



3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

**RELATÓRIO FINAL – Cuidar a Pessoa em Situação Crítica -
Desenvolvimento de Competências em Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica**

Pedro Alexandre Oliveira Rodrigues

Leiria, setembro de 2023



3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

**RELATÓRIO FINAL – Cuidar a Pessoa em Situação Crítica -
Desenvolvimento de Competências em Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica**

Apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de
Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Pedro Alexandre Oliveira Rodrigues - 5210025

Relatório de Estágio orientado pela Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

Leiria, setembro de 2023

“Quality is never an accident; it is always the result of high intention, sincere effort, intelligent direction and skillful execution; it represents the wise choice of many alternatives.”

– William A Foster

AGRADECIMENTOS

Quero expressar a minha a mais profunda gratidão à minha esposa, Sílvia, e à nossa filha, Alice. Este trabalho é dedicado a ambas. Elas foram muito mais do que o meu suporte, foram a minha inspiração e motivação durante este desafio acadêmico. A sua compreensão infinita face às longas horas de ausência, o seu apoio inabalável e a paciência demonstrada não só me sustentaram nos momentos mais difíceis, mas também foram a força motriz por trás de cada página deste trabalho.

Um agradecimento muito especial à Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe. A sua orientação e apoio incansáveis, a sua sabedoria e experiência, bem como a sua disponibilidade e paciência sem limites, superaram todas as minhas expectativas. Sem a sua colaboração, a sua confiança em mim e a sua persistência, a conclusão deste percurso não teria sido possível.

Agradeço aos meus pais, que me ensinaram o valor do trabalho árduo e da persistência. A sua fé inabalável em mim e o encorajamento constante foram a base que me permitiu perseguir os meus sonhos. Agradeço também à minha restante família e aos meus amigos, cujo apoio e palavras de incentivo foram um conforto nos momentos de dúvida.

Por fim, mas definitivamente não menos importante, expresso a minha gratidão a todos os profissionais que aceitaram colaborar neste trabalho. A sua generosidade em compartilhar o seu tempo e conhecimento foi fundamental para o sucesso deste projeto. Cada conversa, cada entrevista, cada momento de partilha contribuiu para enriquecer este trabalho.

A todos vós, o meu mais sincero obrigado. Este trabalho é também vosso.

RESUMO

O presente relatório de estágio emerge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório do 3º Curso de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Especialização em Cuidados à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde de Leiria.

A primeira parte aborda o processo de desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, resultante de uma abordagem dialética entre a reflexão sobre a prática e a conceptualização teórica dos cuidados, em contexto clínico. Para tal, recorreu-se a uma metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas e as experiências, no processo de construção de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

A segunda parte do relatório refere-se a um artigo científico elaborado no âmbito de um processo de melhoria contínua que seguiu os pressupostos indicados pela Ordem dos Enfermeiros. Este processo teve como base a identificação, pela equipa de enfermagem, da necessidade de implementar um programa de avaliação e gestão do risco de queda no Serviço de Urgência. Dessa forma, o artigo descreve o percurso desde a identificação da situação atual até à validação do conteúdo do referido programa.

Palavras-Chave: Enfermagem; Enfermeiro Especialista; Pessoa em Situação Crítica; Programa; Queda; Serviço de Urgência

ABSTRACT

The current internship report arises within the scope of the Curricular “Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório” from the 3rd Master's course in Medical-Surgical Nursing in the Person in Critical Situation Specialization Area, at the Polytechnic Institute of Leiria - Leiria Health School. The present report comprehends two parts.

The first part deals with the process of developing the specialist nurse's competences, resulting from a dialectical approach between reflection on practice and the theoretical conceptualization of care, in a clinical context. To this end, a descriptive, analytical, and critical-reflective methodology was used to analyze the activities developed and the experiences in the process of building the common and specific competences of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of the Person in Critical Situation.

The second part of the report concerns a scientific article developed within the framework of a continuous improvement process that followed the assumptions outlined by the Order of Nurses. This process was based on the identification, by the nursing team, of the need to implement an assessment and management program for the risk of falls in the Emergency Department. In this way, the article describes the journey from identifying the current situation to validating the content of said program.

Keywords: Nursing; Nurse Specialist; Critical Patient; Program; Fall; Emergency Department

ÍNDICE	
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE DE TABELAS	viii
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS	x
INTRODUÇÃO	12
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS	15
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	16
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA	16
1.2. GRUPO COORDENADOR LOCAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIAS AOS ANTIMICROBIANOS E COMISSÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE	17
1.3. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	19
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	22
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	22
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	22
2.1.2. Promoção contínua da qualidade do serviço	27
2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados	32
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	38
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	41
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	42
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	49
2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
PARTE II – DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM PROGRAMA DE AVALIAÇÃO E GESTÃO DO RISCO DE QUEDA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA	69
RESUMO	70

INTRODUÇÃO	71
1. MÉTODOS.....	76
1.1. OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO.....	76
1.2. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	76
1.3. PARTICIPANTES	77
1.4. INSTRUMENTOS	78
1.5. ANÁLISE DE DADOS	79
1.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	80
2. RESULTADOS	81
3. DISCUSSÃO.....	99
4. CONCLUSÕES.....	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
APÊNDICES	
APÊNDICE I – FOLHETO “AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA EM SERVIÇO DE URGÊNCIA”	
APÊNDICE II – SUPORTE DA FORMAÇÃO “O DOENTE COM TRAUMA NO SMI”	
APÊNDICE III – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO – UTENTES	
APÊNDICE IV – QUESTIONÁRIO AOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA	
APÊNDICE V – GUIÃO DA ENTREVISTA AOS UTENTES PARA AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE BARTHEL E RISCO DE QUEDA (MEDFRAT)	
APÊNDICE VI – FORMULÁRIO DE COLHEITA DE DADOS DO PROCESSO CLÍNICO	
APÊNDICE VII – QUESTIONÁRIO DA PRIMEIRA RONDA DO PAINEL DE <i>E-DELPHI</i>	
APÊNDICE VIII – QUESTIONÁRIO DA SEGUNDA RONDA DO PAINEL DE <i>E-DELPHI</i>	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Análise da justificação, dada por 48 enfermeiros, sobre as razões para a necessidade de um programa de intervenção na prevenção de queda em SU.....	81
Tabela 2 – Razões para a não monitorização com frequência adequada de avaliação do risco (n=50).....	83
Tabela 3 – Justificações dos participantes para a falta de evidência da avaliação de risco de queda no processo clínico dos utentes.....	83
Tabela 4 – Justificações para a resposta “Sim” e “Não” acerca da existência de evidência, no processo clínico dos utentes, das medidas tomadas para o controlo do risco de queda	84
Tabela 5 – A frequência de realização de intervenções para a prevenção de queda nos utentes	85
Tabela 6 – Outras medidas de controlo do risco de queda identificadas.....	85
Tabela 7 – Distribuição das respostas dos 35 respondentes quanto às formas de avaliação do risco de queda no SU	86
Tabela 8 – Distribuição das respostas (%) dos respondentes quanto à pertinência das medidas de avaliação e controlo do risco de queda	87
Tabela 9 – Distribuição das respostas da amostra quanto aos motivos da vinda à urgência e história de queda	88
Tabela 10 – Distribuição das respostas dos inquiridos que tiveram queda durante a permanência no SU.....	89
Tabela 11 – Avaliação da pertinência e exequibilidade das condições ambientais	90
Tabela 12 – Avaliação da pertinência e exequibilidade dos itens acerca da formação a profissionais	92
Tabela 13 – Avaliação da pertinência e exequibilidade dos itens relativos às condições de processo	92
Tabela 14 – Avaliação da pertinência e exequibilidade dos itens relativos às medidas a tomar em cada contato com o utente.....	93
Tabela 15 – Avaliação da pertinência e exequibilidade dos itens relativos às medidas a implementar conforme o risco calculado pela MEDFRAT	93

Tabela 16 – Avaliação da pertinência e exequibilidade dos itens relativos às relacionadas com recursos humanos.....	94
Tabela 17 – Avaliação da pertinência e exequibilidade dos itens relativos às medidas a tomar após a ocorrência de uma queda.....	95
Tabela 18 – Avaliação da pertinência e exequibilidade dos itens relativos aos registos a realizar após a ocorrência de uma queda.....	95
Tabela 19 – Avaliação da pertinência e exequibilidade das condições ambientais (2ª Ronda)	95
Tabela 20 – Avaliação da pertinência e exequibilidade dos itens relativos às condições de processo (2ª Ronda).....	96
Tabela 21 – Avaliação da pertinência e exequibilidade dos itens relativos às medidas a tomar em cada contato com o utente (2ª Ronda)	97
Tabela 22 – Avaliação da pertinência e exequibilidade dos itens relativos às medidas a implementa conforme o risco calculado pela MEDFRAT (2ª Ronda)	97
Tabela 23 – Avaliação da pertinência e exequibilidade dos itens relativos às relacionadas com recursos humanos (2ª Ronda).....	98

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ABCDE – *Airway; Breathing; Circulation; Disability; Exposure*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CH – Centro Hospitalar

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CQSD – Comissão da Qualidade e Segurança do Doente

CREDES – *Recommendations for the Conducting and Reporting of Delphi Studies*

CRRNEU – Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEEMCEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMCEPSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ERC – Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos

ERPI – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria

EVA – Escala Visual Analógica

GCL-PPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IPL – Instituto Politécnico de Leiria

IVC – Índice de Validade de Conteúdo

MEDFRAT – *Memorial Emergency Department Fall-Risk Assessment Tool*

MMR – Microrganismos Multirresistentes

NAS – *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PCI – Prevenção e Controlo de Infeção

PDCA – *Plan-Do-Check-Act*

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SABA – Solução Antissética de Base Alcoólica

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

SUMC – Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TISS 28 – Therapeutic Intervention Scoring System-28

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no contexto da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório do 3º Curso de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto Politécnico de Leiria (IPL) — Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei). É objetivo refletir sobre o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EMCEPSC).

Segundo o Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE), a pessoa em situação crítica (PSC) é aquela "cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma, ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica" (OE, 2018, p. 19362). Os cuidados de enfermagem à PSC são altamente qualificados, contínuos e prestados visando manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades, em resposta às necessidades afetadas (OE, 2018).

A ação de enfermagem resulta da aplicação de conhecimentos adquiridos e da experiência individual. Ao encontrar soluções para os problemas identificados, decorrendo de um processo de reflexão na ação e reflexão sobre a ação, possibilitam a construção de conhecimento próprio de enfermagem que, ao ser sistematizado, partilhado e validado pelos seus pares, se transforma em ciência de enfermagem (Pina Queirós, 2016).

Os ensinamentos clínicos (EC) são, assim, fundamentais para a formação de enfermeiros especialistas, permitindo a aproximação à vida profissional, conforme defendido por Alarcão e Rua, (2005) e Soares (2008). Estes autores destacam que os estágios são essenciais para o desenvolvimento de competências técnicas, cognitivas, críticas e reflexivas, além de facilitar a aquisição de competências de relacionamento interpessoal. Segundo Simões et al. (2008) a finalidade dos EC é concretizar as aprendizagens teóricas através da prática de enfermagem, construindo o saber profissional por meio de interações com profissionais de saúde e análise das práticas diárias dos enfermeiros. Em suma, os EC são ambientes de primordial importância na formação do enfermeiro especialista, uma vez que colocam “em diálogo dois espaços formativos na mediação entre teoria e experiência, com efeitos na construção do

conhecimento profissional” (Cunha et al., 2017, p. 66), suportando os saberes necessários para intervenções autónomas e interdependentes destes. (Simões et al., 2008).

De acordo com Benner (2001, p. 61) “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria”. Por conseguinte, a aquisição de competências resulta de uma interação entre a teoria e a prática, sendo a experiência uma fonte legítima do saber, pelo que se torna fundamental que os enfermeiros se preocupem constantemente em “reduzir o fosso entre os saberes empíricos adquiridos pela experiência e os saberes teorizados, a fim de restituírem uma mais-valia aos cuidados de enfermagem quotidianos, e por consequência, a quem os presta” (Collière, 2003, p. 436).

