirável. As salas são áreas abertas e as camas são separadas por cortinas. Por essa razão, a área de trabalho de enfermagem permite visualizar todos os utentes ali internados.

É também no corredor que dá acesso às 3 salas do SO que se encontra um carro de emergência para apoio desta área.

Neste espaço também se encontra uma copa, uma sala de armazenamento de material de consumo clínico, uma sala de sujos (despejos, armazém temporário de resíduos e armazém temporário de roupa suja), uma sala onde estão armazenados os materiais de consumo hoteleiro, armário de roupa limpa.

Com o registo administrativo, o utente inicia o circuito no Serviço de Urgência.

#### Projeto de Estágio Final

Posteriormente é feita a triagem pelo enfermeiro, a qual estabelece o grau de prioridade para o atendimento. Neste caso é utilizada a triagem de Manchester. De acordo com a situação clínica, assim é feito o encaminhamento do utente.

No caso de mulheres com problemas obstétricos / ginecológicos, após a triagem são encaminhadas para o Serviço de Obstetrícia / Ginecologia que funciona no piso 4 do hospital.

Tratando-se de uma criança ou adolescente até aos 18 anos, são encaminhados para a urgência pediátrica que funciona junto ao Serviço de Urgência geral, mas tem recursos humanos próprios até às 24h. Após essa hora as crianças são assumidas pelos enfermeiros da urgência geral.

Utentes que precisem de apoio de medicina interna, ortopedia ou cirurgia geral, podem ser observados e tratados 24 horas por dia. Em caso de oftalmologia ou psiquiatria, existe uma escala de urgência e por vezes os utentes têm mesmo que ser transferidos para outros hospitais.

Utentes em situação crítica que necessitem de cuidados de saúde urgentes / emergentes são encaminhados diretamente para a sala de emergência.

Esta sala está equipada com duas macas e pode dar resposta a dois utentes em simultâneo, uma vez que cada unidade está equipada com monitores desfibriladores, rampas de oxigénio, vácuo, ar respirável, ventilador, seringas infusoras e todo o material necessário para situações emergentes.

Em todas as áreas médicas e de enfermagem existem equipamentos informáticos para efetuar registos, prescrições e consulta de exames complementares de diagnóstico. Atualmente os registos médicos e de enfermagem são efetuados com recurso a um *software* que embora seja comum a estes profissionais - o SClínico, possui perfis de utilizador distintos para cada um deles.

Na sala de emergência e de pequena cirurgia a terapêutica encontra-se em gavetas individuais e corretamente identificadas. O *stock* é feito sempre que necessário pelo utilizador, com recurso ao sistema de gestão automática de medicamentos Pyxis que se encontra no corredor do SO.

Em ambos os balcões, também existe um dispensador Pyxis, embora pequeno, adequado às necessidades.

Em ambos os casos, da responsabilidade do serviço de farmácia, o seu carregamento.

Projeto de Estágio Final

### **Recursos humanos**

No Serviço de Urgência existe uma equipa multidisciplinar para prestação de cuidados adequados às diversas situações clínicas que vão surgindo.

A equipa de enfermagem é constituída por 63 enfermeiros, dos quais: Um enfermeiro responsável (especialista), 12 enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, 2 enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e 4 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Atualmente existem 5 enfermeiros a frequentar o Curso de Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica.

As equipas de enfermagem e de assistentes operacionais são fixas.

12 enfermeiros fazem horário fixo no período das 8 horas – 16 horas. Refira-se que algumas enfermeiras a usufruir de horário de amamentação articulam o horário de forma a não perturbar o bom funcionamento do serviço.

Os restantes enfermeiros estão divididos em 5 equipas com 10 elementos cada uma e fazem horário rotativo.

Semanalmente o Enfermeiro responsável do Serviço faz a distribuição dos enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho. No entanto, cada chefe de equipa pode fazer alterações a essa distribuição caso considere necessário.

Na urgência geral, balcões, sala de emergência e sala de pequena cirurgia, o método de trabalho é por posto de trabalho. O método de trabalho por posto de trabalho é útil em ambientes onde as tarefas são altamente especializadas, ajuda a garantir que os profissionais realizem tarefas certas, o que pode levar a um aumento na qualidade do trabalho e na eficiência operacional.

No SO, o método de trabalho é o método individual os doentes são atribuídos por camas. Cada enfermeiro é responsável pela prestação de todos os cuidados ao doente, assim como a comunicação com os familiares.

Além das funções de prestação de cuidados, existem no SU enfermeiros com funções específicas, nomeadamente:

Enfermeiro responsável pela formação em serviço;

Elo de ligação com a Unidade de Gestão do Risco;

Elo de ligação com a UL-PPCIRA;

Enfermeiro dinamizador dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros;

Enfermeiro dinamizador do Sistema de Informação em Enfermagem;

Enfermeiros Supervisores Clínicos;

Enfermeiro responsável pela implementação de cuidados de enfermagem baseados na evidência científica.



#### Projeto de Estágio Final

Enfermeiro representante do SU no Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde;

Enfermeiros auditores na área da triagem de Manchester.

#### **Recursos materiais**

A gestão dos produtos farmacêuticos é feita pelos respetivos Serviços através dos dispensadores Pyxis ®. Devido ao elevado consumo de fármacos e outros produtos farmacêuticos, a reposição destes dispensadores é feita diariamente.

A gestão do material de consumo clínico é feita pelo Serviço de Aprovisionamento três vezes por semana. Pontualmente estes materiais são repostos sempre que necessário.

A gestão do material de consumo hoteleiro é feita pelo Serviço de Aprovisionamento uma vez por semana.

O pedido do material de consumo clínico e hoteleiro é feito pelo Enf<sup>o</sup> responsável ou pelo segundo elemento. É entregue pelo serviço de aprovisionamento nos dias pré-definidos.

Roupa suja e resíduos é acondicionada em locais identificados e feita a recolha pelas empresas contratadas pelo hospital.

A alimentação dos utentes, tanto dos balcões como os internados em SO é providenciada pelo enfermeiro responsável por esses postos de trabalho.

## 2. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo tem como objetivo enumerar as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC e as atividades planeadas que permitam adquirir, desenvolver e consolidar competências.

Citando a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019), o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (p. 4744).

Associar a prática digna, com a consolidação de conhecimentos, tendo como alicerce a evidência científica é fundamental para os enfermeiros especialistas.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019) sobre as competências comuns do enfermeiro especialista, este “baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p.4749).

Como futura enfermeira especialista, teremos a responsabilidade de contribuir para a mudança de práticas, suportadas em conhecimentos científicos e baseados em evidências Este capítulo tem como objetivo enumerar as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC e as atividades planeadas que permitam adquirir, desenvolver e consolidar competências.

Citando a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019), o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (p. 4744).

As competências dos enfermeiros e a prática baseada em evidências são dois aspetos fundamentais da enfermagem contemporânea. As competências dos enfermeiros referem-se às habilidades, conhecimentos e aptidões que os enfermeiros devem possuir para fornecer cuidados de saúde eficazes e de qualidade aos doentes. A prática baseada em evidências, por outro lado, é uma abordagem sistemática que os enfermeiros utilizam para tomar decisões clínicas informadas com base nas melhores evidências disponíveis.

Na visão de Larrabee, 2011 citado por Boieiro (2022) “O MMPBE pretende desta forma modificar uma prática tradicional de cuidados baseada na intuição, crenças e em experiências vivenciadas, para uma PBE com recurso à investigação científica, desenvolvimento do espírito crítico e raciocínio clínico e ainda uma prestação de cuidados fundamentados com base em fontes credíveis, atualizadas e baseadas na evidência “(Boieiro, 2022, p.30).

A utilização de fundamentos teóricos, desempenha um importante papel, na orientação, tomada de decisão na prática clínica.

#### Projeto de Estágio Final

Prestar cuidados de Enfermagem, de forma competente e qualificada ao doente crítico, exige do enfermeiro, atualização constante e baseada na melhor evidência científica. O Modelo da Mudança da Prática Baseada em Evidências (MMPBE) de June Larrabee demonstra grande importância na prática clínica, uma vez que “... através da investigação sistematizada se agrega a práxis clínica com a evidência científica recente, contribuindo, desta forma, numa tomada de decisão mais consciente e informada” (Boieiro, 2022, p.30).

Por outro lado, o trabalho de um enfermeiro no serviço de urgência pode ser desafiador, pois frequentemente o profissional envolve-se em situações de alta pressão e lida com doentes em estado crítico. Estes profissionais desempenham um papel vital na estabilização e tratamento inicial de doentes em situações de emergência, contribuindo para salvar vidas e proporcionar cuidados de qualidade. São eles que acompanham o utente/família e oferecem apoio emocional aos utentes e suas famílias, explicando os procedimentos, fornecendo informações sobre o tratamento e garantindo que os doentes estejam confortáveis e informados.

Afaf Meleis, no seu modelo concetual, citado por Peças (2014), diz-nos que “As transições são experiências humanas, representando o conjunto de respostas, ao longo do tempo, influenciadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e perceções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, assim como pelo impacto destas modificações no nível de bem-estar (Meleis e Trangenstein, 1994; Meleis, 2012).

A estrutura teórica de Meleis, ajuda os enfermeiros a compreender como as pessoas lidam com as mudanças nas suas vidas, especialmente as relacionadas com a saúde, e como podem apoiar eficazmente os doentes durante essas transições. Ela enfatiza a importância da empatia, do cuidado centrado no doente e da promoção da resiliência durante os momentos de mudança.

Projeto de Estágio Final

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Domínio	Competências	Atividades	Indicadores de resultados
<p><b>A - Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</b></p>	<p><b>Comuns de Especialista</b></p> <p><b>A1-</b> Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.</p> <p><b>A2 -</b> Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>	<p>Leitura e aplicação do conteúdo lecionado na unidade curricular, Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem.</p> <p>Revisão de alguns conceitos previstos no Regulamento do Exercício Profissional (REPE).</p> <p>Demonstrar respeito pela pessoa quer no que se refere à promoção da sua privacidade quer no respeito por crenças e valores.</p> <p>Mobilizar/demonstrar conhecimentos acerca dos princípios éticos e deontológicos.</p> <p>Cuidar da pessoa em situação crítica de uma forma holística, respeitando os direitos humanos e responsabilidades profissionais.</p> <p>Informar a pessoa antes de cada procedimento, sempre que a condição clínica o permitir, criando uma relação de confiança e permitindo o esclarecimento de dúvidas, analisando o processo e o efeito da tomada de decisão na pessoa.</p> <p>Colaborar com a equipa no processo de decisão.</p>	<p>Adquire competências que permitam tomar a iniciativa, interpretar e resolver problemas como EEMC – PSC.</p> <p>Tomada de decisão com base em conhecimentos atuais e com conhecimento dos direitos humanos e dos direitos e deveres como enfermeira.</p> <p>Promove a confidencialidade da informação escrita e oral a que tinha acesso, partilhando apenas, com os profissionais implicados no processo terapêutico.</p> <p>Presta cuidados de Enfermagem, de forma a fomentar uma prática baseada na proteção, respeito pela vida humana no que diz respeito à privacidade, confidencialidade, segurança, promovendo a solução dos problemas que põem em risco.</p> <p>Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.</p> <p>Reflete criticamente com a Enfermeira Supervisora / Enfermeiro Responsável.</p>

Projeto de Estágio Final

Domínio	Competências	Atividades	Resultados esperados
<p align="center"><b>B – Melhoria contínua da qualidade</b></p>	<p align="center"><b>Comuns de Especialista</b></p> <p><b>B1</b> - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p><b>B2</b> - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.</p> <p><b>B3</b> - Garante um ambiente terapêutico e seguro.</p>	<p>Consultar e refletir sobre o documento Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem realizado pela OE.</p> <p>Conhecer a estrutura, os recursos materiais, humanos e dinâmica do serviço, recorrendo a conversas informais com o gestor do serviço, enfermeira supervisora e restantes membros da equipa</p> <p>Consultar normas, protocolos, instruções de trabalho existentes no serviço.</p> <p>Realizar uma entrevista não estruturada com a Enfermeira Supervisora Clínica e elemento responsável pela formação para perceber as necessidades do serviço e área de intervenção.</p> <p>Elaborar um PI sobre a avaliação de risco e rastreio de EPC e de SAMR de acordo com a norma da DGS.</p> <p>Prestar cuidados de enfermagem especializados em que a segurança, a promoção de um ambiente terapêutico seguro esteja presente</p> <p>Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.</p>	<p>Alcança as melhores condutas e padrões de qualidade no exercício das funções.</p> <p>Garante a segurança, a qualidade dos cuidados e assim atingir os objetivos dos padrões de qualidade.</p> <p>Garante um ambiente seguro através de uma atuação sem erros.</p> <p>Realiza uma atividade formativa. Além do momento de partilha, pretende-se a consolidação e aquisição de novos conhecimentos, uniformização das práticas e prestação de cuidados de qualidade.</p> <p>Assegurar uma comunicação eficaz, precisa e atempada da informação e dá continuidade aos registos dos colegas, permitindo uma visão global do processo do doente através da passagem de turno utilizando a técnica ISBAR e fazendo os registos na plataforma informática "SClínico".</p> <p>Utiliza os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.</p>