O modelo de aquisição de competências de Benner (2001) foi o ponto de partida a que recorri na construção do meu processo de aprendizagem e desenvolvimento ao longo deste período. O processo de prestação de cuidados à PSC é complexo, desafiador e por vezes visto como inesperado ou até caótico. Contudo, o enfermeiro especialista nesta área deverá conseguir avaliar a situação das pessoas de quem cuida e desenhar estratégias que permitam atingir, novamente, a estabilidade perdida e avaliar os resultados da sua intervenção. Benner et al. (2011) defendem que a intervenção de enfermagem junto da PSC pode e deve ser sustentada num processo de enfermagem e num plano de cuidados individualizado, que priorize os reais focos de instabilidade.

Defendendo que a Enfermagem Avançada é mais enfermagem, significando uma “maior competência para o desempenho, centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal, baseado em teorias de enfermagem que têm por “Core” o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas; e mais competências de tomada de decisão” (A. P. e Silva, 2007), parece aqui entroncar a necessidade de recurso às teorias de enfermagem para sustentação da prática do enfermeiro especialista. Assim, ao longo da formação como especialista tive igualmente como base a teoria de Meleis et al. (2000), que define como conceito central da Enfermagem a transição, definida como passagem de uma fase da vida, condição ou status para outra diferente, resultando de interações complexas entre as pessoas e o ambiente, influenciadas pelo contexto e situação particular (Meleis et al., 2000; Meleis & Chick, 1986). As competências do enfermeiro

especialista em EMCEPSC (EEMCEPSC) devem estar voltadas para o apoio nos processos de transição.

Desenvolver e aprofundar competências é um processo de crescimento e valorização pessoal e profissional, mas também um dever ético e deontológico enquanto enfermeiro, garantindo a integração da melhor evidência científica, na prática de cuidados especializados.

Perrenoud (2001), defende que deter competência é saber mobilizar saberes, ao clarificar que a competência é a capacidade de utilizar os saberes para agir em situação. A OE define as competências comuns dos enfermeiros especialistas como as detidas por todos “(...) os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4745). No mesmo regulamento, a OE define as competências específicas como as que derivam “(...) 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” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4745).

Este relatório baseia-se numa abordagem descritiva e reflexiva das experiências adquiridas durante os estágios, apoiando-se em conhecimentos teóricos e práticos adquiridos com base em evidências científicas. Desta forma está organizado em duas partes. A primeira segue a organização dada pela OE na determinação das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMCEPSC e em que se realiza uma reflexão sistemática sobre a prática e as competências do enfermeiro especialista, procurando sistematizar o meu percurso ao longo de todo o mestrado. A segunda parte refere-se a um artigo científico no âmbito de um processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem num Serviço de Urgência (SU), desde o diagnóstico da situação atual, passando pela avaliação da taxa prevalência de queda até ao desenho e validação de um programa de avaliação e gestão do risco de queda. Nesta parte a estrutura, as citações e a listagem de referências bibliográficas, foram realizadas consoante as normas da revista BMC “Nursing”.

PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

Podemos encontrar pessoas em situação crítica de saúde numa multiplicidade de localizações nas organizações de saúde (Paiva et al., 2016), nomeadamente do Serviço de Urgência, Unidades de Cuidados Intensivos ou Intermédios e nos internamentos, sustentando a realização dos estágios neste tipo de unidades.

Os EC decorreram num Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC), no Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) e Comissão da Qualidade e Segurança do Doente (CQSD), e num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMI).

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O primeiro EC decorreu num Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar (CH) da região de Lisboa e Vale do Tejo. O Serviço de Urgência Médico-cirúrgico (SUMC) está integrado na rede nacional de urgência e emergência. Em Portugal os SU são considerados serviços hospitalares desde 2002, com a publicação pelo Ministério da Saúde do Despacho Normativo 11/2002 (Grupo Trabalho Serviços Urgência, 2019). Neste diploma legal define-se SU como um serviço multidisciplinar e multiprofissional que visa a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas” (Despacho Normativo nº11/2002, 2002, p. 1865).

Os conceitos de Urgência e Emergência foram explicitados pela Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. Esta comissão definiu urgência como sendo um processo de saúde que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa) e emergência como um processo de saúde no qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção num curto espaço de tempo, sendo que a situação crítica ocorre quando não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012).

No que se refere à tipologia e diferenciação, os SU podem ser classificados em três níveis, básicos, médico-cirúrgicos e polivalentes. Sendo que os SUMC são referências para os serviços

de urgência básica e em caso de necessidade devem referenciar para um serviço de urgência polivalente (Despacho nº 10319/2014, 2014).

No que se refere à organização interna do SUMC, este está dividido em áreas funcionais: admissão e sala de espera para triagem, triagem, balcões (área para observação de situações que requeiram esclarecimentos adicionais), área de macas, sala de tratamento (para tratamento de feridas ou outros procedimentos que requeiram recato e privacidade), pequena cirurgia, sala de emergência (para prestação de cuidados à pessoa em situação de emergência ou situação crítica) e sala de observações (zona de internamento com condições de monitorização contínua). Devido aos planos decorrentes da pandemia por COVID-19, o SUMC possuía ainda, à data do EC, uma área para pessoas com patologia respiratória ou com teste para a COVID-19 positivo sem critérios de cura, que recorram ao serviço por outras razões.

O SUMC tem uma equipa de setenta e sete enfermeiros, dos quais catorze são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (cerca de 18%). Vinte e dois enfermeiros podem ocupar o lugar de coordenador de turno. O trabalho de enfermagem é organizado tendo por base o método individual, em que cada enfermeiro presta cuidados a um determinado número de pessoas em cada turno. A distribuição dos utentes que estão no serviço pelos enfermeiros é da responsabilidade do enfermeiro coordenador. Nos turnos diurnos a equipa é composta por onze enfermeiros e nos noturnos por dez enfermeiros.

1.2. GRUPO COORDENADOR LOCAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIAS AOS ANTIMICROBIANOS E COMISSÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE

O EC decorreu no GCL-PPCIRA e na CQSD de um hospital da região centro do país, acreditado por uma organização internacional no que respeita à qualidade e segurança dos cuidados de saúde aí prestados. A escolha destes locais, decorreu da importância que reconheço a ambas as áreas no contexto de prestação de cuidados de saúde e a intervenção preponderante do enfermeiro especialista. Isto é reconhecido pela OE ao definir que compete ao EEEMCEPSC maximizar 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 (Regulamento nº 429/2018, 2018).

A competência é a capacidade de utilizar os saberes para agir em situação (Perrenoud, 2001), o que tornou natural que ao ser uma área de interesse pessoal o desenvolvimento de competências na área de Prevenção e Controlo de Infeção (PCI) e da qualidade e segurança dos cuidados de saúde a escolha recaísse nas duas unidades nas quais o EC decorreu.

Deste modo o EC teve lugar num contexto misto entre o GCL-PPCIRA e a CQSD. A qualidade em saúde é um conceito que, de acordo com Busse et al. (2019), sofreu uma evolução ao longo dos anos, tendo passado de uma perspetiva utilitarista, maioritariamente centrada nos interesses e ideias de profissionais e investigadores da área da saúde, para uma visão centrada nas pessoas, na sua expectativa e experiência de cuidado. Assim, as definições mais atuais incluem conceitos mais amplos como a eficiência dos cuidados prestados, o custo e o não malefício. Apesar de ser um conceito em desenvolvimento, existe um consenso alargado acerca das dimensões que o devem constituir. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2020) os cuidados de qualidade devem ser: eficazes; seguros; centrados nas pessoas; oportunos; equitativos; integrados e eficientes. Esta formulação vem ao encontro do preconizado pela OE, que define os cuidados de enfermagem à PSC de qualidade como precisos, eficientes, em tempo útil, eficazes e holísticos (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Ao longo dos anos foram apresentadas múltiplas definições para infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), sendo que de acordo com Cardoso et al. (2014) as primeiras foram-no no ano de 2002, tendo outras variações da definição surgido ao longo dos anos. A OE define IACS como “uma situação clínica resultante de reações orgânicas de agentes infecciosos ou das suas toxinas, adquirida pelas pessoas em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo afetar também os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 5).

Devido ao aumento das taxas de IACS, práticas inadequadas na prescrição de antibióticos e alta resistência aos antimicrobianos, foi implementado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) para abordar esses problemas de forma integrada (Despacho nº 2902/2013 do Ministério Da Saúde, 2013), tendo sido criados o Grupo Coordenador Regional e o GCL-PPCIRA, que deve ser multidisciplinar e incluir

médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros técnicos de saúde (Despacho nº 15423/2013 do Ministério Da Saúde, 2013). O GCL-PPCIRA onde decorreu o EC está organizado de acordo com esta legislação e as funções estão interligadas com a Comissão da Qualidade e Segurança do Doente, cumprindo a legislação e os padrões da entidade internacional de acreditação, com vista à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

Em todos os serviços do CH existem elementos de ligação ao GCL-PPCIRA. Os gabinetes da equipa de enfermagem ficam situados junto às restantes comissões técnicas do hospital. A equipa é constituída por três enfermeiros, sendo um deles especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e os restantes são enfermeiros de cuidados gerais com longa experiência na área da PCI.

No que respeita à CQSD este é um órgão que funciona igualmente junto das restantes comissões técnicas, e cuja equipa é constituída por elementos dos diversos grupos profissionais. Destes, cinco são enfermeiros, todos especialistas, sendo três em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), um em Enfermagem de Reabilitação e dois em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Em 2022 foi publicado o Despacho nº 10901/2022 do Gabinete Do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2022), que atualiza o PPCIRA. Deste diploma decorrem algumas alterações à nomenclatura e estrutura definida para as unidades, nos 3 níveis de governação, passando o GCL-PPCIRA a denominar-se Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. À data em que o EC decorreu não havia ainda sido adotada esta nova organização e nomenclatura.

1.3. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Os Serviços de Medicina Intensiva visam o acompanhamento e o tratamento de pessoas em situação crítica, porém com possibilidade potencial de reversão, que necessitam de monitorização e suporte para as funções vitais. Essas pessoas são tratadas continuamente por profissionais médicos e de enfermagem altamente especializados (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013).

O EC decorreu num SMI de um hospital da região centro do país, classificado como uma unidade de nível III. Embora o SMI cumpra a maioria das orientações de melhores práticas

estruturais, a sua localização no quinto piso do hospital coloca-o a uma distância considerável dos SU, Bloco Operatório e Imagiologia, impactando na utilização dos recursos humanos.

O SMI é composto por treze unidades de cuidados individuais, das quais dez são destinadas a cuidados intensivos polivalentes, e possui uma capacidade total de dez camas, com quartos de isolamento equipados com adufas. A área de prestação de cuidados do SMI segue uma lógica de open space, com balcões centrais para monitorização e equipamentos informáticos. Uma bancada na retaguarda do balcão central é utilizada para preparação de medicação, que não é fornecida em unidoses pelos serviços farmacêuticos.

Nas unidades de internamento dos utentes, cada cama é acompanhada por duas colunas laterais suspensas, um armário contendo material clínico e hoteleiro (reposto a cada turno), dois caixotes do lixo do grupo III (um de cada lado da unidade) e um caixote para roupa suja, localizado na parte de trás da cama.

O sistema informático utilizado no SMI é o B-Simple®, e uma das suas aplicações é o B-ICU.CARE®, desenvolvido para abranger os métodos e rotinas do SMI. Esse software integra-se em tempo real com todos os dispositivos conectados à pessoa internada, como monitor, ventilador, seringas, bombas infusoras, máquina de gasometria, entre outros, organizando as informações, permitindo o acesso rápido, intuitivo, prático e seguro a todos os dados relevantes.

Relativamente aos recursos humanos de enfermagem no SMI, a equipa é composta por um total de trinta e dois profissionais, dos quais 50% (dezasseis enfermeiros) são especialistas. A equipa inclui dois enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, sendo os restantes em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O trabalho de enfermagem é organizado com base no método individual, onde cada enfermeiro cuida de um número específico e limitado de utentes em cada turno, sendo responsável pelos cuidados de enfermagem durante esse período (Parreira, 2005). A distribuição dos utentes pelos enfermeiros é realizada no início de cada turno, sendo da responsabilidade do enfermeiro coordenador.