Domínio	Competências	Atividades	Indicadores de resultados
<p><b>C- Gestão dos cuidados</b></p>	<p><b>Comuns de Especialista</b></p> <p><b>C1</b> - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.</p> <p><b>C2</b> - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p>	<p>Reunião com o Enf<sup>o</sup> Responsável e Enf<sup>as</sup> Supervisora Clínica sobre a distribuição de recursos Humanos, tarefas adequadas às necessidades identificadas e estratégias utilizadas para ultrapassar dificuldades no processo de gestão e liderança.</p> <p>Observar e analisar os tipos de liderança que se praticam no SU onde se encontra.</p> <p>Definir prioridades como elemento de uma equipa multidisciplinar.</p> <p>Observação e reflexão da intervenção do chefe de equipa.</p> <p>Reconhecer e colaborar na mobilização adequada de recursos humanos de forma a garantir a qualidade de cuidados.</p> <p>Acompanhar a Enf<sup>as</sup> Supervisora Clínica no desempenho da sua função, uma vez que é responsável de turno na ausência do Enf<sup>o</sup> Responsável.</p> <p>Observação e pedido de informação sobre a gestão dos consumíveis clínicos, apoio informático, produtos farmacêuticos.</p>	<p>Desenvolve competências através da prática clínica em colaboração com a equipa multidisciplinar.</p> <p>Aquisição de competências na área da gestão de cuidados, relação terapêutica, comunicação interpessoal e gestão diferenciada da dor.</p> <p>Desempenha funções nos vários postos de trabalho do SU: balcão, SO, triagem e emergência.</p> <p>Utiliza os recursos que existem no Serviço de forma eficiente.</p> <p>Colabora com a Enf<sup>as</sup> Supervisora Clínica enquanto chefe de equipa, e reflete sobre as tarefas delegadas.</p>

Domínio	Competências	Atividades	Indicadores de resultados
<p><b>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b></p>	<p><b>Comuns de Especialista</b></p> <p><b>D1</b> – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p><b>D2</b> - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.</p>	<p>Leitura e reflexão sobre os conteúdos lecionados nas unidades curriculares e assim contribuir para a realização de cuidados de excelência ao doente, não esquecendo a família / cuidador.</p> <p>Reflexão e análise individual e em simultâneo com a Enfª Supervisora Clínica sobre as competências enquanto pessoa e profissional com a finalidade de rever as condutas adotadas para o desenvolvimento de aprendizagens.</p> <p>Basear as intervenções realizadas em protocolos, <i>guidelines</i>, normas do serviço e em evidência científica.</p>	<p>Fundamenta a prática clínica, recorrendo à evidência científica atual.</p> <p>Consegue extrapolar para a prática clínica, as competências desenvolvidas e adquiridas como enfermeira especialista que desenvolveu durante o estágio.</p> <p>Identifica focos de melhoria e mudança visando a melhoria contínua e assertividade de práticas.</p> <p>Pensar e planeia a sua atuação de forma a prevenir eventos adversos que ponham em causa o bem-estar do doente.</p> <p>Elabora uma checklist e cartaz informativo sobre a norma da DGS a avaliação de risco e rastreio de EPC e de SAMR.</p>

Projeto de Estágio Final

## 2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMC - PSC

Competências	Atividades	Indicadores de resultados
<p><b>Competências específicas</b></p> <p><b>1 - Cuida da pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.</b></p>	<p>Pesquisa bibliográfica e mobilização de conhecimentos das aulas lecionadas na unidade curricular EMC 1, EMC2, EMC4 e Fisiopatologia e intervenção Terapêutica.</p> <p>Prestar cuidados de Enfermagem Especializados com uma reflexão crítica sobre os mesmos.</p> <p>Desenvolver e aprofundar conhecimentos e habilidades na ventilação mecânica invasiva e não invasiva.</p> <p>Conhecer e compreender os protocolos terapêuticos utilizados para cuidar do doente em fase aguda.</p> <p>Promover uma relação terapêutica com o doente, família / cuidador.</p> <p>Avaliar e identificar possíveis focos de instabilidade.</p> <p>Aquisição de capacidades de manuseamento do equipamento existente no SU.</p>	<p>Faz o acolhimento do doente, esclarece dúvidas e demonstra disponibilidade perante a família.</p> <p>Demonstra capacidades e executa cuidados técnicos complexos perante o doente em situação crítica e/ou falência orgânica.</p> <p>Integra a equipa multidisciplinar e promove a melhoria dos cuidados prestados.</p> <p>Reflete sobre as atividades realizadas.</p> <p>Realiza registos de enfermagem no sistema "SClinico" de forma clara e objetiva.</p> <p>Consegue gerir as medidas farmacológicas e não farmacológicas de combate à dor.</p> <p>Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados.</p>

Projeto de Estágio Final

Competências	Atividades	Indicadores de resultados
<p><b>Competências específicas</b></p> <p><b>2 - Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação</b></p>	<p>Pesquisa bibliográfica e mobilização de conhecimentos das aulas lecionadas na unidade curricular EMC 3.</p> <p>Consultar o plano interno de emergência e catástrofe da instituição e do serviço.</p> <p>Reflexão com a Enfermeira Supervisora Clínica e outros colegas sobre a importância do treino e simulacros, uma vez que foi o tema do poster elaborado na unidade curricular EMC 3.</p>	<p>Conhece o papel do enfermeiro, as prioridades perante uma situação de emergência no SU.</p> <p>Consegue mobilizar os colegas para a reflexão sobre a emergência e catástrofe.</p> <p>Demonstra conhecimentos e princípios de atuação no plano de catástrofe/emergência.</p> <p>Identifica e localiza o plano de emergência do serviço.</p>

Projeto de Estágio Final

Competências	Atividades	Indicadores de resultados
<p><b>Competências específicas</b></p> <p><b>3</b> - 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</p>	<p>Leitura e reflexão sobre os conteúdos lecionados na unidade curricular MC 5 e adequa-los ao local de estágio.</p> <p>Leitura de protocolos, observação e reflexão de normas e procedimentos instituídos para a melhor prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.</p> <p>Realizar cuidados, adotando medidas de prevenção a nível do controlo de infeção: Equipamento de proteção individual higienização das mãos, assepsia quando do manuseamento de material individual do doente, na administração de terapêutica.</p> <p>Demonstrar conhecimentos de controlo de infeção relacionados com a prestação de cuidados ao doente urgente e / ou emergente.</p> <p>Identificar necessidades na área de prevenção e controlo de infeção.</p>	<p>Demonstra conhecimentos na área da prevenção e controlo de infeção.</p> <p>Executa os procedimentos de acordo as normas existentes no SU.</p> <p>Realiza cuidados seguros ao doente crítico e/ou falência orgânica utilizando os recursos adequados para prevenir as IACS.</p> <p>Utiliza equipamento de proteção individual corretamente e sempre que necessário.</p> <p>Realização de um PIS, contribuindo para a melhoria continua dos cuidados de enfermagem baseado em evidência científica. Ferramentas a utilizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnóstico da situação: reunião com a Enfª Supervisora Clínica, análise swot;</li> <li>-Pesquisa de artigos científicos, complementados pelos conhecimentos emanados por importantes referências da área, particularmente a DGS, SNS a nível nacional e a OMS a internacional;</li> <li>- Ação de formação sobre a Norma da DGS sobre a avaliação de risco e rastreio de EPC e de SAMR.</li> </ul>

Projeto de Estágio

### 3. CONCLUSÃO

O Projeto de Estágio elaborado, serve de guia orientador para o decorrer do Estágio Final, no SU. Nele foram delineadas as Competências Comuns de Especialista e as Competências Específicas de EMC-PSC, assim como as atividades que nos propomos efetuar para as atingir.

Ao contrário do Plano de Intervenção já delineado após feito o diagnóstico em conjunto com a Enf<sup>a</sup> Supervisora Clínica, as restantes atividades não têm ordem cronológica.

Uma vez que nos encontramos na fase inicial do estágio, se considerarmos pertinente faremos nova avaliação das atividades a desenvolver.

É minha convicção alcançar os objetivos propostos, apesar de dificuldades e obstáculos que vão surgindo que nos fazem crescer e enriquecer ao longo deste processo formativo.

Projeto de Estágio

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Boeiro, L. (2022) Relatório de Estágio Diagnóstico de Enfermagem: risco de infeção no doente crítico- Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus Universidade de Évora <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/32553>

Despacho n.º 13427/2015 do Ministério da Saúde [MS] (2015) Diário da República: 2.ª série, n.º 228/2015 <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/11/228000000/3381433816.pdf>

Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde [MS]. (2014). Diário da República: 2.ª série, n.º 153/2014 <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019a). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 26, Série II, 4744 -4750. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento das competências s de Enfermeiro em Enfermagem à pessoa em situação crítica Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). Estatuto da ordem dos Enfermeiros e REPE [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29\\_102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29_102015_VF_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Peças, D. (2014) Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola superior de saúde, Instituto Politécnico de setúbal. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6819/1/David%20Pe%C3%A7as\\_Relat%C3%B3rio%20de%20Trabalho%20de%20Projeto\\_Mestrado%20Enfermagem%20M%C3%A9dico-Cir%C3%BArgica\\_ESS%20IPS.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6819/1/David%20Pe%C3%A7as_Relat%C3%B3rio%20de%20Trabalho%20de%20Projeto_Mestrado%20Enfermagem%20M%C3%A9dico-Cir%C3%BArgica_ESS%20IPS.pdf)

ULS (2023), Missão, Atribuições e Legislação <https://www.nin-saude.pt/category/institucional/missao-atribuicoes-legislacao/>

## **APÊNDICE II - RESUMO DO ARTIGO CIENTÍFICO**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



POLITÉCNICO  
DE PORTALEGRE  
Escola Superior  
de Saúde



IPS  
Instituto Politécnico de Saúde



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
Escola Superior de Enfermagem  
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO  
POLITÉCNICO  
DE SAÚDE



UNIVERSIDADE  
DE ÉVORA  
Escola Superior de Enfermagem  
SÃO JOÃO DE DEUS

Artigo científico

### Importância do rastreio na Vigilância ativa de MRSA e EPC no serviço de urgência

Importance of screening in active surveillance of MRSA and EPC in the emergency Department

Maria Dulce Batista Mão de Ferro, Mestranda no Mestrado em enfermagem: Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em situação crítica, Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, Serviço de Bloco Operatório, Hospital Dr. ° José Maria Grande, [dulceferro68@gmail.com](mailto:dulceferro68@gmail.com)

Isabel Maria Bico, Dr.ª Prof. Adjunto, Diretor do Curso de Licenciatura em Enfermagem, Universidade de Évora-Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus

Madalena Freitas, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, Serviço de Urgência, Hospital Dr. ° José Maria Grande,

#### Resumo

Existem diretrizes nacionais ou internacionais que fornecem medidas apropriadas para a vigilância ativa e o tratamento de doentes colonizados num ambiente de alta rotatividade, e de exposição a uma diversidade de agentes patogénicos, como é o serviço de urgência. Embora os hospitais e regiões devam formular as próprias políticas com base na epidemiologia local e na identificação de fatores de risco, investigar e divulgar as melhores evidências nesta área contribuem para identificar precocemente surtos e tomar medidas preventivas.

#### Objetivo

Fornecer diretrizes para uma melhor intervenção de Enfermagem na vigilância ativa no rastreio de MRSA e EPC no serviço de urgência;

Identificar a melhor evidência que permita concluir quais os métodos usados para triagem e como os resultados podem influenciar as intervenções de prevenção de infeções em contexto hospitalar.

## **Metodologia**

Consiste numa *Scoping review*, baseada na pergunta “O rastreio de MRSA e EPC no momento da admissão do doente (serviço de urgência) contribui para o controle e prevenção da infeção em contexto hospitalar?”

Foram utilizados os descritores em ciências da saúde MeSH e DeSC e aos operadores booleanos AND e OR, estruturando-se a palavra chave da seguinte forma: Hospital Infection Control Program AND (cross infection AND Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus OR Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae AND Emergency Service, Hospital., Procurando dar resposta à questão enunciada, recorreu-se às bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, Cochrane Clinical Answers e Pubmed, no espaço temporal de cinco anos (2018-2023).

## **Resultados**

Foram selecionados 8 artigos que contribuíram para o esclarecimento em como um programa de vigilância ativa permite identificar pacientes com EPC e MRSA, não reconhecidos anteriormente de maneira rápida de forma a reduzir surtos em todo o hospital.

## **Conclusão**

A prevalência de EPC e MRSA aumenta os fatores de risco para colonização, as estratégias de controlo e prevenção hospitalar devem ser adaptadas à mudança da epidemiologia local.

O rastreio é uma estratégia para identificar portadores assintomáticos a bactérias resistentes, permitindo a implementação de medidas preventivas para evitar a disseminação nos ambientes de assistência à saúde.

**Palavras-Chave:** Programa de Controle de Infeção Hospitalar, Infeção Hospitalar, Staphylococcus aureus resistente à Meticilina, Enterobacteriáceas Resistentes a Carbapenêmicos, Serviço Hospitalar de Emergência

## **ABSTRACT**

### **Summary**

There are national or international guidelines that provide appropriate measures for the active surveillance and treatment of colonized patients in an environment of high turnover and exposure to a variety of pathogens, such as the emergency department. Although hospitals and regions must formulate their own policies based on local epidemiology and

the identification of risk factors, investigating and disseminating the best evidence in this area contributes to early identification of outbreaks and taking preventive measures.

### **Objective**

Provide guidelines for better Nursing intervention in active surveillance in MRSA and EPC screening in the emergency department;

identify the best evidence that allows us to conclude which methods are used for screening and how the results can influence infection prevention interventions in a hospital context.

### **Methodology**

It consists of a Scoping review, based on the question “Does MRSA and EPC screening at the time of patient admission (emergency service) contribute to the control and prevention of infection in a hospital context?” The health sciences descriptors MeSH and DeSC and the Boolean operators AND and OR were used, structuring the key word as follows: Hospital Infection Control Program AND (cross infection AND Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus OR Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae AND Emergency Service, Hospital., Seeking to answer the question raised, we used the databases CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, Cochrane Clinical Answers and Pubmed, within a five-year period (2018-2023).

### **Results**

Eight articles were selected that contributed to clarifying how an active surveillance program allows patients with CPE and MRSA, previously unrecognized, to be quickly identified in order to reduce outbreaks throughout the hospital.

### **Conclusion**

The prevalence of EPC and MRSA increases risk factors for colonization, hospital control and prevention strategies must be adapted to changing local epidemiology.

Screening is a strategy to identify asymptomatic carriers of resistant bacteria, allowing the implementation of preventive measures to prevent spread in healthcare settings.

**Keywords:** Hospital Infection Control Program, cross infection, Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus, Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae, Emergency Service, Hospital.

**APÊNDICE III - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, PROFISSIONAL, ACADÉMICA E VALIDAÇÃO DA PERTINÊNCIA DO PROJETO**

## Questionário

**Intervenções de Enfermagem no rastreio para prevenção e controlo de colonização e infeção por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA) e *Enterobacterales* produtores de carbapenemases (EPC) no Serviço de Urgência**

*\* Indica uma pergunta obrigatória*

---

### Caraterização Sócio-demográfica

1. Género \*

*Marcar apenas uma oval.*

Feminino

Masculino

**2. Idade \***

*Marcar apenas uma oval.*

20 - 30

31 - 40

41 - 50

> 51

**Habilitações Académicas e Profissionais**

**3. Formação académica \***

*Marcar apenas uma oval.*

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

**4. Especialização \***

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

5. Área de especialização

*Marcar apenas uma oval.*

- Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica
- Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Paliativa
- Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Perioperatória
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
- Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

6. Tempo de Serviço (anos) \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 1 - 5
- 6- 10
- 11 - 15
- 16 - 20
- 21 - 25
- > 25

7. Tempo de Enfermeiro Especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (anos)

*Marcar apenas uma oval.*

- 1 - 5
- 6 - 10
- 11 - 15
- 16 - 20
- > 20

8. Tempo que desempenha funções no Serviço de Urgência do [ ] (anos) \*

*Marcar apenas uma oval.*

- < 1  
 1 - 5  
 6 - 10  
 11 - 15  
 16 - 20  
 > 20

#### Pertinência do Tema

9. Tem formação na área da prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS)? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

10. Se respondeu sim na questão anterior, onde adquiriu a formação?

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Formação em Serviço  
 Seminários / Congressos / Jornadas  
 Outros

11. Conhece o procedimento descrito no PQ-08-UL-PPCIRA – Vigilância Ativa – Rastreamento de microrganismos multirresistentes na admissão e durante o internamento - *Enterobacterales* produtores de carbapenemases (EPC) e de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA)? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

12. Considera importante a elaboração de uma Instrução de Trabalho para operacionalizar o PQ referido na questão anterior? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

13. Considera importante a atualização e consolidação de conhecimentos em relação a esta Vigilância Ativa? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

14. Considera que a formação nesta área contribui para a prevenção e controlo das IACS? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**Secção sem título**

Obrigado pela sua colaboração

Dulce Mão de Ferro

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

#### **APÊNDICE IV - CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO**

# Formulário de Consentimento Informado

\* Indica uma pergunta obrigatória

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação, de acordo com a norma nº 15/2013 da Direção Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia).

### Identificação dos Investigadores:

Aluno- Maria Dulce Batista Mão de Ferro  
Enfermeira Supervisora Clínica- Enfermeira Especialista Madalena Freitas  
Professora Orientadora- Professora Isabel Bico

### Secção sem título

Caro(a) Colega

Eu, Maria Dulce Batista Mão de Ferro, Enfermeira com cédula profissional nº 30152, a exercer funções no Bloco Operatório do HDJMG em Portalegre, no âmbito do 7º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação crítica, a decorrer no Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde, estou a realizar o estágio final no Serviço de Urgência do

Venho por este meio solicitar a Vossa colaboração, tendo como intuito reunir informação, de modo a conseguir validar a pertinência deste estudo.

O projeto de intervenção profissional que estou a desenvolver pretende estudar as intervenções de enfermagem no rastreio para a prevenção e controlo de colonização e infeção por Staphylococcus aureus resistente a meticilina (MRSA) e Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) no Serviço de Urgência.

O estágio iniciou-se em setembro de 2023 e decorrerá até 26 de janeiro de 2024.

O resultado obtido será de uso restrito ao contexto académico e de investigação relacionado com este projeto. O anonimato e confidencialidade serão mantidos.

Se considerar que necessita de algum esclarecimento poderá fazê-lo para [dulceferro68@gmail.com](mailto:dulceferro68@gmail.com) ou para telemóvel nº 964171128.

1. Após leitura do descrito anteriormente, aceita participar no projeto de livre vontade: \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

### Secção sem título

Agradeço desde já a disponibilidade e submissão do resultado até dia 23 de outubro de 2023.

Obrigado

Dulce Mão de Ferro

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

## APÊNDICE V – CRONOGRAMA DO PIP

"Intervenção do Enfermeiro na prevenção e controlo de infeção por Enterobacteriales produtores de carbapenemases (EPC) e Staphylococcus aureus resistente a meticilina (MRSA), no serviço de urgência"

**Cronograma**

FASE	ATIVIDADES	Mês / Semana				
		2023 / 2024				
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
	Estágio no SU					
Planeamento	Pesquisa bibliográfica					
	Elaboração de Revisão sistemática de literatura					
	Definição de atividades e estratégias a desenvolver					
	Construção/Aplicação do questionário					
	Pedido de parecer à comissão de Ética e ao CA da ULSNA					
	Definição de objetivos geral e específicos					
	Definição de estratégias e atividades					
	Entrega de proposta de projeto de intervenção profissional					
	Reunião com a Enf <sup>a</sup> orientadora e supervisor clínica					
	Elaboração de Cronograma					
Execução	Pesquisa Bibliográfica					
	Elaboração de IT					
	Reunião com o grupo UL-PPCIRA					
	Realização de fluxograma					
	Divulgação/Realização da sessão formativa					
	Aplicação do questionário de formação					
	Artigo científico					
Avaliação	Elaboração/Implementação do instrumento de Avaliação					
	Análise dos dados recolhidos					
	Apresentação da proposta de IT					

## **APÊNDICE VI - FLUXOGRAMA PRISMA DE IDENTIFICAÇÃO E SELEÇÃO DE ESTUDOS**

PRISMA

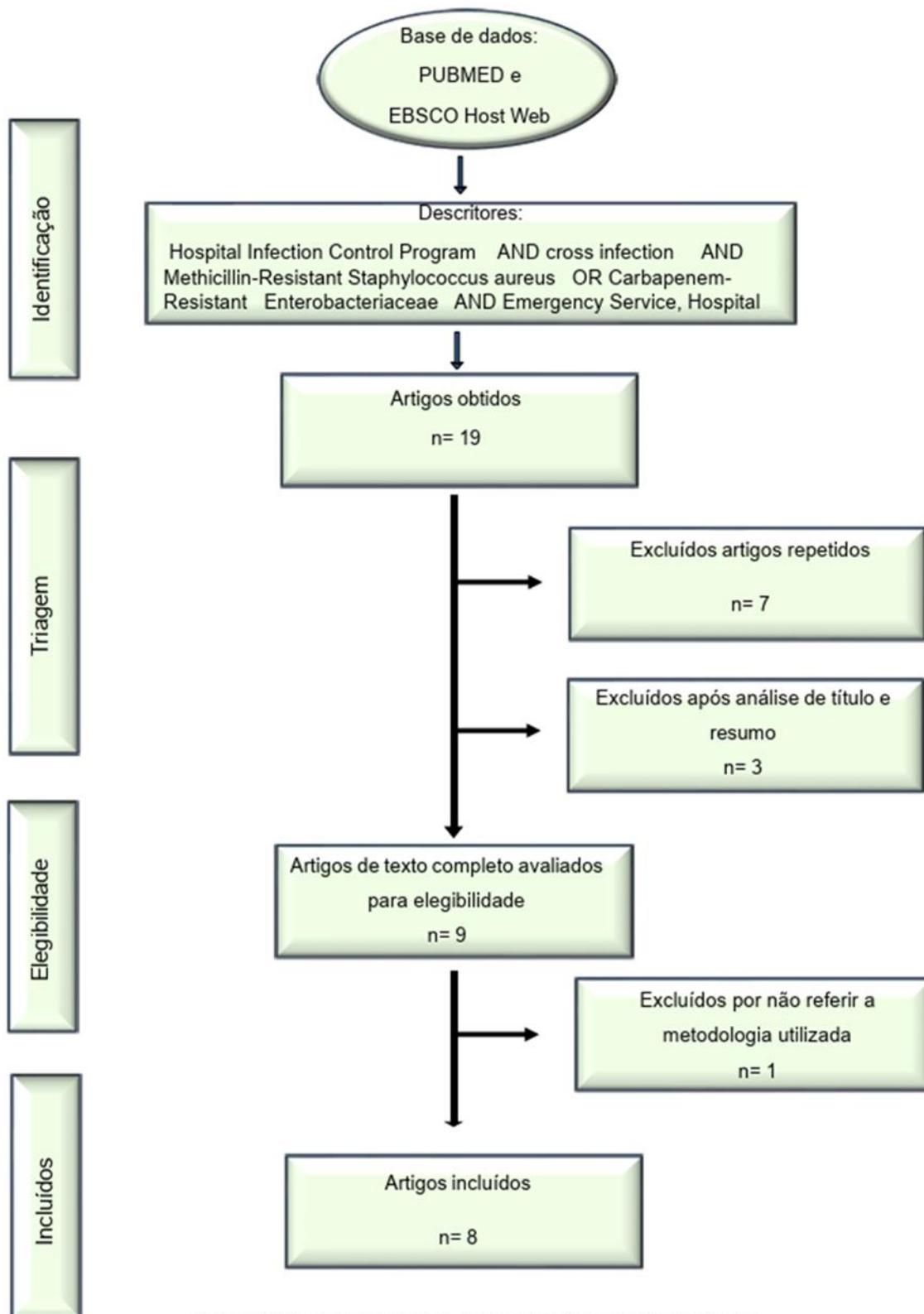


Figura nº1 Fluxograma PRISMA de identificação e seleção de estudos  
Fonte: Elaboração própria, adaptada de JBI, 2020

## **APÊNDICE VII - SÍNTESE DA EVIDÊNCIA ENCONTRADA**

Síntese da evidência encontrada.