No que respeita ao número de enfermeiros por turno, varia entre o turno da manhã e os demais. No turno da manhã, normalmente, são escalados seis enfermeiros, sendo que um

deles assume a função de coordenação e os restantes são responsáveis pelos cuidados de enfermagem diretos aos utentes internados. Nos turnos da tarde e da noite, são escalados cinco enfermeiros, sendo que um deles também assume a função de coordenação. Um dos enfermeiros escalados em cada turno assume a equipa de emergência médica intra-hospitalar (EEMI).

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A competência de um profissional deve ser sustentada por um conjunto de características, nomeadamente: uma personalidade equilibrada e humanista; responsabilidade; conhecimentos científicos e técnicos sólidos; capacidade reflexiva que lhe permita analisar os fenómenos, tomar decisões e agir perante o inesperado, integrado em equipas multidisciplinares; atitude de aprendizagem contínua ao longo da vida (Alarcão & Rua, 2005). Os mesmos autores acrescentam ainda que ser competente implica adequar a resposta e o comportamento a cada situação específica, o que depende da reflexão acerca da prática e da intencionalidade de ação. Benner (2001) defende ainda que os domínios da prática de enfermagem incluem habilidades e responsabilidades, que são adquiridas durante a formação inicial dos enfermeiros. No entanto, essas habilidades devem ser continuamente desenvolvidas ao longo da carreira profissional, progredindo de iniciado para iniciado avançado, competente, proficiente e finalmente perito. Como tal, o EC é o contexto adequado para a aquisição e cimentação das competências essenciais à atuação como enfermeiro especialista.

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” (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Neste subcapítulo pretende-se refletir acerca das competências comuns do enfermeiro especialista, bem como das atividades desenvolvidas ao longo dos EC.

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Segundo o Estatuto da OE, o enfermeiro deve “manter no desempenho das suas atividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão” (Lei nº 156/2015, 2015, p. 8080) o que implica o cumprimento dos direitos e deveres dos utentes, princípios éticos e normas deontológicas que regem a profissão. Esta ideia é reforçada pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996) que no seu artigo 8º determina que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (p.

2961). Cumprindo estes padrões, o enfermeiro pode garantir a qualidade dos cuidados de saúde prestados e proteger a segurança e o bem-estar dos utentes.

No contexto da prestação de cuidados de enfermagem surgem com frequência dilemas éticos, em que direitos e deveres de uma ou mais pessoas entram em conflito. O conflito ético é intrínseco a profissões relacionadas com saúde, maioritariamente devido à responsabilidade ética decorrente da prestação de cuidados a pessoas em estado clínico crítico (Mealer & Moss, 2016). Por conseguinte, a tomada de decisão ética por ser vista como o ponto central da aquisição de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o que exige por parte do enfermeiro uma “sensibilidade moral acentuada, saber ético, experiência de vida, virtude, informação e um grande compromisso pessoal para fazer o que “está certo” (Nora et al., 2016, p. 6).

Em Portugal a Lei de Bases da saúde, consigna na base dois, os direitos e deveres das pessoas no que à saúde diz respeito, reforçando mesmo que é dever dos profissionais de saúde “exercer a sua atividade de acordo com a legis artis e com as regras deontológicas, devendo respeitar os direitos da pessoa a quem prestam cuidados” (Lei nº 95/2019, 2019, p. 64).

A enfermagem é uma disciplina e profissão que lida diariamente com situações complexas que geram dilemas e problemas éticos que exigem decisões fundamentadas. Há um campo de reflexão específico para a ação dos enfermeiros, baseado na sua prática e preocupações profissionais relativamente aos utentes, conhecido como “Ética de Enfermagem” (Nunes, 2006). Embora os enfermeiros sejam os profissionais de saúde que mais enfrentam situações com problemas éticos, a tomada de decisão em enfermagem deve envolver a participação de outros membros da equipa multidisciplinar. Isso permite a troca de diferentes perspetivas, conhecimentos e experiências (Nora et al., 2016).

A tomada de decisão é um elemento crucial, na prática da enfermagem, ao ter um impacto significativo na qualidade dos cuidados prestados. Devido à natureza autónoma da prática profissional dos enfermeiros, o processo de tomada de decisão em enfermagem tem sido objeto de constante aprofundamento. Os enfermeiros assumem a responsabilidade de tomar decisões com base em juízos sobre as necessidades reais das pessoas e na definição das intervenções a serem implementadas. Assim, a tomada de decisão é o resultado de um processo conduzido pelo raciocínio (M. A. T. da C. P. e Silva, 2011).

Durante o meu percurso de EC, colaborei ativamente nos processos de tomada de decisão, trabalhando em conjunto com os enfermeiros orientadores e a restante equipa multidisciplinar na avaliação, elaboração de diagnósticos de enfermagem e avaliação sistemática das pessoas de quem cuidei, avaliando igualmente as intervenções realizadas.

Num dos turnos realizados, no EC no SMI, eu e a enfermeira orientadora tivemos a oportunidade de cuidar de uma pessoa a quem havia sido diagnosticado um acidente vascular cerebral extenso que foi interpretado como irrecuperável, pelo que se optou pela suspensão de todas as medidas invasivas de suporte vital.

Nesta situação, a tomada de decisão é feita em equipa multidisciplinar, sendo que a opção pela limitação do esforço terapêutico, como no caso descrito, é uma decisão colegial da equipa para minimizar os riscos de dano dos direitos da pessoa cuidada. Assim, a decisão sobre a limitação de esforço terapêutico é um processo complexo, subjetivo e demorado que deve ser partilhado pela equipa de profissionais de saúde do SMI, pela pessoa cuidada (se possível) e pelos familiares ou representante legal. A limitação de esforço terapêutico é uma prática comum nos SMI, dado o grande número de pessoas em estágio terminal (T. A. B. Alves, 2017; Bitencourt et al., 2007).

Uma das questões que mais me fez refletir foi a sobrelotação do SUMC e todos os desafios que esta condição acarreta para a prestação de cuidados de enfermagem que respeitem as pessoas e a sua intimidade e privacidade.

Os SU tantas vezes sobrelotados, com fortes limitações estruturais para darem resposta às pessoas que procuram cuidados de saúde, colocam questões no que se relaciona com o direito à intimidade, tal como exposto no artigo 107º do Estatuto da OE (Lei nº 156/2015, 2015). A estrutura física do SUMC, bem como a localização, possível, para alocar as pessoas com necessidade de permanecer em maca concorre para a sobrecarga de trabalho da equipa de enfermagem, de modo a garantir a privacidade e o direito à intimidade, visto que não existem cortinas, nem locais específicos para cada maca. Esta situação leva a que todos os profissionais tenham de deslocar os utentes para locais mais recatados para a prestação de cuidados, principalmente quando existe a necessidade de exposição do corpo. Assim, na minha prática diária em contexto de EC sempre que adequado, procurei não expor as pessoas de quem

cuidei, nomeadamente deslocando-as a locais com a privacidade mais adequada ou recorrendo a biombos.

A frequente sobrelotação do SUMC leva a que existam dificuldades, consideradas inultrapassáveis, que impedem que as pessoas possam ter junto a si um acompanhante, ao contrário do exposto na alínea a) no artigo 12º da Lei nº 15/2014 (2014), com as alterações introduzidas pela Lei n.º 110/2019, que refere em todos as unidades deste tipo do Serviço Nacional de Saúde “é (...) reconhecido e garantido a todos o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada”.

A presença de uma pessoa significativa, junto da pessoa que recorre aos cuidados de saúde e escolhida por esta, acaba por se constituir como fator redutor da ansiedade (Guarnieri & Pio, 2018), pelo que encontrar soluções que permitam este acompanhamento pode facilitar no processo de prestação de cuidados e nos resultados em saúde, como a redução do risco de queda principalmente em pessoas com desorientação ou agitação. Neste âmbito tudo fiz para manter o respeito pela privacidade e intimidade das pessoas, bem como, sempre que me foi possível permitir que um acompanhante ou pessoa significativa pudesse permanecer, nem que de modo temporário, junto ao utente.

Ao longo dos EC refleti, consistentemente, acerca da importância e pertinência do consentimento informado e do direito das pessoas à informação que o suporta.

Em muitas situações, ao prestar cuidados à PSC, recorremos ao consentimento presumido, baseado nos princípios de beneficência e não maleficência. É importante entender que nem todos os procedimentos são emergentes e a informação adequada deve ser fornecida para que a pessoa possa decidir sobre o consentimento informado (Vicente, 2014).

Durante o EC, garanti que todos os procedimentos que realizei obtiveram, previamente, o devido consentimento livre e esclarecido ou foram realizados em contexto de emergência, ou quando a pessoa se encontrava incapaz de consentir com recurso ao consentimento presumido. A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2013, p. 6) defende que o consentimento presumido deve ocorrer,

“quando as circunstâncias permitem supor que a pessoa titular teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico ou terapêutico é praticado.

O consentimento presumido é importante nos casos em que a pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada e há risco sério para a saúde ou vida dessa pessoa em se adiar o ato para a obtenção do seu consentimento expresse. Assim, deve prevalecer o dever de agir decorrente do princípio da beneficência consagrado na ética da saúde, devendo, no entanto, ser prestada toda a informação à pessoa, procurador de cuidados ou ao seu legal representante assim que aquela se mostre capacitada para decidir.”

É importante lembrar que qualquer ato de enfermagem deve respeitar o dever de informação e autodeterminação da pessoa, conforme estabelecido pelo artigo 105º do Estatuto da OE e pela carta dos direitos e deveres dos doentes internados (DGS, 1998) e pela Lei de Bases da Saúde (Lei nº 95/2019, 2019).

No que refere ao consentimento para atos de enfermagem, no EC decorrido no SUMC num dos turnos realizados, cuidei de uma pessoa a quem era necessário colocar uma sonda nasogástrica para alimentação, pelo risco de engasgamento por disfagia. A pessoa em causa não reunia as condições para fornecer consentimento. Não se tratando de um procedimento urgente/emergente, não poderíamos atuar recorrendo ao consentimento presumido. Assim, recorremos ao Registo Nacional do Testamento Vital para perceber se existia um procurador de cuidados. Neste caso em particular, a procuradora de cuidados era a esposa. Contactámos a esposa do utente pedindo-lhe para vir ao SUMC. Quando estava presente no serviço expliquei a necessidade da colocação da sonda nasogástrica, explicitando o processo e quais os cuidados que a presença deste dispositivo médico iria implicar no futuro. Desta forma, capacitei a procuradora de cuidados para a tomada de decisão, que ocorreu tendo sido respeitada.

Durante o EC realizado no GCL-PPCIRA tive a hipótese de colaborar na alocação em isolamento de pessoas com infeção/suspeita de infeção ou colonização com microrganismos multirresistentes (MMR), o que impõe uma limitação forçada nos direitos da pessoa, tornando ainda mais importante uma prática baseada nos princípios da ética e deontologia que defendam os direitos das pessoas.

O CH implementou um procedimento de sinalização para identificar facilmente pessoas com suspeita de infeção ou colonizados com MMR, através da colocação de uma bola autocolante

na pulseira e sinalização na entrada do quarto ou na cama, conforme recomendado pelas boas práticas (Siegel et al., 2022). Embora essa prática permita a rápida identificação de utentes que necessitam de isolamento e garanta a segurança e qualidade dos cuidados, (Behta et al., 2013) pode colidir com o direito à privacidade da pessoa cuidada. A este respeito, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2016, p.8), defende que as pessoas em que exista a necessidade deste tipo de sinalização devem ser esclarecidas acerca da “razão de ser da sinalética, sobre os seus próprios comportamentos e responsabilidade e sobre as medidas que são recomendadas a todos os que com eles se relacionam para proteção dos próprios e dos demais doentes internados na instituição”.

Tanto o SUMC como o SMI são unidades desenhadas em open space. Isto coloca alguns desafios no cumprimento estrito do respeito pela privacidade e intimidade das pessoas cuidadas. Ao longo do EC pautei a minha atuação pelo respeito pelos princípios éticos, deontológicos e legais que regem a profissão, incluindo, mas não se limitando, ao respeito pela individualidade de cada pessoa, seus costumes, crenças e práticas, com as adaptações necessárias decorrentes da prestação de cuidados em áreas em open space. Esta preocupação materializou-se, por exemplo, no recurso ao uso de biombos durante os cuidados que exigiram exposição física da pessoa internada e no cuidado aquando da passagem de turno de modo que a informação fosse apenas recebida pelos profissionais, o que é facilitado pela distância existente entre o local de passagem de turno e as unidades de cada utente.

2.1.2. Promoção contínua da qualidade do serviço

A qualidade em saúde é um conceito complexo que assume especial importância quando falamos de cuidados de enfermagem. A qualidade destes cuidados está dependente da reflexão sobre a prática de modo a definir estratégias e objetivos, sendo que esta abordagem exige disponibilidade de tempo por parte dos profissionais (Fradique & Mendes, 2013).

Os projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, são baseados nos padrões de qualidade dos cuidados especializados, permitindo a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem, bem como dos ganhos em saúde que são sensíveis a esses mesmos cuidados. O conceito de qualidade em saúde está alinhado com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica que se baseiam na satisfação do utente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e

autocuidado, readaptação funcional e organização de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

No domínio da melhoria contínua, o enfermeiro especialista deve ser um agente dinâmico na conceção e implementação de projetos institucionais na área da qualidade. Isso envolve avaliar as práticas e, com base nos resultados, revê-las e implementar programas de melhoria contínua para garantir um ambiente terapêutico, seguro e de qualidade (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A cultura de segurança em saúde é o conjunto de atitudes e comportamentos que apoiam e promovem a segurança dos utentes nas organizações de saúde (Mannion & Davies, 2018). Esta envolve os valores, crenças e normas partilhados pelos profissionais de saúde e outros colaboradores em toda a organização, que influenciam as suas ações e comportamentos (Lawati et al., 2018). Uma cultura de segurança forte é essencial para prevenir e reduzir os incidentes de segurança que podem ocorrer durante a prestação de cuidados de saúde e que podem causar danos aos utentes, aos profissionais e às organizações (Lawati et al., 2018). Estes incidentes representam um risco para a qualidade dos cuidados, os resultados em saúde e a sustentabilidade dos sistemas de saúde. As unidades de saúde que negligenciam a cultura interna de segurança têm um risco dez vezes maior de ocorrência de incidentes do que as unidades que investem em boas práticas clínicas (Singer & Vogus, 2013)

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021 – 2026 defende que a ocorrência de eventos adversos é uma realidade inerente aos sistemas de saúde modernos, sendo que a implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde (Despacho nº 9390/2021, 2021).

Ao longo de todos os EC tive sempre o cuidado de garantir que as pessoas de quem cuidei estavam o mais seguras possível. Para tal norteei a minha atuação pelas Metas Internacionais para a Segurança do Doente, que a Joint Commission International definiu como: identificação correta dos utentes; melhorar a comunicação entre os profissionais; utilizar a medicação de forma segura; realizar a higienização das mãos de forma adequada; garantir cirurgia segura; minimizar o risco de queda e suas consequências.

No SUMC os enfermeiros procuram prestar cuidados seguros, dando resposta aos padrões de qualidade. Contudo, as condições de prestação de cuidados não são as ideais, com o serviço a sofrer, frequentemente, de sobrelotação e boarding (pessoas internadas a aguardar vaga no internamento), influenciando negativamente a qualidade dos cuidados prestados. Esta ideia está amplamente reconhecida na literatura internacional desde há largos anos. A sobrelotação dos SU impacta na qualidade e segurança dos cuidados de saúde, nomeadamente, causando uma erosão na mesma (Salway et al., 2017).

É de mencionar que o CH onde o SUMC se localiza não tem implementada qualquer ferramenta de relato de incidentes ou eventos adversos. Não existe assim uma cultura de relato de incidente, nem do seu tratamento. O potencial de melhoria que pode advir da análise de incidentes é fundamental na melhoria da segurança dos cuidados. Ao longo do EC realizaram-se diversas ações de sensibilização informais junto da equipa de enfermagem acerca da importância do tema, o que foi bem-aceite pelos profissionais, que expressaram o desejo de poderem demonstrar os problemas relacionados com a segurança dos cuidados de vivenciam na sua prática diária.

Um dos eixos de ação determinados pelo PNSD está relacionado com a prevenção da ocorrência de quedas. O CH tem em vigor uma instrução de trabalho que normaliza a avaliação do risco de queda e incluindo o SUMC no grupo dos serviços onde esta é obrigatória. Contudo, durante a minha permanência no serviço não me foi possível observar que esta avaliação seja realizada de forma sistemática para todas as pessoas, mas apenas para as pessoas que ficam internadas no SUMC a aguardar vaga de internamento. Neste âmbito, e tendo em conta que os enfermeiros do serviço referem que a aplicação da escala de Morse parece desnecessária, pois para pessoas não internadas, acrescentando que parece ter pouca sensibilidade e fiabilidade, tive a oportunidade de elaborar um folheto informativo acerca da avaliação do risco de queda recorrendo a um instrumento de medida validado para aplicação em contexto de urgência em Portugal (APÊNDICE I). No SMI existe uma avaliação sistemática do risco de queda realizada com recurso à escala de Morse. Os profissionais registam esta avaliação, bem como as medidas instituídas para a minimização do risco no processo clínico da pessoa cuidada. No entanto, pude verificar que não é consistente em toda a equipa, não existindo parametrização de medidas distintas para pessoas com riscos de queda diferentes, ou seja, equipa regista apenas as medidas universais do risco de queda.

Uma parte importante do EC foi realizada em contexto diretamente ligado com a qualidade, de forma partilhada entre o GCL-PPCIRA e a CQSD. Assim, foi-me possível participar ativamente e perceber o papel do enfermeiro especialista em ambos os contextos. O CH é acreditado desde 2012, existindo uma cultura de segurança e qualidade que percorre todas as unidades e serviços. Como futuro enfermeiro especialista em EMCEPSC, reconheço que os processos de acreditação, com implementação das melhores práticas e normalização de processos e procedimentos, bem como uma garantia de que os profissionais de saúde estão permanentemente atualizados na sua formação e a par das orientações adequadas para as inúmeras técnicas e procedimentos efetuados, são uma enorme mais-valia e resultam em benefício das pessoas que recorrem aos cuidados de saúde, aumentando a sua qualidade e segurança (Araujo et al., 2020; Melo, 2016).

No período que me mantive em EC na CQSD e GCL-PPCIRA tive a oportunidade de participar em diversos momentos de auditoria a serviços do CH. As auditorias são momentos de grande oportunidade de aprendizagem para os serviços e para os auditores ao resultarem da relação dialética entre as duas partes e são instrumentos que potenciam a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, incluindo os cuidados de enfermagem (Ivers et al., 2012; Jamtvedt et al., 2019; Margarida et al., 2022).

Particpei ativamente na preparação do CH para uma auditoria externa de acreditação. Neste contexto participei em diversas reuniões preparatórias em que se debateram os problemas e procuraram soluções. Tive oportunidade de, em conjunto com a enfermeira orientadora, dar o meu contributo. Particpei na realização dos relatórios das auditorias e na comunicação dos resultados aos serviços auditados.

No CH está implementado um procedimento de notificação de eventos adversos que visa a melhoria da qualidade dos cuidados recorrendo ao software Her+. Tive, ao longo do EC, a oportunidade de participar numa formação acerca da análise de risco clínico, para a implementação de uma ferramenta de suporte à análise proativa do risco, bem como a realização de uma formação promovida pela OE acerca da avaliação de risco em saúde. A passagem de uma perspetiva reativa da análise do risco, em que as organizações procedem à análise eventos já acontecidos, promovendo alterações nos processos que tentem minimizar a probabilidade de novas situações similares, para uma visão proativa em que se procuram

ativamente processos críticos e com elevada probabilidade de ocorrência de eventos adversos é fundamental. As organizações devem promover a implementação de mecanismos de gestão proativa do risco de modo a diminuir o risco global dos cuidados prestados (Ershadi et al., 2020; Faiella et al., 2018; Liu, 2019).

Ao longo do EC no SMI e por reconhecer a importância dos processos de melhoria contínua da qualidade, procurei perceber a dinâmica aqui existente. Assim, a equipa é focada e trabalha na melhoria da qualidade realizando formações internas incluídas em projetos instituídos e que visam a melhoria da qualidade e integração da evidência científica mais recente. Uma das formações em que tive oportunidade de participar versava acerca da redução da incidência das pneumonias associadas à intubação. Em novembro de 2022 foi publicada uma alteração à norma no 021/2015 Atualizada a 17/11/2022 - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação (DGS, 2015c), que a equipa já adaptou à sua prática diária, nomeadamente alterando a forma com se realizam os cuidados à boca (abandonando a clorexidina e passando a utilizar pasta dentífrica) e passando a monitorização da pressão do cuff do tubo endotraqueal ou da cânula de traqueostomia de uma frequência de três vezes por dia para apenas uma. Isto demonstra a importância atribuída no SMI a uma prática baseada na melhor evidência disponível, o que permite aos enfermeiros uma atuação mais segura e sempre orientados para a excelência no cuidar, maximizando a qualidade e segurança, atuando base no melhor conhecimento científico, afastando da atuação por intuição ou tentativa e erro (Harrison & Graham, 2021; White et al., 2019).

Neste âmbito, em conjunto com outros alunos em EC no mesmo serviço, foi realizada uma formação em serviço com vista à melhoria dos cuidados à pessoa vítima de trauma internada no SMI (APÊNDICE II).

Todos os locais onde realizei EC monitorizam um conjunto de indicadores que permitem perceber a evolução da qualidade e segurança dos cuidados de saúde ali prestados, o que está conforme o estabelecido no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMCEPSC (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Neste contexto, tive oportunidade de colaborar na recolha de dados relativa à monitorização da adesão à higienização das mãos e utilização de luvas, no SMI. Efetuei observações no âmbito de auditorias no GCL-PPCIRA e CQSD, realizando o registo nas plataformas dedicadas para o fim

e no SUMC analisei em conjunto com o enfermeiro orientador, os indicadores de qualidade definidos: a taxa de conformidade com os cinco momentos de higienização das mãos; taxa de conformidade da Triagem de Manchester; taxa de processos clínicos de pessoas que permaneceram mais oito horas no serviço com registos de enfermagem.

Como parte de sua busca pela excelência no exercício profissional, é competência do enfermeiro especialista garantir a existência de um sistema de registos que incorpore de forma sistemática as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas, assim como um resumo mínimo de dados e um conjunto principal de indicadores de enfermagem voltados para atender às necessidades da PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Nos locais de EC em que estive todos os registos são realizados em sistemas de informação em suporte informático, o que é facilitador e potenciador da qualidade e privacidade da informação.

2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

A gestão corresponde ao conjunto de processos utilizados para planejar, construir, equipar, avaliar e manter a confiabilidade de espaços e tecnologias (Lopes et al., 2009) e, por conseguinte, a gestão de cuidados em saúde pode ser definida como a adequação e disponibilização de tecnologias em saúde, tendo por base as necessidades individuais de cada pessoa (Mororó et al., 2017).

O enfermeiro que atua na área da gestão, como o enfermeiro especialista, é responsável pela organização do trabalho e dos recursos humanos, com o objetivo de permitir a existência de condições para a prestação de cuidados (Mororó et al., 2017), sendo o responsável pela ponte entre os profissionais da prestação de cuidados e a gestão estratégica das organizações (Eduardo, 2016). Deste modo, o modelo de gestão dos cuidados adotado pelos enfermeiros orienta a organização dos serviços e das práticas de enfermagem, com o intuito de alcançar os objetivos desenhados (Fineout-Overholt et al., 2011) dando resposta à necessidade de cuidados da população.