Artigo	Autor(es) /Ano/País	Grau de Evidência JBI 2014	Nível Evidência JBI 2013	Desenho do Estudo
Carrier prevalence and risk factors for colonisation of multiresistant bacteria in Danish emergency departments: a cross-sectional survey	Skjøt-Arkil, H., et al 2019 Dinamarca	A	4 b	Estudo multicêntrico, descritivo e analítico transversal
Transmission of Carbapenem-Resistant Enterobacteriales in an Overcrowded Emergency Department: Controlling the Spread to the Hospital	Salomão, M. C., et al 2023 S. Paulo, Brasil	A	2 c	Estudo quasi experimental
Cross sectional study of multiresistant bacteria in Danish emergency departments: prevalence, patterns and risk factors for colonization (AB-RED project)	Mogensen., C. B., et al 2018 Dinamarca	A	4 b	Transversal multicêntrico descritivo e analítico
Increased Risk for CarbapenemResistant Enterobacteriaceae Colonization in Intensive Care Units after Hospitalization in Emergency Department	Salomão, M. C., et al 2020 S. Paulo, Brasil	A	2 d	Estudo retrospectivo de caso-controle
Xpert Carba-R assay for detection of carbapenemase-producing organisms in patients admitted to emergency rooms	Jin, S., et al 2020 Coreia	A	2 d	Revisão retrospectiva
Detection of meticillin-resistant Staphylococcus aureus and carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in Danish emergency departments e evaluation of national screening guidelines	Skjøt-Arkil, H., et al 2020 Dinamarca	A	4 b	Transversal multicêntrico
Diagnostic performance of the Xpert Carba-R™ assay directly from rectal swabs for active surveillance of carbapenemase-producing organisms in the largest Brazilian University Hospital	Cury, A. P., et al 2020 Brasil	A	2 b	Estudo prospetivo
Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae in patients admitted to the emergency department: prevalence, risk factors, and acquisition rate	Salomão, M. C. et al 2018 São Paulo - Brasil	A	4 b	Estudo transversal

Fonte- elaborado pelo próprio

## **APÊNDICE VIII - PROPOSTA DE INSTRUÇÃO DE TRABALHO**

	<p style="text-align: center;"><b>IT-Serviço de Urgência</b></p> <p><b>Rastreio de microrganismos multirresistentes na admissão e durante o internamento - <i>Enterobacterales</i> produtores de <i>Carbapenemases</i> (EPC) e de <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina (MRSA).</b></p>
--	--

## 1. OBJETIVOS

- Uniformizar práticas de acordo com o descrito na Norma da DGS 004/2023, “Rastreio de Enterobacterales produtores de Carbapenemases (EPC) e de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA) à Admissão e durante o internamento” de 29 de maio de 2023;
- Agilizar o processo de avaliação de risco e prevenir infeções relacionadas com doentes com EPC ou MRSA no serviço de urgência;
- Facilitar a tomada de decisão perante os resultados dos testes de rastreio ao EPC ou MRSA.

Inserido no Objetivo Estratégico “5.3 Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM)” do Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros” do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026.

Enquadrado no espírito dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Pessoa em situação Crítica da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente no Enunciado Descritivo 4.7 Prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

## 2. DEFINIÇÕES

### 2.1 Documentos de referência

Norma clínica DGS 004/2023 de 29 de maio 2023 “Rastreio de Enterobacterales produtores de Carbapenemases (EPC) e de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA) à Admissão e durante o internamento”.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica  
[\(Microsoft Word - vf ponto 8 Reg PQCEE Pessoa em Situa\347\343o Critica vf com assinatura\) \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

PNS 2021 – 2026 – Diário da República, 2.ª série Despacho n.º 9390/2021 24 de setembro de 2021 [0009600103.pdf \(dre.pt\)](#)

Edição XX	Data. .12.2023	Página 1 de 7
-----------	----------------	---------------

	<p style="text-align: center;"><b>IT-Serviço de Urgência</b></p> <p><b>Rastreio de microrganismos multirresistentes na admissão e durante o internamento - <i>Enterobacterales</i> produtores de <i>Carbapenemases</i> (EPC) e de <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina (MRSA).</b></p>
--	--

PQ-07-UL-PPCIRA Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

PQ-08-UL-PPCIRA “Vigilância Ativa – Rastreio de microrganismos multirresistentes na admissão e durante o internamento – Enterobacterales produtoras de Carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente à meticilina (MRSA) de 27 de junho de 2023.

## 2.2 Conceitos

### **Enterobacterales/Enterobacterales Resistentes aos Carbapenemes (EPC)**

**Enterobacterales-** Bacilos Gram negativos integrantes da flora do trato gastrointestinal. Podem ser responsáveis por infeções responsáveis por infeções graves como: bacteriemias, pneumonias, infeções urinárias e infeções de feridas (exemplos. *Escherichia*, *klebsiella spp*, *Serratia spp* e *Enterobacter spp*, *Citrobacter*, *Proteus* e *Morganella*).

**Carbapenemos-** São um grupo de fármacos considerados como antibióticos de último recurso, detentores de um largo espectro de atividade que asseguram um tratamento seguro e eficaz de infeções graves (ertapenemo, imipenemo, meropenemo).

**Microrganismos Multirresistentes (MMR)-** Microrganismos que são resistentes a duas ou mais classes de agentes antimicrobianos.

**Colonização-** Proliferação de microrganismos no **hospedeiro/portador** sem resposta imunitária detetável, sem dano celular a expressão clínica, não apresenta manifestações de doença. A sua permanência representa uma potencial fonte de transmissão.

**Infeção** – Invasão por microrganismos ou superação de mecanismos de defesa do hospedeiro resultando na multiplicação microbiana e invasão de tecidos. A resposta do hospedeiro à infeção pode incluir ou não sinais e sintomas.

**Culturas para vigilância epidemiológica ativa-** *Staphilococcus Aureus* resistente a meticilina (SARM), zaragatoa nasal e amostra de ferida cutânea se existir; *Enterobacterales* zaragatoa retal. O isolamento de um destes MMR nestas amostras não permite diferenciar infeção de colonização.

Edição XX	Data. .12.2023	Página 2 de 7
-----------	----------------	---------------

	<b>IT-Serviço de Urgência</b> <b>Rastreio de microrganismos multirresistentes na admissão e durante o internamento - <i>Enterobacterales</i> produtores de <i>Carbapenemases</i> (EPC) e de <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina (MRSA).</b>
--	---

**Hospedeiro (ou portador)** – Pessoa **colonizada/infetada** com microrganismo patogénico.

### 2.3 Siglas

**DGS**- Direção Geral da Saúde

**EPC**- *Enterobacterales* produtores de Carbapenemases

**MMR**- Microrganismos Multirresistentes

**PNSD**- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

**SARM/MRSA**- *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina

**SPC**- Serviço de Patologia clínica

**RAM** – Resistência aos antimicrobianos

### 3. DESCRIÇÃO

A resistência aos antimicrobianos é, atualmente, um dos problemas fundamentais com que os sistemas de saúde e a sociedade em geral se deparam. A presença de estirpes resistentes de microrganismos em contexto clínico associa-se a maior morbilidade, mortalidade, maior duração de internamentos e aumento de custos associados a cuidados de saúde.

Adotar medidas que visam a identificação precoce de colonização por estas bactérias associadas à implementação imediata de precauções adicionais de controlo de infeção são fundamentais. No entanto, a realização de rastreios deve ser precedida de avaliação de risco que permita, de forma sistemática, identificar os doentes em que deve ser realizado rastreio e minimize o risco de não realização de rastreio em doentes com indicação para tal.

O protocolo de vigilância ativa, deve ser aplicado no momento de admissão no serviço de urgência, em doentes que cumpram os seguintes critérios:

Edição XX	Data. .12.2023	Página 3 de 7
-----------	----------------	---------------

	<p style="text-align: center;"><b>IT-Serviço de Urgência</b></p> <p><b>Rastreio de microrganismos multirresistentes na admissão e durante o internamento - <i>Enterobacterales</i> produtores de <i>Carbapenemases</i> (EPC) e de <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina (MRSA).</b></p>
--	--

- Na admissão hospitalar, na ausência de teste de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) positivo nos últimos 12 meses, deve ser efetuado rastreio de EPC e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) no doente que apresenta, pelo menos, uma das seguintes condições:

- a) Internamento hospitalar nos 12 meses anteriores;
- b) Internamento em unidades de cuidados continuados ou de cuidados paliativos ou residência em estruturas residenciais para idosos (ERPI);
- c) Hemodiálise crónica;
- d) Admissão a cuidados de nível II e III;
- e) Admissão a unidade de hemato-oncologia ou transplantação.

**Na admissão hospitalar, deve ser efetuado rastreio de SAMR no doente que apresenta, pelo menos, uma destas condições:**

- a) Internamento hospitalar nos 12 meses anteriores;
- b) Internamento em unidades de cuidados continuados ou de cuidados paliativos ou residência em ERPI;
- c) Hemodiálise crónica;
- d) Admissão a cuidados de nível II e III;
- e) Admissão a unidade de hemato-oncologia ou transplantação;
- f) Presença de dispositivos invasivos;
- g) Utilização de antibióticos nos 6 meses anteriores;
- h) Feridas não cicatrizadas ou crónicas;
- i) Infeção ou colonização por SAMR.

### 3.1 Procedimento

As culturas epidemiológicas, são solicitadas ao SPC pelo médico assistente, por intermédio de requisição *online*;

São implementadas precauções de contato até resultado de rastreio, em doentes com pelo menos uma das condições referidas no ponto 3;

As culturas são colhidas pelo Enf<sup>o</sup> responsável pelo doente, identificadas e enviadas ao SPC;

	<b>IT-Serviço de Urgência</b> <b>Rastreio de microrganismos multirresistentes na admissão e durante o internamento - <i>Enterobacterales</i> produtores de <i>Carbapenemases</i> (EPC) e de <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina (MRSA).</b>
--	---

Deve ser feito o registo no dossier criado para o efeito que se encontra na sala de SO (**sala tampão**);

Devem ser aplicadas ao doente medidas de isolamento de contato;

O SPC disponibiliza o resultado no processo do doente e notifica o médico assistente;

O núcleo operacional UL-PPCIRA é notificado pelo SPC e certifica-se que estão a ser aplicados os procedimentos de controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos;

Dependendo dos resultados devem ser aplicadas as medidas explicitadas nos fluxogramas em anexo.

### **3.2 Técnica de colheita de rastreios EPC e MRSA**

#### **ENTEROBACTERALES (EPC)**

##### **RETAL**

- Humedecer a zaragatoa em soro fisiológico;
- Introduzir no canal anal a 1cm da margem enquanto se executa um movimento de rotação;
- Colocar no meio de transporte – zaragatoa;

#### **STAPHYLOCOCCUS AUREUS (MRSA)**

##### **ZARAGATOA NASAL**

- Humedecer a zaragatoa com soro fisiológico;
- Colocar em ambas as narinas, fazendo movimento rotação 360°;
- Colocar no meio de transporte – Zaragatoa.

#### **AMOSTRA DE FERIDA CUTÂNEA**

- Lavar a ferida com Soro Fisiológico;
- Aspirar com seringa na zona do leito mais profundo **ou** Zaragatoa;
- Colocar em recipiente esterilizado, ou enviar a própria seringa (sem agulha), mas em involucro fechado.