No âmbito da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista procura gerir e otimizar os cuidados de enfermagem, garantindo a segurança e qualidade na sua área de atuação e em colaboração com a restante equipa de saúde. Além disso, lidera e gere os recursos disponíveis

conforme a realidade existente e suas necessidades, assegurando a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Durante os EC, no SUMC e no SMI, tive a oportunidade de acompanhar e observar o trabalho dos enfermeiros gestores e coordenadores de turno. Foi possível constatar que este é um trabalho exigente e desafiador, que pode ser stressante e desgastante. É necessário gerir recursos humanos e materiais, garantir dotações seguras e, ao mesmo tempo, assegurar que os enfermeiros se mantenham motivados e envolvidos no desempenho das suas funções. Além disso, é importante promover um ambiente laboral saudável. É um trabalho complexo, mas fundamental para o bom funcionamento do sistema de saúde.

No SUMC está assumido, no regulamento do serviço, o perfil para o enfermeiro que pode assumir a função de coordenação, que se baseia primordialmente no tempo de experiência profissional (pelo menos dez anos de experiência, dos quais pelo menos seis no SUMC). Este cuidado com a experiência profissional é fundamental para dar conhecimento das dinâmicas do serviço. Contudo, pode não ser suficiente, no que se refere às competências de gestão, tanto do ponto de vista de gestão de pessoas e capital humano, como de gestão de recursos materiais. A própria OE assume, no Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, que a posição de coordenação no SU deve ser assumida, sempre que possível, por enfermeiro especialista (Regulamento nº 743/2019, 2019).

No SMI não existe uma descrição funcional detalhada e oficial das competências do enfermeiro coordenador, não existindo também um perfil oficial para ocupar a posição de coordenador. Contudo, conforme o parecer nº 15/2018 da OE, que trata das funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos e Serviços de Medicina Intensiva, é afirmado que, quando os serviços em questão têm equipas de enfermagem com enfermeiros detentores do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estes devem exercer funções de chefia e coordenação. Além disso, na elaboração das escalas de trabalho, esses enfermeiros devem ser distribuídos equitativamente pelos vários turnos (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No SUMC e no SMI, cada turno é coordenado por um Enfermeiro Coordenador, responsável por tomar decisões, lidar com alterações e ocorrências verificadas durante o turno. Este profissional elabora o plano de trabalho diário (exceto nos turnos da manhã dos dias úteis em

que a responsabilidade é do enfermeiro gestor), registado em documento próprio, faz o pedido de dietas, reposição de botijas de oxigénio e providência a reparação de material ou dispositivos avariados. Quando há necessidade de transferência de utentes entre hospitais ou entre serviços do mesmo hospital garante as condições de segurança. Esta é uma atividade que pode ser desgastante e requer habilidades de comunicação, escuta, assertividade, planeamento e tomada de decisão, esperadas do Enfermeiro Especialista.

Em ambos os contextos, tive a oportunidade de me aperceber que apesar de a distribuição dos profissionais ser da responsabilidade do enfermeiro gestor, no dia a dia a operacionalização desta distribuição é da competência do enfermeiro coordenador. Ou seja, conforme a carga de trabalho expectável para o turno, o coordenador ajusta a distribuição dos profissionais na tentativa de maximizar a eficiência da equipa.

Ao enfermeiro coordenador do SUMC e do SMI compete, como referido, a gestão de recursos humanos no turno, decidindo a distribuição efetiva dos profissionais enfermeiros e assistentes operacionais, conforme as cargas de trabalho expectáveis. Esta distribuição é realizada, em ambos os contextos, com base em experiência empírica, sem sustentação de qualquer ferramenta de suporte à decisão, o que pode levar a situações em que a decisão pode não ser a mais assertiva. Existem, no entanto, instrumentos, internacionalmente validados, que permitem dar suporte a este tipo de decisões e que poderiam ser úteis neste contexto. São deles exemplos a Baseline Emergency Staffing Tool (Youd, 2015) e The Jones Dependency Tool (Crouch & Williams, 2006; Varndell et al., 2013) para o SUMC e o Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS 28) e a Nursing Activities Score (NAS) para o SMI. No serviço em causa, já foi realizada a avaliação da carga de trabalho recorrendo à TISS 28. Contudo, esta avaliação foi suspensa pois a equipa entendeu que a escala não respondia às necessidades de cuidados atuais. A NAS decorreu de um desenvolvimento da TISS 28, tendo como principal vantagem avaliar 80,8% da carga de trabalho dos enfermeiros em SMI, face aos 43.3% avaliados pelo TISS 28 (Macedo et al., 2021).

Nos dois contextos de EC é comum os profissionais verbalizarem sentimentos de exaustão e cansaço. A carga de trabalho afeta a qualidade dos cuidados prestados, a satisfação dos profissionais com o seu trabalho, podendo levar à exaustão emocional (Maghsoud et al., 2022). Contudo, esta relação pode ser melhorada, reorganizando as cargas de trabalho,

incrementando a satisfação e melhorando a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Briatte et al., 2019). Assim, é fundamental que os enfermeiros procurem soluções baseadas na evidência para a distribuição da carga de trabalho.

No EC realizado na CQSD e GCL-PPCIRA uma parte importante do trabalho que realizei foi a elaboração de um documento de “Avaliação do Risco Global do CH” (por motivos de confidencialidade não se anexa). Este documento decorre de uma exigência da entidade acreditadora do CH.

Programas de prevenção e controlo de infeção eficazes têm em comum líderes identificados, equipas bem treinadas, métodos para identificar e abordar proactivamente os riscos de infeção em pessoas e no meio ambiente, políticas e procedimentos adequados, educação dos profissionais, e coordenação em toda a organização (Joint Commission International, 2020). Para a elaboração deste documento socorri-me de conhecimentos na área da gestão, nomeadamente para encontrar indicadores de monitorização, que permitissem uma visão ampla do caminho a seguir e indicassem quais as áreas-chave a abordar. A criação do documento decorreu de diversas reuniões e extensa pesquisa acerca do tema.

Assim, importa salientar alguns dos indicadores que mais interessam na gestão dos cuidados de enfermagem, nomeadamente o aumento da taxa de prevalência de MMR, aumento o número de camas de cuidados continuados e de estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), levando a um crescente aumento da pressão sobre os cuidados hospitalares. Estes indicadores estão relacionados com a maior necessidade de cuidados de saúde, internamentos mais longos e maiores custos materiais e humanos (Cristina et al., 2021; Köck et al., 2020; Su et al., 2020).

A alocação de pessoas com infeção/colonização com MMR é da responsabilidade do GCL-PPCIRA, embora esta função esteja partilhada com a equipa de gestão de camas. Sempre que surge uma análise laboratorial com identificação de MMR, o GCL-PPCIRA agiliza a sua correta alocação, em articulação com a equipa de gestão de camas e com o serviço respetivo, procurando sempre que possível alocação em quarto individual e quando esta solução não é possível em coorte, o que vai ao encontro ao preconizado pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (DGS, 2017b). Ao longo do EC tive oportunidade de colaborar na identificação de pessoas com MMR e na sua alocação,

articulando com os serviços e encontrando soluções na alocação o mais adequada possível de todos os utentes com MMR.

A metodologia de organização do trabalho é, de facto, um ponto essencial na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem (Costa, 2016). Tanto no SUMC como no SMI o trabalho de enfermagem é organizado tendo por base o método individual, como já anteriormente referido.

O método de trabalho de Enfermeiro Responsável é uma estratégia importante para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem em Serviços de Medicina Intensiva. Este método caracteriza-se pela responsabilidade individual do Enfermeiro pelas tomadas de decisão sobre os cuidados a serem prestados aos seus utentes, espelhando-se na descentralização da tomada de decisão e autorização em dirigir as ações de outros que o substituem na sua ausência (M. T. M. da C. Silva, 2017).

Existem modelos alternativos para a organização dos cuidados de enfermagem em ambiente de SMI, que podem potenciar uma maior continuidade, um cuidado mais holístico, potenciar os direitos do utente, reduzir o seu stress e incrementar homogeneidade dos cuidados de enfermagem, potenciando a sua qualidade, como a organização por enfermeiro de referência (Goode & Rowe, 2001; Jakimowicz et al., 2017; Williams et al., 2023).

Organizar a prestação de cuidados de enfermagem por enfermeiro de referência constitui-se numa estratégia para garantir a qualidade de cuidados, sendo uma experiência enriquecedora de delegação formal da autoridade nos enfermeiros de referência, para gerir os cuidados de enfermagem (Rego & Coelho, 2016). Este método promove o acompanhamento personalizado do utente e da família, reforça a relação enfermeiro-utente, contribui para a melhoria dos cuidados, planeamento e desenvolvimento, e proporciona uma comunicação individualizada baseada na verdade, confiança e respeito mútuo (Potra, 2015).

A gestão em enfermagem contempla o cálculo das dotações seguras. É fundamental para estabelecer um equilíbrio entre a equipa de enfermagem e as necessidades de cuidados dos utentes, que este seja realizado com o máximo de cuidado. Segundo a OE (2019) para calcular as dotações seguras para os SU, é necessário considerar os postos de trabalho como base de cálculo, bem como os elementos resultantes do conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, da semana e do mês, de cada SU.

A dotação de enfermeiros por turno e distribuição da carga de trabalho no SMI evoluiu ao longo dos anos em Portugal e no mundo. A DGS (2003) defende que o rácio mínimo deve ser de um enfermeiro para dois utentes, enquanto a OE defende um rácio de um enfermeiro por utente em SMI nível III (Regulamento nº 743/2019, 2019). Valentin e Ferdinande (2011) acrescentam que as dotações podem ser adequadas à tipologia de cuidados necessários. A OE recomenda que a equipa seja constituída por pelo menos 50% de especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e disponibilização de doze horas de cuidados de enfermagem de reabilitação por cada cinco pessoas internadas. A mesa do colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica no parecer nº 15/2018 defende que a distribuição dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve ser equitativa ao longo das vinte e quatro horas, o que apesar de ser possível pela elevada percentagem de especialistas no SMI, não se verificou.

Como em toda a prática de enfermagem, a atuação dos enfermeiros especialistas em EMCEPSC está enformada nas teorias de enfermagem e tem por base o processo de enfermagem, como metodologia científica.

Na situação de doença crítica, ocorrem mudanças na pessoa com doença e sua família, que originam sofrimento. Ao enfermeiro cabe o papel de ser o profissional mais próximo e presente neste processo de transição. Meleis (2010, p. 11) define transições como sendo a “passagem de um estado bastante estável para outro bastante estável, e é um processo desencadeado por uma mudança. As transições são caracterizadas por diferentes etapas dinâmicas, marcos, e pontos de viragem e podem ser definidas através de processos e/ou resultados”. A mesma autora define os enfermeiros como principais cuidadores das pessoas com doença e suas famílias ao longo destes processos. Parece, então, essencial garantir que a formação adequada aos profissionais para que estes possam ser fatores de mudança positiva de transições efetivas entre estados de equilíbrio, nomeadamente no que se refere aos cuidados com a PCI, uma vez que são estes profissionais os facilitadores no processo de aquisição e desenvolvimento de competências (Meleis, 2010). Cabe ao enfermeiro apoiar, compreender e confortar a pessoa no decurso do processo de transição, priorizando os cuidados, mantendo e defendendo os seus valores éticos, religiosos e culturais (Meleis, 2012).

Ao longo dos EC o foco foi a prestação de cuidados de enfermagem globais e holísticos à PSC, nos seus diversos ambientes, tendo identificado situações de instabilidade e intervindo na minimização do seu impacto na condição de saúde da pessoa cuidada e sua família.

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O Código Deontológico determina que é dever dos enfermeiros assegurar a sua permanente atualização de conhecimentos, procurando a excelência dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Assim, a aprendizagem, além de ser uma característica de todas as pessoas, é um dever dos enfermeiros, pelo que todos devemos primar pelo nosso desenvolvimento, em especial como enfermeiros especialistas, quando sermos elementos de referências nas nossas equipas.

“A enfermagem é uma ciência em constante evolução, em que as necessidades de cuidados e a prestação dos mesmos são cada vez mais complexos, sendo-lhe exigida excelência na sua prática, com prestação de cuidados baseados na evidência, o que se traduz numa tomada de decisão fundamentada” (Sousa et al., 2019, p. 152)

Por conseguinte, enfermeiro especialista deve nortear a sua intervenção pelo desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, baseando a sua praxis clínica na evidência científica (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A minha experiência prévia de trabalho no SU, permitiu-me focar a minha atenção durante o EC em questões relacionadas com a conceptualização dos cuidados de enfermagem, bem como da gestão dos mesmo em ambientes de alta exigência. Benner (2001) defende que ao iniciar a sua atividade num local que lhe é desconhecido, o enfermeiro, deve basear-se na sua experiência anterior, para daí construir novas competências e conhecimento.

A aprendizagem resulta de um processo que se fundamenta em quatro modos principais de aprender (experiência concreta, conceptualização abstrata, observação reflexiva e experimentação ativa), sendo que podemos inferir que o processo tem quatro etapas cíclicas: experimentação, reflexão, conceptualização e ação (Kolb & Kolb, 2013). Assim, é compreensível que o autoconhecimento se torna fundamental por me permitir destriçar os momentos em que a minha opinião poderia fazer a diferença daqueles em que deveria permanecer como observador, sem que, no entanto, deixe de ser um momento de

aprendizagem. O autoconhecimento é um processo contínuo de compreensão, conhecimento e reflexão acerca da própria identidade, crenças, pensamentos, motivações, sentimentos, comportamentos, atitudes, capacidades e limitações (Rasheed et al., 2019).

No SUMC tive amplas oportunidade para prestar cuidados a PSC, mas acima de tudo para elaborar acerca da pertinência dos mesmos e da forma como os diversos grupos profissionais se articulam entre si para cuidar das pessoas. Realizei uma reflexão crítica acerca de uma situação de cuidados vivenciada em contexto de EC, recorrendo ao ciclo de Gibbs que permitiu aprofundar o assunto.

A elaboração do documento de avaliação do risco global do CH permitiu-me desenvolver conhecimentos na área da PCI, mas com um olhar na prevenção desta e não na reação a situações de infeção já existentes na organização. As unidades de saúde devem mudar a sua posição perante o risco, seja ele de infeção ou outro, de predominantemente reativa para predominantemente proativa e procurar desenhar planos de controlo de infeção resilientes e que sejam sustentados na prática baseada na evidência e no conhecimento do ambiente em que se inserem e dos riscos a que estão expostas (Morey et al., 2022).

Um número importante das pessoas que passam pelo SMI desenvolvem delírio, em diversos graus de gravidade e com impactos diferentes em cada pessoa, mas a intervenção de enfermagem nesta área necessita de ser aprofundada.

O delírio é mais comum manifestação de disfunção neurológica na PSC. No entanto, a sua não monitorização ou discussão entre pares é comum (Stollings et al., 2021). Apesar disto, faz parte da conhecida “tríade da SMI”, que reconhece a relação entre três elementos presentes nos cuidados de saúde neste contexto: dor, agitação e delírio. Assim, o tratamento das três condições está intrinsecamente relacionado entre si (Reade & Finfer, 2014). No SMI é efetuada uma avaliação sistemática da dor pela equipa multidisciplinar, contudo, esta é principalmente suportada pela monitorização de enfermagem. Isto confere ao enfermeiro, em particular ao enfermeiro especialista em EMCEPSC, um papel crucial na supervisão e tratamento da dor. No que diz respeito ao delírio, não se verifica uma monitorização sistemática. Assim, seria importante instituir medidas que tentem prevenir o delírio. Estas incluem a monitorização do risco recorrendo a escalas apropriadas (como a Confusion Assessment Method for the Intensive Care Units), uma vez que este passo é essencial na

posterior implementação de medidas que reduzam esse risco ou que minimizem os seus efeitos caso surja (Y. Seo et al., 2022). Seria igualmente importante favorecer ritmos circadianos, sempre que possível (Park & Lee, 2019) e promover horário de visita flexível de modo a promover a presença da família, o que é visto como fator protetor para o delírio da PSC no SMI (Bellon et al., 2022). A equipa de enfermagem sempre que pode tenta implementar medidas que permitam manter os ritmos circadianos, mas tal nem sempre é possível. No que se refere às visitas, os períodos são bastante curtos, o que poderia tentar rever-se.

Num dos turnos realizados no SMI tive a oportunidade de colaborar na prestação de cuidados à pessoa em situação de potencial doador de órgãos, incluindo participar nas provas de morte cerebral. A doação de órgãos e tecidos, juntamente com a transplantação, é frequentemente a única opção terapêutica para melhorar a qualidade de vida ou até mesmo salvar a vida de indivíduos com insuficiência terminal de órgãos, ou falência de tecidos. Infelizmente, a quantidade de órgãos obtidos a partir de doadores com morte cerebral é insuficiente para atender às necessidades crescentes dos utentes que estão na lista de espera por um transplante. Portugal tem sido reconhecido mundialmente por sua atuação nesta área, mas ainda há muito a ser feito para aumentar a quantidade de órgãos disponíveis para doação (Despacho nº 14341/2013 Do Ministério Da Saúde, 2013; European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2018).

O cuidar a pessoa em morte cerebral é frequentemente visto à luz do modelo biomédico, em que se cuida do corpo e uma pessoa que perdeu a vida. No entanto, o progresso e avanço tecnológico na área do transplante de órgãos e tecidos mudou a abordagem, permitindo a doação de órgãos e tecidos. Isso apresenta um dilema para os enfermeiros, uma vez que eles são responsáveis por cuidar de uma pessoa considerada clinicamente morta, mas ainda apresenta algumas características de uma pessoa viva, tornando-se uma fonte potencial de órgãos e tecidos que podem ser transplantados para outras pessoas (Robalo, 2016). Assim, os enfermeiros deverão ter em atenção não apenas o cuidado à pessoa potencial dadora, mas a visão que este cuidado irá permitir a transição do estado de saúde outras pessoas (Cavalcante et al., 2014).

Em todos os locais de EC na busca da melhoria dos meus conhecimentos e da autonomização da minha prática, procurei de forma sustentada e sistemática normas e protocolos relativos ao contexto, combinando este conhecimento com o que trazia das aulas do mestrado. Consultei, também, informação que junto de organismos reputados na área, como o European Center for Disease Control, DGS, Organização Mundial da Saúde, e bases de síntese de conhecimento como a Cochrane e o UptoDate. Isto permitiu-me melhorar o meu perfil de conhecimentos nestas áreas e sustentar a minha prática em evidência. A prática clínica baseada na evidência permite uma tomada de decisão mais ágil, permitindo a integração da experiência clínica, com a preferência das pessoas e mais atual e de melhor qualidade evidência científica, o que se solidifica em resultados em saúde mais positivos e por conseguinte, ganhos em saúde para as pessoas e para a sociedade (van der Goot et al., 2018).

A aquisição e consolidação de conhecimentos, a identificação de lacunas, a reflexão e o compartilhamento de experiências com enfermeiros orientadores contribuíram para o desenvolvimento de habilidades especializadas em cuidados à PSC nos diferentes contextos de EC. Com base nos conhecimentos adquiridos e na experiência profissional, este domínio nunca está concluído, pois a competência é adquirida através de aprendizagens profissionais contínuas e diversificadas diariamente. Os aspetos que caracterizam o desenvolvimento de competências incluem a socialização primária e secundária no nível educacional, a experiência, o conhecimento, a capacidade de análise e a iniciativa (Amaral & Figueiredo, 2021) pelo que aprendizagem deve ocorrer de maneira espontânea, conforme os interesses e necessidades do profissional, tornando-se mais gratificante do que a aprendizagem imposta (Almeida, 2011).

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências específicas do enfermeiro especialista em EMCEPSC, que se apresentam no presente subcapítulo, são-no conforme estão descritas no Regulamento nº 429/2018 e pretendem expor reflexivamente, com recurso aos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (2017), a forma como foram desenvolvidas e exploradas ao longo do EC.

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

A definição de PSC é-nos dada pelo Regulamento nº 429/2018 (2018) que a define como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p. 19362).

A pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica constitui o foco do cuidar do enfermeiro especialista, sendo que os cuidados de enfermagem a esta pessoa são definidos

“como cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19362).

O EEEMCEPSC deve possuir as competências de observação, avaliação e monitorização das pessoas de quem cuida, estando esta em relação com a qualidade e segurança dos cuidados prestados, visto que facilita o reconhecimento precoce de instabilidades que coloquem a vida em risco (Alastalo et al., 2017).

A prestação de cuidados neste contexto é similar à que realizo desde há anos nas minhas funções como enfermeiro que trabalha em SU. Assim, se numa primeira análise este EC poderia parecer redundante, agora creio que se configurou como uma excelente oportunidade de aprendizagem, sem dúvida alguma facilitada pela minha experiência prévia. As oportunidades de aprendizagem derivam também do local de EC, como tal, a hipótese de prestar cuidados à PSC num outro contexto foi parte fundamental do processo de aprendizagem. Assim, o meu foco no SUMC, tendo em conta a minha experiência prévia, foi a comunicação e apoio à família, bem como a comunicação interequipas em contexto de urgência.

Benner (2001) sustenta esta visão quando afirma que os enfermeiros peritos possuem um conjunto de experiências que lhe permitem estabelecer prioridades e, com frequência, são os primeiros a identificar sinais de instabilidade nas pessoas que cuidam. Sendo eu perito nesta

área, acabei por ter uma vantagem no processo de apropriação das competências relacionadas com a prestação de cuidados à PSC, no âmbito da especialidade.

Tive oportunidade de colocar em prática os conteúdos abordados e apreendidos nas aulas teóricas acerca de primeiros socorros psicológicos, cuidando de familiares de vítimas de doença súbita. Envolvi a família no processo de cuidados, tal como preconizado no Código Deontológico, no seu artigo 84º, quando menciona que é dever do enfermeiro garantir o acesso à informação à pessoa cuidada, bem como à família, respeitando sempre o direito à intimidade da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2005). No SUMC o acesso dos familiares é restrito. No entanto, sempre que na sala de emergência existiu oportunidade, condições e desejo por parte dos utentes, permitimos visitas e partilhamos informações com os familiares. Procurei, sempre que possível, cuidar das pessoas que nos procuravam e também das suas famílias. Neste contexto, o cuidado à PSC e sua família ocorre durante períodos de instabilidade causados por mudanças súbitas na condição de saúde. Essas mudanças podem ter um impacto na vida pessoal das pessoas, podendo causar modificações profundas nas suas vidas, bem como, nas famílias, tendo implicações no bem-estar e na saúde (Meleis, 2010).

O EEEMCEPSC presta cuidados globais, incluindo nas perturbações emocionais decorrentes da situação de saúde grave e, muitas vezes, súbita. Perante a PSC o enfermeiro especialista deve gerir o impacto desta transição junto da pessoa cuidada e sua família (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

No SUMC revii, ainda, algoritmos de suporte avançado de vida, trauma, vias verdes em vigor, além da demais informação pertinente para a prestação de cuidados. Dado que grande parte do EC foi realizado em contexto de sala de emergência, tive a hipótese de prestar cuidados globais e individuais as estas pessoas, antecipando complicações, instabilidade hemodinâmica e gerindo a aplicação de protocolos. Abordei pessoas vítimas de doença súbita, agudização de doença crónica, sempre em articulação próxima com a restante equipa multidisciplinar, recorrendo a uma avaliação ABCDE (Via aérea, Respiração, Circulação, Avaliação Neurológica, Exposição).

No CH onde decorreu o EC no SMI, existe uma política institucional para a doação de órgãos e outros tecidos que segue as diretrizes nacionais e europeias para a colheita e transplante de órgãos, bem como uma instrução de trabalho que determina critérios para a deteção e

manutenção de possíveis doadores. Constatei que essas políticas e instruções são seguidas, assim como todos os requisitos necessários presentes no formulário para diagnóstico de morte cerebral foram atendidos. Dessa forma, tive a oportunidade de prestar cuidados à pessoa em estado de morte cerebral, mantendo a homeostasia.