	<p><b>IT-Serviço de Urgência</b></p> <p><b>Rastreio de microrganismos multirresistentes na admissão e durante o internamento - <i>Enterobacterales</i> produtores de <i>Carbapenemases</i> (EPC) e de <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina (MRSA).</b></p>
--	--

**A ZARAGATOA É IGUAL PARA TODOS OS PROCEDIMENTOS ZARAGATOA COM MEIO DE TRANSPORTE EM GEL**

#### 4. RESPONSABILIDADES

<b>Ação</b>	<b>Responsável</b>
Requisitar as culturas de rastreio e registar no processo do doente	Médico Assistente
Aplicar a PQ-07 UL-PPCIRA (Precauções de contato)	Médico Assistente/ UL-PPCIRA/ Enfermeiros
Colher culturas de vigilância e fazer o registo	Enfº Responsável pelo doente
Processar as amostras e disponibilizar resultados no processo clínico	Serviço Patologia Clínica
Notificar Resultados das Culturas	Serviço Patologia Clínica
Rastrear colonização dos contactantes	UL-PPCIRA/Médico Assistente
Levantar isolamentos se culturas negativas	UL-PPCIRA/Médico Assistente
Requisitar culturas de seguimento, no internamento, transferência ou alta hospitalar	Médico Assistente
Elaborar a nota de alta e elaborar recomendações	Médico Assistente e Enfº responsável
Elaborar auditorias internas	UL-PPCIRA

	<p><b>IT-Serviço de Urgência</b>  <b>Rastreio de microrganismos multirresistentes na admissão e durante o internamento - <i>Enterobacterales</i> produtores de <i>Carbapenemases</i> (EPC) e de <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina (MRSA).</b></p>
--	--

## 5. REGISTOS

Identificação	Indexação	Responsável pelo Arquivo	Arquivo Vivo	Arquivo Morto
Registos clínicos	Sistema informático / Processo clínico	Arquivo clínico	Vitalício	-----

## 6. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES

Edição	Ponto Alterado	Descrição

## 7. APROVAÇÃO

Edição XX Data.XX.12.2023 Página X de X	Elaborado Por:	Revisto Por:	Autorizado Por:
---	----------------	--------------	-----------------

Edição XX	Data. .12.2023	Página 7 de 7
-----------	----------------	---------------

**APÊNDICE IX - CARTAZ INFORMATIVO SOBRE PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLHEITA PARA O RASTREIO DE EPC E MRSA**

## RASTREIO ENTEROBACTERIALES PRODUTORAS DE CARBAPENEMASES (EPC) E DE STAPHYLOCOCCUS RESISTENTE A METICILINA (MRSA)

Autores: Dulce Mão de Ferro (1), Madalena Freitas (2), Isabel Bico (3)

### Fundamentação

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um grande desafio em ambientes de saúde, e o rastreio de agentes patogénicos específicos, como MRSA (Staphylococcus aureus resistente à meticilina) e EPC (Enterococos Resistentes à Vancomicina), desempenham um papel importante na prevenção e controlo dessas infeções.

O rastreio é uma estratégia para identificar portadores assintomáticos a bactérias resistentes, permitindo a implementação de medidas preventivas para evitar a disseminação nos ambientes de assistência à saúde.

### Objetivo

Fornecer diretrizes para uma melhor intervenção na vigilância ativa no rastreio de MRSA e EPC no serviço de urgência

### Critério para realização do rastreio

- Internamento hospitalar nos 12 meses anteriores;
- Internamento em unidades de cuidados continuados ou de cuidados paliativos ou residência em estruturas residenciais para idosos (ERPI)
- Hemodiálise crónica;
- Admissão a cuidados de nível II e III (UCI);
- Admissão a unidade de hemato-oncologia ou transplantação;
- Utilização de AM nos últimos 6 meses;
- Feridas não cicatrizadas ou crónicas (ferida não cicatrizada sem evolução em 2 semanas);
- Infeção ou colonização por MRSA.

### Procedimento

- As culturas epidemiológicas, são solicitadas ao SPC pelo médico assistente, por intermédio de requisição online;
- São implementadas precauções de contato até resultado de rastreio, em doentes com pelo menos uma das condições referidas no ponto 3;
- As culturas são colhidas pelo En<sup>o</sup> responsável pelo doente, identificadas e enviadas ao SPC;
- Deve ser feito o registo no dossier criado para o efeito que se encontra na sala de SO (sala tampão);
- O SPC disponibiliza o resultado no processo do doente e notifica o médico assistente;
- O núcleo operacional UL-PPCIRA é notificado pelo SPC e certifica-se que estão a ser aplicados os procedimentos de controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos;
- Dependendo dos resultados devem ser aplicadas as medidas explicitadas nos fluxogramas da DGS.

### ENTEROBACTERIALES (EPC) RETAL

Humedecer a zaragatoa em soro fisiológico;  
Introduzir no canal anal a 1cm da margem enquanto se executa um movimento de rotação;  
Colocar no meio de transporte – zaragatoa

### AMOSTRA DE FERIDA CUTÂNEA

Lavar a ferida com Soro Fisiológico;  
Aspirar com seringa na zona do leito mais profundo ou Zaragatoa;  
Colocar em recipiente esterilizado, ou enviar a própria seringa (sem agulha), mas em involucro fechado

### STAPHYLOCOCCUS AUREUS (MRSA) ZARAGATOA NASAL

Humedecer a zaragatoa com soro fisiológico;  
Colocar em ambas as narinas, fazendo movimento rotação 360°;  
Colocar no meio de transporte – Zaragatoa.

### Técnicas de Colheita

A ZARAGATOA É IGUAL PARA TODOS OS PROCEDIMENTOS ZARAGATOA COM MEIO DE TRANSPORTE EM GEL

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO



**BIBLIOGRAFIA**  
Beneit, K. F., et al (2023) Determining the impact of professional body recommendations on the screening of acquired carbapenemase-producing Enterobacterales in England Determinando o impacto das recomendações do corpo profissional de rastreio de enterobactérias produtoras de carbapenemase adquiridos na Inglaterra - ScienceDirect  
Direção Geral da Saúde (DGS). (2007) Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde  
Direção Geral da Saúde (DGS). (2018) Infeções e Resistências aos Antimicrobianos. Relatório Anual do Programa Prioritário  
Direção Geral da Saúde (DGS). (2021) Relatório de Programa Nacional PPCIRA  
Direção Geral da Saúde (DGS). (2022) Oportunistas: Início para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2020 / 2026  
Direção Geral da Saúde (DGS). (2022) Normas NUN 0004 atualizada 2/07/2022. Implantação Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos  
Direção Geral da Saúde (DGS). (2023). Norma NUN0022 Infeção de Início e Controlo de Enterobactérias produtoras de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (MRSA) a Admissão Hospitalar e durante o Internamento na UCI e na Urgência. Junho, 10 (2023)

## **APÊNDICE X - PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO**

<b>PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>		
Tema:		
Formador: Dulce Mão de Ferro – Mestranda em Enfermagem Médico Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica		
Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Urgência		
Local: Sala de Conferências e Microsoft Teams		
Data: 22 de janeiro 2024	Hora: 14h	Duração prevista:30 min
<b>Objetivos</b>		
<b>Geral</b> Dar a conhecer a Norma da DGS:		
<b>Específicos</b> Apresentar uma proposta de Instrução de Trabalho sobre Evidenciar os cuidados no rastreio de MRSA e EPC Uniformizar procedimentos.		
<b>Conteúdos</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentação do projeto de intervenção em serviço;</li><li>• Definição do contexto e âmbito da intervenção;</li><li>• Apresentação da Norma;</li><li>• Apresentação de estudos de referência</li><li>• Apresentação da proposta de IT;</li><li>• Esclarecimento de dúvidas.</li></ul>		
<b>Metodologia e Recursos</b>		
Metodologia: Método expositivo e interativo		
Meios audiovisuais: Computador		
<b>Avaliação da Sessão</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Discussão informal do tema após apresentação no seio da equipa de enfermagem, com partilha de ideias e identificação de comportamentos a melhorar na prática diária.</li><li>• Formulário <i>Online</i> de avaliação da sessão de formação e da formadora.</li></ul>		

## **APÊNDICE XI - APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO**

Mestrado em Enfermagem  
em Associação



# DESAFIO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA RASTREIO DE EPC E MRSA

7º Mestrado de  
Enfermagem em  
Associação Estágio Final  
Pessoa em situação crítica  
Docente: Prof. Dr<sup>a</sup> Isabel  
Bico  
Supervisora Clínica: En<sup>fa</sup>  
Especialista Madalena  
Freitas

Portalegre, janeiro 2024

Maria Dulce Ferro nº 17

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GERAL

- Dar a conhecer a norma da DGS, sobre “Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento “

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar uma proposta de Instrução de Trabalho sobre o Rastreio de EPC e MRSA no serviço de Urgência;
- Demonstrar a importância da Intervenção de Enfermagem no Rastreio ;
- Uniformizar procedimentos.

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO



## ANÁLISE SWOT

	Fatores positivos	Fatores negativos
Fatores internos	<b>S (Forças)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interesse da Enfª Supervisora Clínica, Enfª Gestor;</li> <li>• Interesse dos elos de ligação à UL-PPCIRA;</li> <li>• Inexistência de IT sobre o tema ;</li> <li>• Uniformização da linguagem padronizada em enfermagem;</li> <li>• Sem custos inerentes.</li> </ul>	<b>W (fraquezas)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta rotatividades de doentes no Serviço de Urgência;</li> <li>• Sobrelotação e afluência de doentes;</li> <li>• Rácio Enfª/Doente desadequado;</li> <li>• Resistência à mudança por parte de alguns profissionais.</li> </ul>
	<b>O (Oportunidades)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoria da qualidade e eficiência dos cuidados prestados;</li> <li>• Formação em serviço;</li> <li>• Elaboração de IT sobre o tema.</li> </ul>	<b>T (Ameaças)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenção de Enfermagem que depende em várias etapas da colaboração de outros profissionais;</li> <li>• Dificuldade na interpretação do fluxograma.</li> </ul>

Autora do trabalho (2024)

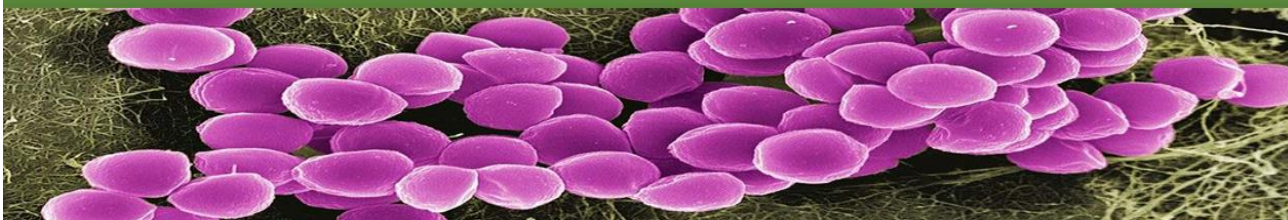
## COLONIZAÇÃO/INFEÇÃO

### COLONIZAÇÃO

- Presença e multiplicação de MO nos tecidos / fluídos orgânicos do hospedeiro sem causar expressão clínica, resposta imunitária ou dano celular. A permanência de MO é fonte potencial de transmissão de infeção.

### INFEÇÃO

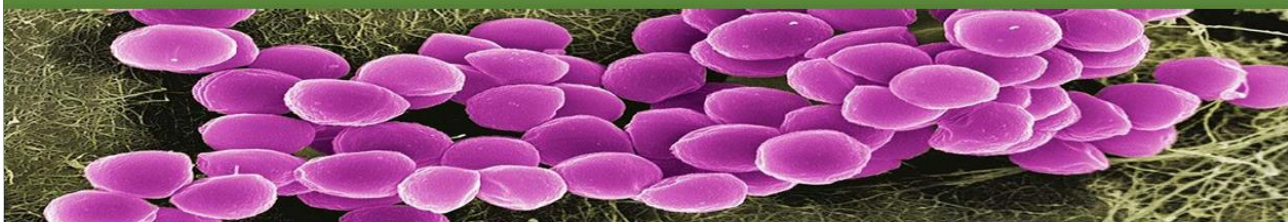
- Há superação de mecanismos de defesa e multiplicação microbiana e invasão de tecidos. Pode incluir sinais e sintomas clínicos / Ser subclínica.