Num dos turnos, no SUMC, tive a oportunidade de acompanhar uma pessoa com suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) desde a sua admissão até à transferência para um centro com capacidade de tratamento definitivo, passando pela realização de Tomografia Axial Computorizada (TAC) Crânio-Encefálica. No CH a via verde está oficialmente implementada, mas a sua funcionalidade é dificultada por não ter disponível TAC durante 24 horas, todos os dias da semana, levando a que alguns utentes com critérios de inclusão na via verde, o não sejam. Os cuidados prestados, a sua qualidade e brevidade são fundamentais para os resultados em saúde da pessoa com AVC, melhorando o outcome neurológico à alta (Powers et al., 2019).

A intervenção do enfermeiro especialista deve visar a prevenção das IACS, tendo por base a melhor evidência disponível. Ao longo do EC no GCL-PPCIRA, melhorei o meu conhecimento consultando diversos documentos, no que se relaciona com as Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) (DGS, 2013a), bem como dos quatro feixes de intervenção que procuram diminuir a infeções associadas a procedimentos e dispositivos invasivos, como a prevenção da pneumonia associada à intubação (DGS, 2015c), a prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central (DGS, 2015d), a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical (DGS, 2015a) e a prevenção da infeção do local cirúrgico (DGS, 2015b).

No que respeita aos referidos, feixes de intervenção e após discussão com a enfermeira orientadora, creio que o GCL-PPCIRA poderá fazer alguma formação aos profissionais, uma vez que existe ainda grande desconhecimento por parte destes acerca do tema. É realizada pelos enfermeiros do GCL-PPCIRA uma monitorização da conformidade destes feixes, sendo que estão identificados alguns constrangimentos relacionados com a falta de recursos humanos. Tive oportunidade de participar na monitorização de alguns dos itens referentes ao Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, realizando o levantamento dos dados e a posterior análise e registo nas plataformas existentes para o efeito.

No SMI tive oportunidade de consolidar algumas competências que já havia adquirido ao longo da minha vida laboral e nos EC anteriores. Uma das áreas em que mais tive oportunidade de evoluir foi na prestação de cuidados globais e holísticos à PSC submetida a ventilação mecânica invasiva e ventilação mecânica não invasiva. Ao longo da minha vida profissional havia já desenvolvido competências nesta área, mas ao longo do EC tive oportunidade de correlacionar a monitorização de enfermagem com o estado neurológico da pessoa cuidada, bem com a medicação em administração (sedo-analgésia e vasopressores).

As intervenções que mais realizei foram, entre outras: a verificação, garantindo a operacionalidade, dos equipamentos e materiais que fazem parte da unidade de cada utente internado, nomeadamente ressuscitador manual; material de aspiração da via aérea e sistema de vácuo; avaliação da pressão de insuflação do cuff, garantindo a selagem da via aérea, minimizando o risco de complicações associadas (úlceras por pressão dos lábios e/ou língua, traqueomalácia e extubação acidental) e garantindo o correto posicionamento do tubo endotraqueal, avaliando o seu nível na comissura labial ou arcada dentária; maximizar o efeito da ventilação mecânica reduzindo ao mínimo as desconexões do ventilador; verificação do nível de sedação recorrendo Índice Bispectral, que tem indicação em todas as pessoas sob sedação, mas que se torna obrigatório em pessoas submetidas a curarização por este tipo de medicação inviabilizar a avaliação clínica (Y. Seo et al., 2022; Siddiqi et al., 2005); aspiração de secreções sempre que necessário, monitorizando as suas características.

A aspiração de secreções em pessoas com tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia deve ser realizada apenas quando necessário e não por rotina, uma vez que não existe relação entre a aspiração rotineira e a melhoria dos resultados em saúde (Blakeman et al., 2022). Para reconhecer a necessidade de aspiração o enfermeiro tem de estar atento aos sinais de crepitação ou vibração no tubo endotraqueal, aumentos de pressão de pico na ventilação, queda do volume corrente e ondas de volume e fluxo serrilhadas (Blakeman et al., 2022). Em consonância com a enfermeira orientadora, empenhei-me em minimizar as aspirações rotineiras, tendo a oportunidade de intervir na redução da aspiração regular de secreções. Em diversos momentos da prestação de cuidados, pude identificar, seja pela análise das curvas de pressão do ventilador ou pela deteção de vibrações anómalas no tubo endotraqueal, a necessidade de realizar aspiração de secreções.

Quando se verifica a necessidade de recurso a uma elevada pressão positiva no final da expiração, existe a indicação para aspiração de secreções recorrendo a sistemas fechados, de modo a minimizar o risco de atelectasias (Blakeman et al., 2022) e reduzir o risco de dispersão de aerossóis em pessoas com infeções das vias aéreas de modo a proteger a equipa e minimizar a contaminação ambiental (Imbriaco & Monesi, 2021). No que se relaciona à pneumonia associada à intubação não existe evidência de que a utilização de aspiração em circuito fechado reduza a sua incidência, bem com o tempo total de ventilação e internamento em SMI (Ardehali et al., 2020; Blakeman et al., 2022; Faradita Aryani & Tanner, 2018).

No hospital onde decorreu o EC em SMI, está implementada uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) composta por médico e enfermeiro do SMI. O enfermeiro, conforme o Parecer nº 15/2018 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2018), deve ter formação em suporte avançado de vida (SAV) atualizado e ser especialista, preferencialmente em EMCEPSC, o que nem sempre se verificou. Tive a oportunidade de intervir em duas situações diferentes de emergência neste âmbito. A primeira delas foi uma situação de paragem cardiorrespiratória no serviço 2A da torre poente, que após a chegada de equipa optou-se por suspender medidas de SAV e foi declarado o óbito, dadas a comorbilidades graves da pessoa. A segunda situação tratou-se uma ativação da EEMI para o piso 2B da torre nascente, uma pessoa do sexo feminino de 55 anos com dificuldade respiratória, de início súbito, aquando do primeiro levante, após longo período de imobilidade por cirurgia abdominal para reconstrução do trânsito intestinal. Ao chegar, a equipa apercebeu-se tratar-se de um quadro grave com necessidade de sedação e colocação de tubo endotraqueal por exaustão de ventilação ineficaz. Após a colocação do tubo endotraqueal foi conectada ao ventilador e dada a suspeita de tromboembolismo pulmonar foi acompanhada para realização de TAC, onde se confirmou a suspeita. Foi então admitida ao SMI. Tive oportunidade de colaborar no processo de admissão, com colocação de cateter venoso central, linha arterial e cuidados à ferida cirúrgica.

A qualidade e segurança dos cuidados de saúde podem ser melhoradas quando se recorre à normalização das práticas utilizando procedimentos e protocolos de atuação (Brouwers et al., 2019; Hughes, 2008). No SMI existem diversos documentos que normalizam a prestação de cuidados, nomeadamente: Protocolo de administração de potássio em situações de hipocaliemia; Protocolo de insulinoaterapia no doente crítico, Protocolo de Yale modificado;

Protocolo da nutrição entérica no doente crítico, revisto durante o EC e tendo a oportunidade de trabalhar com as duas versões; Protocolo de técnicas de substituição renal.

No que respeita à comunicação com a família, no SMI, apesar se existir uma limitação às visitas decorrente da pandemia, procurei envolver a família no processo de cuidados, tal como preconizado no Código Deontológico, no seu artigo 84º, quando menciona que é dever do enfermeiro garantir o acesso à informação à pessoa cuidada, bem como à família, respeitando sempre o direito à intimidade da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

A comunicação é uma ferramenta essencial para os enfermeiros em qualquer local de prestação de cuidados. No SMI a comunicação com os utentes está frequentemente limitada por os utentes estarem sob sedação, analgesia e ventilação mecânica, o que pode levar a que os familiares se sintam inseguros quando se aproximam do utente num ambiente desconhecido (Karlsen et al., 2023). Como estratégias, para apoiar a família neste processo, promovi uma relação de ajuda, escuta ativa dos receios, tentando esclarecer dúvidas e dando uma breve explicação do que iam observar, desmistificando e incentivando a interação com o utente, pois muitas pessoas, com receio de agravar a situação, não se aproximam deste, inclusive não lhe tocavam. Nesse sentido, os enfermeiros têm a responsabilidade de fomentar a presença da família, um elemento essencial na prestação de cuidados à PSC. A presença familiar desempenha um papel fundamental na interação entre o utente e os profissionais de saúde, facultando-lhes um maior entendimento das suas necessidades (Au et al., 2019).

Um dos indicadores de qualidade em saúde mais sensível aos cuidados de enfermagem é a taxa de prevalência e incidência de úlceras por pressão (UP). Ao longo do EC presenciei algumas situações de surgimento deste tipo de lesões, de notar que no SMI se avalia o risco de UP de acordo com o preconizado no CH, recorrendo para tal à escala de Braden. Contudo, esta escala tem uma capacidade preditiva baixa quando se trata de PSC, derivada da gravidade da condição de saúde e à utilização de drogas que causam a vasoconstrição periférica, o que aumenta o risco de surgirem UP (Ranzani et al., 2016; Wei et al., 2020). A equipa tenta minimizar o impacto com uma monitorização apertada dos sinais precoces de UP, com hidratação e nutrição adequadas e promoção de alternância de decúbitos sempre que possível e indicado.

No que se refere à avaliação e controlo da dor este deve ser um dos focos de atenção do enfermeiro especialista em EMCEPSC. No SUMC, e no SMI tive sempre o cuidado de realizar as avaliações adequadas e implementar as medidas ajustadas, minimizando o nível de dor das pessoas, sempre que isto é possível. Neste serviço recorre-se à escala visual analógica (EVA) e escala de faces de Wong-Baker, não existindo um protocolo que termine uma frequência desta avaliação. No âmbito do controlo da dor na PSC no SMI é de salientar que se usam, principalmente, duas escalas diferentes, a Behavioral Pain Scale (BPS) e a EVA. A primeira é aplicada quando a pessoa cuidada não consegue expressar-se, enquanto a segunda se destina a pessoas com capacidade de se expressarem (Y. Seo et al., 2022). A avaliação da dor é realizada pelo menos uma vez por turno e sempre que se justifique. Sempre que indicado, geri medidas de controlo da dor, tanto farmacológicas como não farmacológicas, recorrendo à otimização do posicionamento, massagem de conforto, controlo da luminosidade e ruído, sempre que possível, e aplicação de calor ou frio conforme a necessidade.

O bem-estar é mais do que a ausência de dor, trata-se de uma experiência multidimensional e transitória. É holístico e baseado nas necessidades humanas, podendo ser definido como o fortalecimento do estado imediato da pessoa mediante intervenções de enfermagem, físicas, psicoespirituais, sociais e ambientais (Kolcaba, 2001). Tendo por base esta definição, procurei favorecer o conforto das pessoas de que cuidei, em todos os contextos, recorrendo a técnicas farmacológicas e não farmacológicas, conforme acima descritas.

Neste âmbito, ao longo do EC no SMI deparei-me com frequência com pessoas delírio dos diversos tipos e em gravidade variável. Prestei cuidados a pessoas com diagnóstico médico de delírio, mas sem que tenha presenciado, ou encontrado evidência no processo clínico, da aplicação de escalas de avaliação de risco da ocorrência desta patologia, o que foi confirmado para enfermeira orientadora.

Na prestação de cuidados de saúde no contexto de SMI as pessoas são submetidas a inúmeras intervenções, nomeadamente intubação endotraqueal, ventilação mecânica invasiva e monitorização invasiva que são causadoras de sofrimento e/ou dor (Reade & Finfer, 2014). A agitação e movimentação das pessoas submetidas a estas técnicas pode originar a exteriorização dos dispositivos de monitorização ou administração de terapias de suporte de funções vitais, o que leva ao recurso a medicação sedativa e analgésica com grande

frequência. A administração de medicação sedativa e analgésica, nomeadamente opioides, por longos períodos, em contexto de SMI, tem sido relacionada com o aumento da probabilidade da ocorrência de delírio na PSC (Casault et al., 2021; Pereira et al., 2020; Reade & Finfer, 2014; Reisinger et al., 2023), bem como o distanciamento da realidade conhecida e familiar (Devlin et al., 2018). Como tal, é fundamental criar condições para minimizar o impacto desta realidade na condição de saúde e bem-estar da PSC em contexto de SMI, nomeadamente: gerir eficazmente a sedação e promover a interrupção diária da sedação em doentes sedados; gerir alucinações; minimizar interrupções do sono; reduzir o ruído ambiente em doentes não sedados; sempre que possível, preferir o recurso de analgesia não opioide. Tentei implementar as intervenções indicadas, sempre que a situação o permitia, de modo a melhorar o bem-estar.