## INFEÇÃO ASSOCIADA A CUIDADOS DE SAÚDE

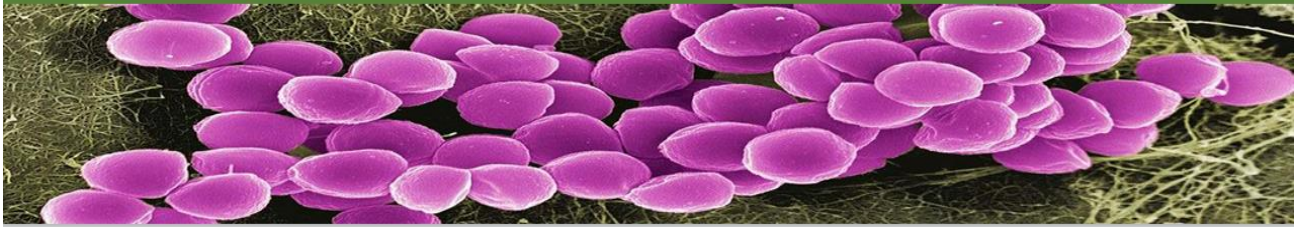
“uma infecção que ocorre num doente durante a prestação de cuidados num hospital ou instituição prestadora de cuidados de saúde que não existia nem estava em incubação na altura da sua admissão. Inclui também infecções adquiridas no hospital, mas que se manifestam após a alta, assim como infecções de natureza ocupacional que surgem nos profissionais da instituição”

(DGS, 2009)



## PERTINÊNCIA DO TEMA

- A resistência AM é um problema emergente - contexto clínico está associado a maior duração internamentos, maior morbilidade e mortalidade e aumento custos em cuidados de saúde;
- EPC e MRSA são considerados MO PROBLEMA: causam com frequência doença e têm taxas resistência epidemiologicamente significativa - notificação DGS/INSA
- Em Portugal, em particular as estirpes EPC tiveram na última década um aumento significativo (2% »12%);
- Em relação ao MRSA verificou-se uma tendência decrescente embora não suficiente, o que demonstra haver margem significativa para melhoria resultados.



## PERTINÊNCIA DO TEMA

### Norma 004/2013 da DGS 21/02/2013

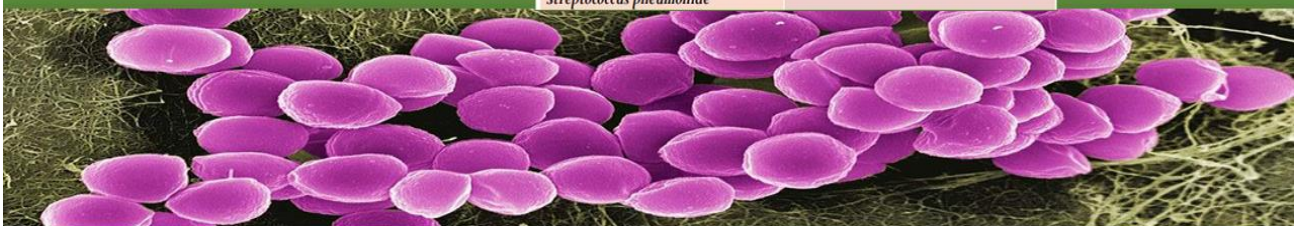
#### MICROORGANISMOS “ALERTA” E “PROBLEMA”

Classificação baseada nas recomendações do **EUCAST** (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing) que deverá estar implementado nos laboratórios de microbiologia portugueses até **Janeiro de 2014**

### Norma 004/2013 da DGS 21/02/2013

São considerados microrganismos “problema” :

Origem invasiva	Outra origem
<i>Acinetobacter</i> spp.	<i>Clostridium difficile</i>
Enterobacteriaceae	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	
<i>Staphylococcus aureus</i>	
<i>Enterococcus faecalis</i> e <i>Enterococcus faecium</i>	
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	



## PERTINÊNCIA DO TEMA

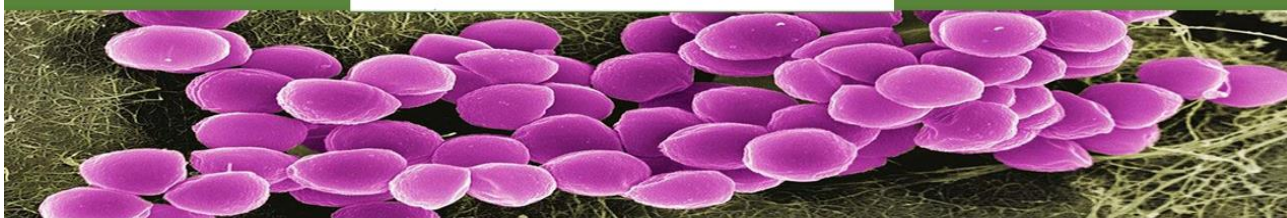
### NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 004/2023

Avaliação de risco e rastreio de *Enterobacterales* produtores de carbapenemases (EPC) e de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento

PUBLICAÇÃO: 29 de maio de 2023

PALAVRAS-CHAVE: Rastreio, *Enterobacterales* produtores de carbapenemases, *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, admissão hospitalar, internamento



## PERTINÊNCIA DO TEMA



Diário da República, 2.ª série

N.º 187

24 de setembro de 2021

### SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

Despacho n.º 9390/2021

Objetivo Estratégico 5.3  
Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM).

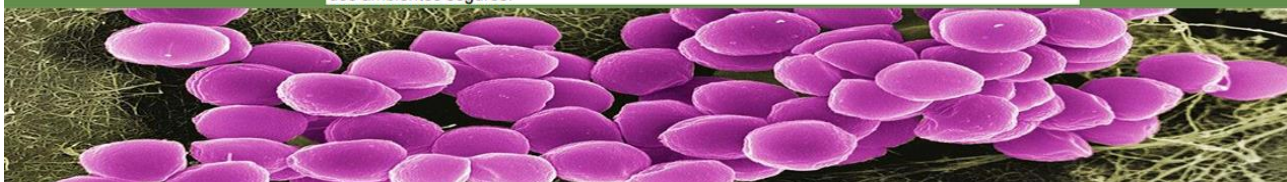
Ações:

- Promover a adesão das instituições de saúde à estratégia multimodal em precauções básicas de controlo de infeção, de acordo com o preconizado pelo PPCIRA;
- Implementação dos programas de vigilância epidemiológica do PPCIRA para as IACS;
- Suportar e alicerçar os serviços na implementação e monitorização das *bundles* de prevenção de IACS;

Sumário: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026).

### Pilar 5: Práticas seguras em ambientes seguros

O contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos, daí a reconhecida importância que este representa para os resultados em saúde, nomeadamente no que respeita à qualidade e segurança. Os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais de saúde, a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros.



## PERTINÊNCIA DO TEMA

PQ-08-UL-PPCIRA  
Vigilância Ativa- Rastreo de microrganismos multirresistentes na admissão e durante o internamento - *Enterobacteriales* produtoras de carbapenemases (EPC) e de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA)

### 1. OBJETIVOS

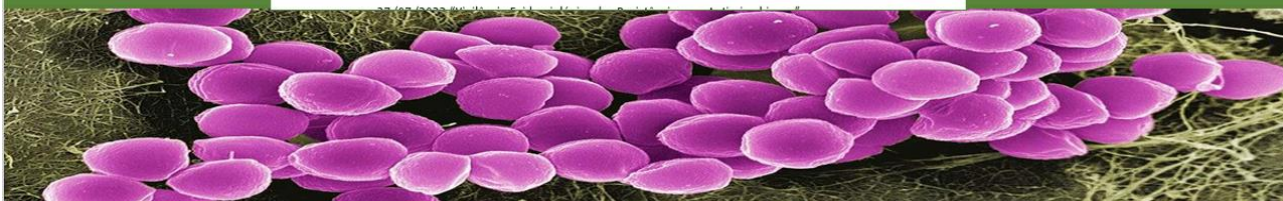
- Uniformizar práticas a nível da ULSNA;
- Agilizar o processo de avaliação de risco de EPC e MRSA;
- Facilitar a tomada de decisão perante os resultados dos testes de rastreio;
- Implementar medidas de prevenção e controlo de transmissão de EPC e MRSA;
- Evitar a disseminação de EPC e de MRSA nos cuidados de saúde, em particular nos hospitalares.

### 2. DEFINIÇÕES

#### 2.1 – Documentos de referência

- National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases Facility (CDC) 2015 - Guidance for Controlo carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE);

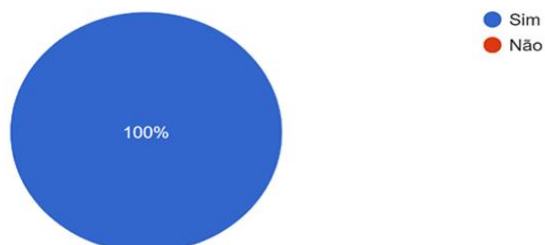
- Direção Geral da Saúde- Norma Clínica: 004/2013 de 08/08/2013 atualizada a



## RESULTADOS DO INQUÉRITO APLICADO AOS ENFERMEIROS

Considera importante a atualização e consolidação de conhecimentos em relação a esta Vigilância Ativa?

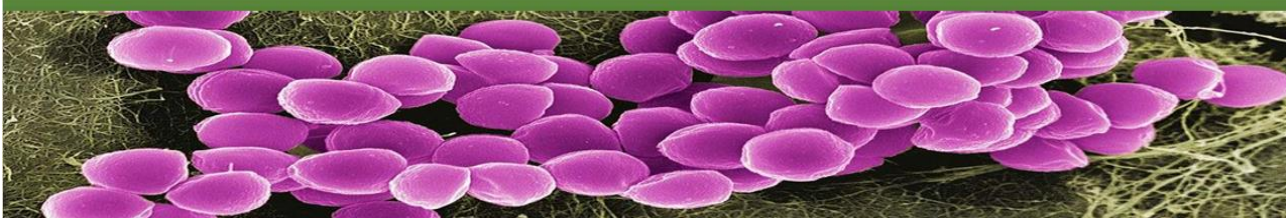
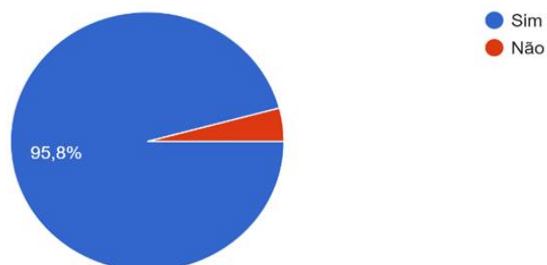
48 respostas



## RESULTADOS DO INQUÉRITO APLICADO AOS ENFERMEIROS

Considera importante a elaboração de uma Instrução de Trabalho para operacionalizar o PQ referido na questão anterior?

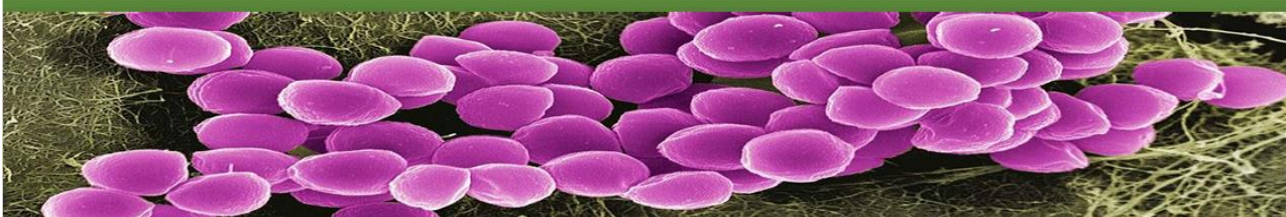
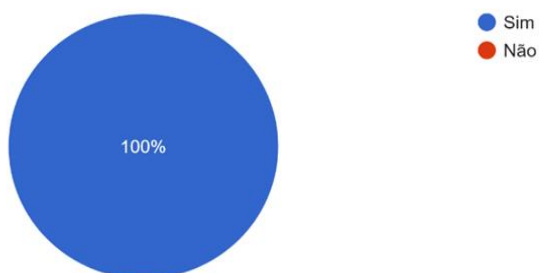
48 respostas



## RESULTADOS DO INQUÉRITO APLICADO AOS ENFERMEIROS

Considera que a formação nesta área contribui para a prevenção e controlo das IACS?

48 respostas



## INTERVENÇÃO

IT-Serviço de Urgência  
Rastreio de microrganismos multirresistentes na admissão e durante o internamento - *Enterobacterales* produtores de Carbapenemases (EPC) e de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA).

### 1. OBJETIVOS

- Uniformizar práticas de acordo com o descrito na Norma da DGS 004/2023, "Rastreio de Enterobacterales produtores de Carbapenemases (EPC) e de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA) à Admissão e durante o internamento" de 29 de maio de 2023;
- Agilizar o processo de avaliação de risco e prevenir infeções relacionadas com doentes com EPC ou MRSA no serviço de urgência;
- Facilitar a tomada de decisão perante os resultados dos testes de rastreio ao



## PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019

Regulamento n.º 140/2019

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

### CAPÍTULO II Das Competências

Artigo 4.º

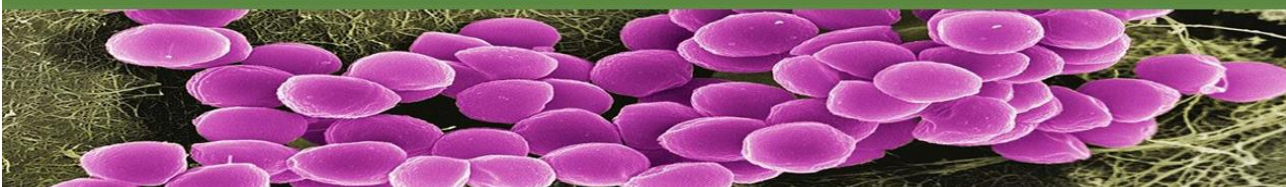
#### Dominios das competências comuns

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, conforme os anexos I a IV ao presente Regulamento, e que dele fazem parte integrante, são as seguintes:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
- b) Melhoria contínua da qualidade (B);
- c) Gestão dos cuidados (C);
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.

- B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.
- B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco.
- B3.2.3 — Previne os riscos ambientais.
- B3.2.4 — Fomenta o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa.
- B3.2.5 — Cooperar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.
- B3.2.6 — Participa na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco.
- B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos.
- B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção.
- B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência e de catástrofe.



## Instrução de Trabalho (IT)

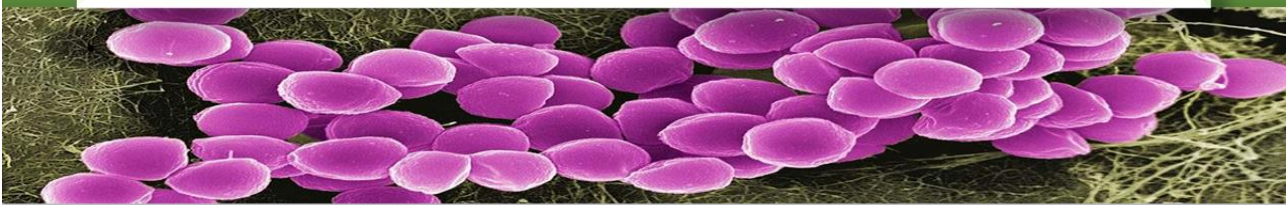
- Na admissão hospitalar, na ausência de teste de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) positivo nos últimos 12 meses, deve ser efetuado rastreio de EPC e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) no doente que apresenta, pelo menos, uma das seguintes condições:
  - a) Internamento hospitalar nos 12 meses anteriores;
  - b) Internamento em unidades de cuidados continuados ou de cuidados paliativos ou residência em estruturas residenciais para idosos (ERPI);
  - c) Hemodiálise crónica;
  - d) Admissão a cuidados de nível II e III;
  - e) Admissão a unidade de hemato-oncologia ou transplantação.

## Instrução de Trabalho (IT)

- As culturas epidemiológicas, são solicitadas ao SPC pelo médico assistente, por intermédio de requisição *online*;
- São implementadas precauções de contato até resultado de rastreio, em doentes com pelo menos uma das condições referidas no ponto 3;
- As culturas são colhidas pelo Enf<sup>o</sup> responsável pelo doente, identificadas e enviadas ao SPC;
- Deve ser feito o registo no dossier criado para o efeito que se encontra na sala de SO (sala tampão);

## Instrução de Trabalho (IT)

- Devem ser aplicadas ao doente medidas de isolamento de contato;
- O SPC disponibiliza o resultado no processo do doente e notifica o médico assistente;
- O núcleo operacional UL-PPCIRA é notificado pelo SPC e certifica-se que estão a ser aplicados os procedimentos de controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos;
- Dependendo dos resultados devem ser aplicadas as medidas explicitadas nos fluxogramas em anexo.



## TÉCNICA DE COLHEITA

### ENTEROBACTEREALES (EPC) RETAL

- Humedecer a zaragatoa em soro fisiológico;
- Introduzir no canal anal a 1cm da margem enquanto se executa um movimento de rotação;
- Colocar no meio de transporte – zaragatoa

### AMOSTRA DE FERIDA CUTÂNEA

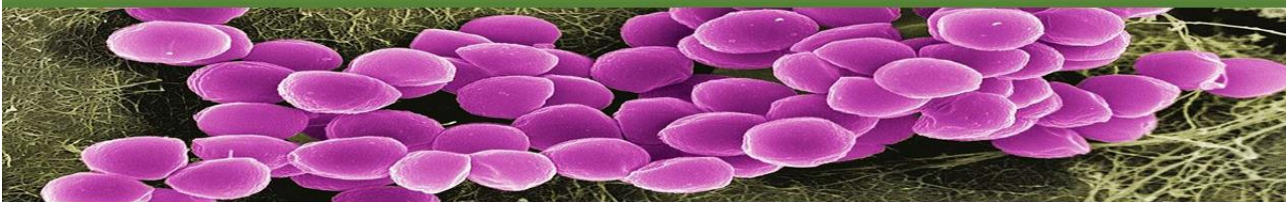
- Lavar a ferida com Soro Fisiológico;
- Aspirar com seringa na zona do leito mais profundo ou Zaragatoa;
- Colocar em recipiente esterilizado, ou enviar a própria seringa (sem agulha), mas em involucro fechado.

### STAPHYLOCOCCUS AUREUS (MRSA)

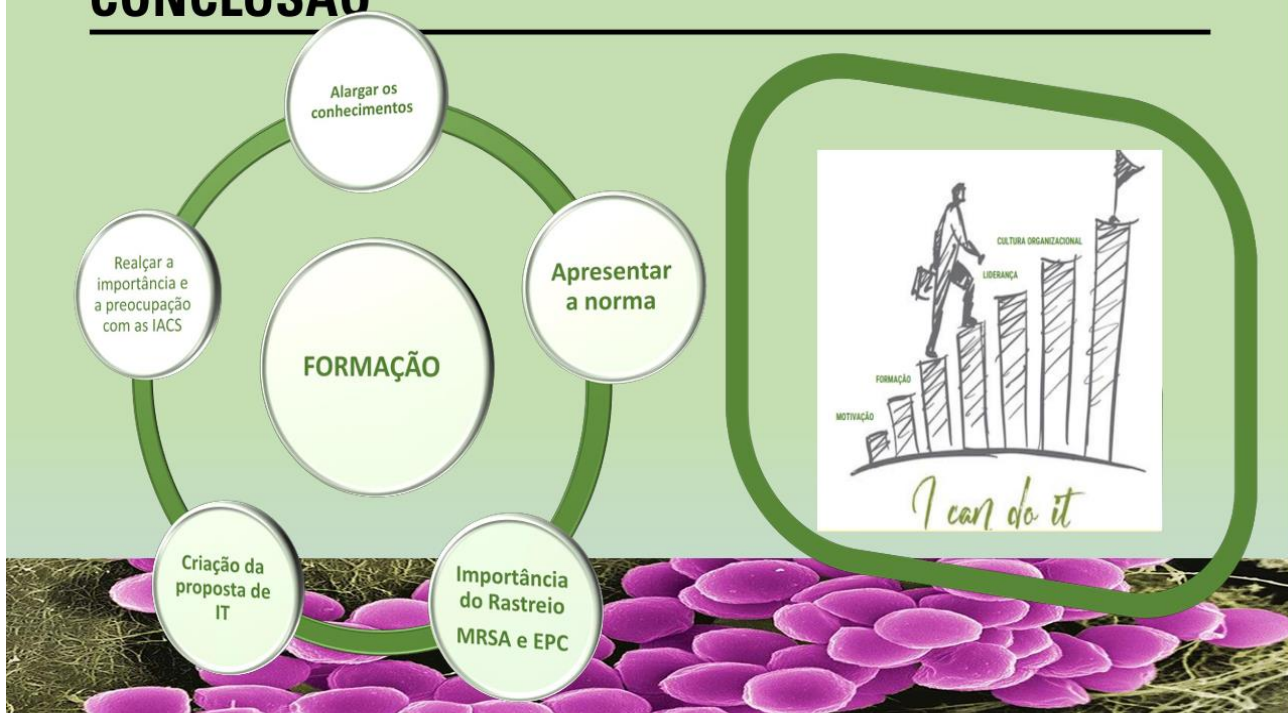
#### ZARAGATOA NASAL

- Humedecer a zaragatoa com soro fisiológico;
- Colocar em ambas as narinas, fazendo movimento rotação 360º;
- Colocar no meio de transporte – Zaragatoa.

**A ZARAGATOA É IGUAL PARA TODOS OS PROCEDIMENTOS  
ZARAGATOA COM MEIO DE TRANSPORTE EM GEL**



## CONCLUSÃO

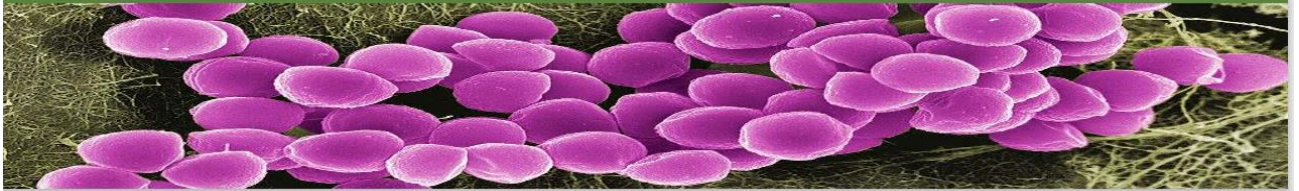


## BIBLIOGRAFIA

- Bennet, K. F., et al (2023) Determining the impact of professional body recommendations on the screening of acquired carbapenemase-producing Enterobacterales in England [Determinando o impacto das recomendações do corpo profissional na triagem de enterobacterales produtores de carbapenemase adquiridos na Inglaterra – ScienceDirect](#)
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (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 [DGS]. (2018) Infecções e Resistências aos Antimicrobianos. Relatório Anual do Programa Prioritário <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2021). Relatório do Programa Nacional PPCIRA <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencia-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2022) Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 I 2026. <http://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2022). Norma 004/2013 atualizada 27/07/2022. Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos <norma-n-0042013-de-21022013-jpg.aspx> (dgs.pt)
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2023). Norma 004/2023 Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento Norma 2 (novo design) SPMS V2 (dgs.pt).
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento das competências s de Enfermeiro em Enfermagem à pessoa em situação crítica Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019a). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 26, Série II, 4744 - 4750. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Serviço Nacional de saúde [SNS]. (2019) Relatório Anual Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio\\_Anual\\_Acesso\\_2019.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf)

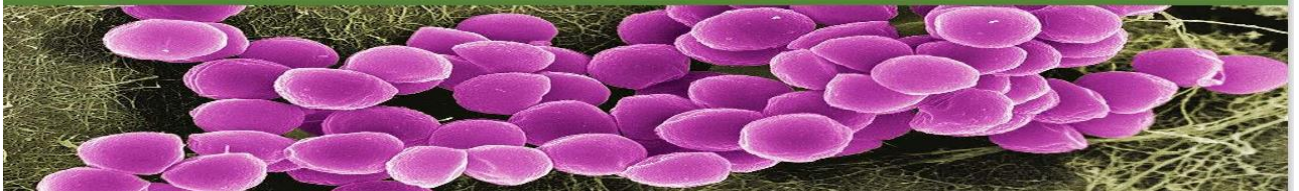
---

**Obrigada pela vossa atenção**



**QUESTIONÁRIO ONLINE**

---



## **APÊNDICE XII - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO AOS FORMANDOS**

# Questionário para avaliação da Formação

**Formação:** “Desafio na Prevenção e Controlo da Infeção num serviço de urgência – Rastreio MRSA e EPC”

dulceferro68@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não partilhado

\* Indica uma pergunta obrigatória

Na perspetiva, de melhorar agradecia a vossa resposta ao questionário. Escolha a opção que melhor define a sua opinião.

Obrigado pela sua colaboração

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



### 1. Conteúdo Programático \*

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Interesse dos conteúdos apresentados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os objetivos da Formação foram explícitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os conteúdos foram adequados aos objetivos propostos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 2. Organização da Ação de Formação \*

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Instalações adequadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Documentação de apoio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meios audiovisuais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 3. Formador \*

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Clareza da exposição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Domínio dos temas desenvolvidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidade para esclarecer dúvidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 4. Avaliação Global \*

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Temas abordados face às expetativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Globalmente a ação de formação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 5. Sugestões

A sua resposta

Enviar

Limpar formulário

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários

### **APÊNDICE XIII - LISTA DE VERIFICAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA**

### LISTA DE VERIFICAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Etiqueta do doente

**Diagnóstico Principal** \_\_\_\_\_

**Alergias Conhecidas** \_\_\_\_\_

**Antecedentes Pessoais Relevantes** \_\_\_\_\_

Última Toma	Data	Hora
Anticoagulante/Antiagregante		
HBPM		
Antibiótico		

	Sim	Não	Não se aplica
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			

Tensão Arterial	Frequência Cardíaca	Temperatura	Saturação periférica de O2	Glicémia Capilar
mmHg	Bpm	°C	%	mg/dL

**Observações** \_\_\_\_\_

Enfermeiro Responsável

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXOS

**ANEXO I - PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA E APROVAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL**

“Intervenção do Enfermeiro na prevenção e controlo de infeção por Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e Staphylococcus aureus resistente a meticilina (MRSA), no serviço de urgência”

**DESPACHO**

TOMADO CONHECIMENTO. À Comissão de Ética, para os efeitos.

2023.11.02.

Exmº Srº Presidente do Conselho de Administração  
da ULS

**Assunto: Pedido de autorização para realização do Projeto de Intervenção com o tema “Intervenção de enfermagem no rastreio *Staphylococcus aureus* metilino-resistente (MRSA) e *enterobacterales* produtores de carbapenemases (EPC) no Serviço de Urgência.**

Exmº. Srº. Presidente do Conselho de Administração

Eu, Maria Dulce Batista Mão de Ferro, Enfermeira em funções no Bloco Operatório, a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico cirúrgica- A pessoa em situação crítica na Escola Superior de Saúde de Portalegre pretendo realizar um Projeto de Intervenção no Serviço de Urgência do local onde me encontro a estagiar. O Projeto terá a Supervisão Clínica da Enfª Madalena Freitas e orientado pela Professora Isabel Bico.

O período de estágio iniciou-se em setembro de 2023 e termina no final de janeiro de 2024.

Venho por este meio, pedir a autorização para consultar os dados estatísticos relacionados com doentes com MRSA ou colonizados que deram entrada no serviço de urgência ou que estiveram internados em SO.

Comprometo-me, a respeitar todos os princípios éticos, mantendo a confidencialidade e anonimato dos dados.

Alguma questão que mereça esclarecimento, considere me ao dispor.

Atenciosamente

Cumprimentos

Portalegre, 26 outubro de 2023

*Dulce Mão de Ferro*

SECRETARIADO	
Entrada Nº	202308464
Data	26/10/2023
<i>R. José</i>	

*Ces*  
*43*  
*7.11.2023*

**"Intervenção do Enfermeiro na prevenção e controlo de infeção por Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e Staphylococcus aureus resistente a meticilina (MRSA), no serviço de urgência"**

AO CA  
2023.12.28.

04/31

### INFORMAÇÃO

N.º34/2023, de 20 de dezembro

ATA 54/2023  
Doc. 108

De: Maria Luiza Lopes  
Para: Sr. Presidente do Conselho de Administração  
C/C:

ASSUNTO: Projeto de Intervenção "Intervenção de enfermagem no rastreio de **Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e Staphylococcus aureus metilino-resistente (MRSA)** no Serviço de Urgência".

Conselho de Administração	
Dr.	
Dr.	
Enf.º J	
Dr.º A	
Prof.	

**DELIBERAÇÃO**  
**TOMADO CONHECIMENTO** e delibera este CA, concordar e APROVAR o proposto na presente Informação, autorizando-se o projeto de intervenção: "Intervenção de enfermagem no rastreio Staphylococcus aureus metilino-resistente (MRSA) e enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) no Serviço de Urgência", devendo a Requerente, junto da DST Informação da I aferir da possibilidade de filtrar a informação pretendida, apenas através de dados estatísticos com o diagnóstico, sem aceder à identidade do doente ou aos registos clínicos. À Requerente Enf.º Maria Dulce Mão de Ferro, com conhecimento à Comissão de Ética.  
2023.12.28.

A mestrand, Maria Dulce Batista Mão de Ferro, a frequentar o mestrado de Enfermagem - especialização Médico-cirúrgica- A pessoa em Situação Crítica, solicitou autorização à UL para realização do Projeto de Intervenção em serviço: "Intervenção de enfermagem no rastreio Staphylococcus aureus metilino-resistente (MRSA) e enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) no Serviço de Urgência."

Cumpra apreciar:

#### I- Enquadramento/ Fundamentação e Pertinência do Estudo

O estudo insere-se no âmbito do mestrado, tendo sido considerado pela equipa onde a requerente exerce a sua atividade a importância de prevenir as infeções, as quais constituem uma elevada importância na prestação de cuidados de saúde.

#### II- Objetivos

Como objetivo major, pretende-se uniformizar as intervenções de enfermagem na prestação de cuidados no rastreio para a prevenção de infeção por EPC e MRSA no Serviço de Urgência.

#### III- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

Para realização do projeto, a requerente pretende aceder aos dados estatísticos relacionados com doentes com MRSA ou colonizados que deram entrada no SU ou que estiveram internados em SO.

Relativamente ao acesso a estes dados, dever-se-á aferir se é possível filtrar apenas os dados estatísticos em função do diagnóstico ou não, já que a requerente não deverá ter acesso à identificação do doente, bem como aos registos clínicos.

Este projeto visa contribuir para a implementação de medidas adequadas no controlo da infeção no SU.

MOD.07.ADM.02

SECRETARIA DE INVESTIGAÇÃO (R&D)  
202308464  
21/12/23

Página 1 de 2

CES 43

Atendendo a que, em abstrato, caso não seja possível filtrar a informação como supra expusemos, poder-se-á aceder a dados sensíveis, sempre diremos que os fundamentos de legitimidade e licitude, tal como se encontram explanados no RGPD, esbatem-se na investigação que contribui para a melhoria da qualidade do serviço, e que contribui em grande medida para o interesse público, uma vez que visa prevenir e diminuir o número de infeções em contexto do SU.

O projeto de intervenção é desenvolvido pela trabalhadora que, no exercício das suas funções, pretende contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

#### IV- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do projeto de intervenção, concluímos pela importância do mesmo. A metodologia proposta não viola questões ético legais.

Contudo, a requerente junto da Divisão de Sistemas e Tecnologias de Informação, deverá aferir da possibilidade de filtrar a informação pretendida, apenas através de dados estatísticos com o diagnóstico, sem aceder à identidade do doente ou aos registos clínicos.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente projeto e por considerar a importância na sua realização, delibera dar parecer favorável à realização do projeto de intervenção, com a restrição do acesso que supra se identificou: *“Intervenção de enfermagem no rastreio Staphylococcus aureus meticilino-resistente (MRSA) e enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) no Serviço de Urgência.”*

A decisão que recair sobre esta informação deverá ser notificada:

- À requerente, Sr.ª Dr.ª Maria Dulce Batista Mão de Ferro;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

P’la Comissão de Ética

**ANEXO II - CERTIFICADO DE FORMAÇÃO “II ENCONTRO DO MESTRADO EM ENFERMAGEM DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 2022/2023**

## CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

### CERTIFICADO

A Escola Superior de Saúde - UTAD certifica que Maria Dulce Batista Mão de Ferro, esteve presente no II Encontro do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica – O Cuidado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com a duração de 7 horas, que decorreu através da plataforma de vídeo e audioconferência online *Zoom*, no dia 3 de junho 2023.

Vila Real, 3 de junho de 2023.

P'la Comissão Científica P'la Comissão Organizadora

Cristina Luagim



Elsa Tezeles

**ANEXO III - DECLARAÇÃO DE ESTÁGIO GESTÃO DO RISCO**

## DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que a Enfermeira Maria Dulce Batista Mão de Ferro, aluna do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Doente Crítico, a efetuar estágio de observação na Unidade de Gestão do Risco da Unidade Local de Saúde [REDACTED] esteve presente no dia 11/01/2024 entre as 08h30 e as 16h30 a acompanhar o trabalho desenvolvido neste serviço.

Portalegre, 11 de janeiro de 2024

A Técnica de Segurança no Trabalho

[REDACTED]

Técnica Superior

**ANEXO IV - DECLARAÇÃO DE ESTÁGIO UL-PPCIRA**

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que a Enfermeira Maria Dulce Batista Mão de Ferro, aluna do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Doente Crítico, a efetuar estágio de observação na Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos da Unidade Local de Saúde [redacted] esteve presente nos dias 14/12/2023 e 03/01/2024 a acompanhar o trabalho desenvolvido neste serviço.

Portalegre, 03 de janeiro de 2024

[redacted]  
Enfermeira UL-PPCIRA

**ANEXO V - CERTIFICADO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO “FUNDAMENTOS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE”**

REPUBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | ULS

### CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Certifica-se que **MARIA DULCE BATISTA MAO FERRO**, natural de Portalegre, nascido(a) em 28-06-1968, com o Nº de Cartão de Cidadão 08068675-3ZY3, válido até 26-06-2030, esteve presente na Formação em Serviço, com o tema **ACREDITAÇÃO DA IDONEIDADE FORMATIVA DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA | ENFERMAGEM - TURMA II**, no(s) dia(s) 18 de Setembro de 2023, 16 de Outubro de 2023, com a duração de 35h00.

Portalegre, 13 de dezembro de 2023

O Responsável pela Unidade Local de Saúde do [Redacted]

[Redacted] (Assinatura e selo certificada) [Redacted] (Assinatura)

Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação  
Unidade Formativa Acreditada  
Despacho nº 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde


Certificado nº 1371/2023

TEL + 351 245 301 000 | FAX + 351 245 130 359 | EMAIL email\_administrativo@nsl-ulae.pt | www.ulae-nsl-saude.pt


M00-45.SFIBD-03

## PLANO CURRICULAR


Unidades de formação/módulos/outras designações	N.º Horas (Aprox.)
FUNDAMENTOS EM PREVENÇÃO E CONTROLO DE SAÚDE	25:00
EPIDEMIOLOGIA E MICROBIOLOGIA ASSOCIADAS A PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO	10:00
Conceitos básicos de prevenção e controlo de infeção;	
- Avaliação de risco individual e Institucional (na admissão e ao longo do Internamento);	
- Riscos e problemática das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS);	
- Competências em Prevenção e Controlo Infeção e Resistência a Antimicrobianos (RAM);	
- Organização da UL-PPCIRA institucional: composição e competências;	
- Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI);	
- Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT);	
- Formação e treino para a monitorização do cumprimento de Higiene das Mãos (Formadores de Observadores);	
- Feixes de Intervenção para a prevenção de infeções dependentes dos cuidados de saúde associados aos dispositivos e procedimentos invasivos:	
. Prevenção da Infeção do Trato Urinário Associada a Cateter Vesical	
. Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico	
. Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea Associada a Cateter Vascular Central	
. Prevenção da Pneumonia Associada ao tubo endotraqueal / Ventilador	
. Auditoria uso e gestão de luvas e PBCI	
. Gestão de Surtos de infeção em serviços de saúde;	



REPÚBLICA PORTUGUESA  
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



ULS  
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

- . Vigilância epidemiológica em serviços de saúde;
- . Auditorias em serviços de saúde
- . Procedimentos de Qualidade UL-PPCIRA
- . Normas DGS no âmbito da prevenção e controlo de infeção
- . Modelos UL-PPCIRA
- Microbiologia e Epidemiologia de Infeção Associada a Cuidados de Saúde: microrganismos epidemiologicamente importantes (Enterobacterales Clostridióides, MRSA, outros);
- Metodologias e Vigilância epidemiológica;
- Laboratório de Microbiologia e apoio aos Clínicos, UL-PPCIRA;
- Resistência Antimicrobiana e Estratégias de Prevenção de Emergências;
- Metodologias Programa de Apoio à Prescrição Antimicrobiana (PAPA);
- Microrganismos Problema e Alerta;
- Metodologias PAPA / Antimicrobial / SteWardship.

Tel. + 351 245 201 000 | Fax + 351 245 230 399 | EMAIL: email: administr@ula-nrn-saude.pt | www.ula-nrn-saude.pt

MOD-45-SFIBD.03