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

A DGS determina que todas as unidades de prestação de cuidados de saúde, do sistema nacional de saúde, devem desenvolver e manter atualizado um plano de emergência médica (DGS, 2010), sendo que o EEEMCEPSC deve possuir competências na área de intervenção em situações de emergência, exceção e catástrofe (Regulamento nº 429/2018, 2018).

“Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, o EEEMCEPSC 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, 2018, p. 19363).

A Lei de bases da Proteção Civil define catástrofe como um acidente grave ou uma série de acidentes graves, “suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Lei nº 27/2006, 2006, p. 3).

A emergência multivítimas é definida como a situação que

“envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar

o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 11).

Assim, os planos de emergência permitem organizar, facilitar e uniformizar todas as ações essenciais para a resposta a situações de exceção ou catástrofe (Direção Nacional de Prevenção e Gestão de Riscos, 2022).

Segundo a OE cabe ao EEEMCEPSC difundir o plano de emergência e catástrofe pela equipa, garantindo que o treino/exercício é realizado periodicamente (Regulamento nº 429/2018, 2018). Nos SUMC e no SMI a formação acerca do assunto não é regular, considerando a informação dada pelos enfermeiros coordenadores.

Os EC decorreram em duas instituições distintas. No CH onde decorreu EC no SUMC o plano de catástrofe divide-se em interno (de 2016) e externo (de 2017). Ambos os planos estavam sem atualizações desde estas datas. Após consulta na intranet constatei que foi nomeada, em abril de 2022, uma comissão de catástrofe, que segundo a informação disponível irá rever os planos.

No CH onde decorreram os restantes EC o existe um plano de catástrofe externo, que realiza uma análise dos riscos externos a que o CH está exposto, aplicando uma matriz de risco que permite tipificar cada tipo de incidentes com um risco de ocorrência e gravidade. Tem exposto critérios de ativação e desativação, bem como os critérios de ativação dos três diferentes níveis de resposta, e a reorganização interna do centro hospitalar para dar resposta à situação. Tem ainda uma definição de papéis de todos os intervenientes na resposta. O referido plano, no seu nível III, prevê a criação de um SMI avançada no piso -1 de modo a dar resposta ao aumento do número de PSC. No que se refere à gestão de equipamentos, o SMI é fundamental uma vez que tem disponível monitores portáteis, ventiladores portáteis, dispositivos de perfusão, que podem ser necessários em situações de catástrofe. De referir que o documento estava em revisão aquando da sua consulta.

Em ambos os CH, os planos que estão vigentes apresentam uma definição das competências dos profissionais (apenas médicos e enfermeiros). Contudo, é fundamental que um plano de emergência tenha exposto de forma clara e perceptível a funções de todos os profissionais integrados na resposta tanto a eventos externos, como internos (Gowing et al., 2017). Em

ambos os contextos os enfermeiros orientadores referem que não existe formação regular acerca dos planos de emergência e catástrofe, bem como a inexistência regular de simulacros.

No SUMC realizei, com alguns dos enfermeiros, uma breve avaliação informal da forma como cada um dos profissionais se sentia ou não preparado para responder a uma situação de catástrofe. Neste contexto, tive oportunidade de observar e manusear os kits de catástrofe, que estão preparados para serem usados desde a triagem à admissão, até à identificação final e definitiva de todos os envolvidos num cenário multivítimas.

No SMI tive oportunidade de, com a enfermeira orientadora, refletir acerca do papel do serviço no âmbito do plano de emergência. O exetável aumento de necessidade de cuidados parece não ser fácil de acomodar, sendo que, no entanto, a falta de formação acerca do plano é a dificuldade mais apontada.

Tendo em conta que a ocorrência de situações de exceção ou emergências é rara, a simulação torna-se essencial na manutenção de uma capacidade de resposta eficiente a situações de catástrofe (Schumacher et al., 2022). É fundamental perceber as necessidades formativas de cada um dos grupos profissionais envolvidos, de modo a maximizar o efeito da simulação (Gowing et al., 2017). A realização de simulacros de larga escala podem ser dispendiosos e consumir muito tempo (Mahdi et al., 2023; Rodriguez Rivera et al., 2019), pelo que o recurso a simulações tipo tabletop pode ser uma solução mais adequada (Rodriguez Rivera et al., 2019). Dado o advento da realidade virtual e a sua massificação, o recurso a esta tecnologia pode ser uma solução para situações de simulação (Farra et al., 2019). Tendo em conta que as simulações devem ser recorrentes e frequentes para maximizar o ganho formativo (Schumacher et al., 2022), o valor inicial alto deste tipo de tecnologias pode ser descontado na redução de custos com simulações futuras (Farra et al., 2019; Gout et al., 2020).

2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

No contexto de prestação de cuidados à PSC, a prevenção e controle da infeção e resistência a antimicrobianos assume um cariz especialmente importante, pelo frequente recurso a medidas invasivas.

Estima-se que a cada ano nos hospitais da União Europeia 3,1 a 4,6 milhões de pessoas adquiram uma IACS (Suetens et al., 2018). As IACS podem levar a internamentos hospitalares prolongados, incapacidade a longo prazo, encargo financeiro adicional para o sistema de saúde, altos custos para os utentes e suas famílias, levando a um aumento da mortalidade e morbidade, sendo um problema considerável para a segurança dos cuidados de saúde (World Health Organization, 2011). Anualmente morrem, na União Europeia, cerca de noventa mil pessoas em resultado de uma das seis IACS mais comuns (Cassini et al., 2016).

Em relação a Portugal, no ano de 2017, no Inquérito de Prevalência de Ponto em Hospitais de Agudos, foi calculada uma taxa de prevalência de IACS de 7.8%, ou seja, uma pessoa em cada treze internadas tinha uma infeção, sendo que o mesmo relatório aponta para que oito em cada dez infeções sejam contraídas enquanto as pessoas estão a receber cuidados de saúde em ambiente hospitalar (DGS, 2022).

As IACS mais frequentes são as do trato respiratório, do local cirúrgico e do trato urinário, que podem estar associadas a procedimentos invasivos. Um terço das IACS pode ser evitado, pelo que é prioritário investir em programas de vigilância epidemiológica, que incluam formação dos profissionais de saúde, elaboração e divulgação de guias de boas práticas através dos GCL-PPCIRA. Outras medidas a adotar para alcançar melhores resultados nos cuidados de enfermagem e organizacionais incluem melhorar os rácios enfermeiro/utente e aumentar o envolvimento destes profissionais na tomada de decisão e nas políticas hospitalares (Alves et al., 2020).

Florence Nightingale foi a primeira a expressar preocupação com as IACS, estabelecendo pela primeira vez a ligação direta entre condições insalubres e o risco de infeção, tendo descrito os cuidados e estratégias relativamente ao utente e ao ambiente, com vista ao combate e redução dos riscos de infeção (Sayers, 2015). De acordo com Medeiros et al. (2015), a Teoria Ambientalista de Nightingale trouxe alguns conceitos fundamentais e que ainda hoje podemos considerar como pertinentes:

“(...) um ambiente saudável é essencial para a cura; as janelas devem ser abertas, possibilitando a entrada da luz para todos os ocupantes e um fluxo de ar fresco; (...); os cuidados de enfermagem envolvem a casa na qual o utente vive e os que têm

contato com ele, sobretudo os cuidadores; (...); A limpeza previne a morbilidade; Com o ambiente limpo o número de casos de infeção diminuem” (p. 522).

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) trouxe para a realidade portuguesa a importância da adesão às PBCI. Estas podem ser definidas como um conjunto de boas práticas em saúde, que visam minimizar o risco de infeção e de propagação destas entre a população das unidades de prestação de cuidados de saúde (DGS, 2013a).

As IACS pioram o prognóstico da doença, prolongando o tempo de internamento, associando-se a mais doenças pré-existentes e aumentando a taxa de mortalidade. Isso resulta num aumento dos custos (DGS, 2017b).

Ao longo de todo o período de EC sempre que prestei cuidados, fi-lo mantendo cumprimento das PBCI, nomeadamente os princípios inerentes aos cinco momentos de higienização das mãos, à correta utilização e descarte dos equipamentos de proteção individual, à etiqueta respiratória, à descontaminação adequada dos equipamentos de uso múltiplo, à separação e recolha de resíduos e às práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, a adequada colocação das pessoas conforme o risco, o controlo ambiental (limpeza de superfícies e espaços) e gestão adequada da roupa (DGS, 2013a).

No SUMC, tratando-se de um local de grande pressão no que concerne ao número de utentes, bem como à tipologia dos mesmos, crescentemente mais idosos, e com mais comorbilidades (Catarino, 2017) e existindo diversos aspetos do funcionamento e estrutura das unidades de saúde que são potenciadoras das IACS, nomeadamente “sobrelotação das urgências, número reduzido de quartos individuais, distância insuficiente entre camas, internamento de utentes em macas nas enfermarias” (DGS, 2017a, p. 6), a minha atenção foi focada nas medidas a implementar e que minimizem o impacto desta realidade.

Segundo as orientações da DGS (2017a), é crucial proceder a rastreios microbiológicos em grupos de risco aquando da admissão ao internamento, particularmente em utentes com histórico de colonização ou infeção por Enterobacteriaceas Resistentes aos Carbapenemos (ERC) nos últimos doze meses. Esta medida é recomendada uma vez que não é possível prever a duração do estado de portador, e a omissão do rastreio pode originar um isolamento desnecessário ao longo de todo o período de internamento para um indivíduo que não é

portador (uma vez que, em casos suspeitos, o isolamento é obrigatório até à obtenção de um resultado negativo no rastreio). Adicionalmente, é também sugerido realizar o rastreio em utentes que tenham estado internados ou institucionalizados em hospitais, unidades de cuidados continuados ou ERPI durante, pelo menos, três dias nos últimos doze meses, uma vez que isto representa um risco acrescido de colonização. Esta recomendação aplica-se igualmente aos indivíduos que tenham tido contacto com casos conhecidos de ERC (infecção ou colonização).

No SUMC não é rotina a realização de rastreios, pelo que em conversa com o enfermeiro gestor dei conta desta minha preocupação, que foi acolhida por este, tendo referido que iria, em conjunto com a diretora de serviço, elaborar instrução de trabalho acerca do assunto. De igual forma, também não é rotina a realização de isolamento profilático em pessoas com alto risco de infeção/colonização por MMR.

A frequente sobrelotação do SUMC combinada com as instalações físicas antigas e pouco preparadas para os desafios de uma pressão crescente de utentes portadores de MMR leva a que seja difícil manter o distanciamento adequado. O serviço tinha apenas um quarto de isolamento e a zona onde permanecem os utentes em maca não possuía cortinas. Contudo, a equipa tentava manter as condições, e quando um utente tinha suspeita de colonização/infeção por MMR era alocado em zona de não passagem e protegido recorrendo a biombos, tal como definido pela DGS (2017a).

Algo que despertou a minha atenção e mereceu uma reflexão com o enfermeiro orientador foi a distribuição de solução antisséptica de base alcoólica (SABA). As unidades de dispensa estavam localizadas nos carros de procedimentos, junto à zona de preparação de medicação, mas na zona de macas não existia. A SABA deve ser colocada em zona próxima da zona de prestação de cuidados (DGS, 2013a). É importante, ainda, salientar que todos os dispensadores disponíveis exigem contato para o seu uso, o que está identificado como criando pontos de potencial contaminação cruzada e como um dos fatores dissuasores para a higienização das mãos (Seo et al., 2019). Assim, o investimento em unidades de dispensa automática poderia ser uma mais-valia para a adesão e eficácia da higienização das mãos.

No EC decorrido no GCL-PPCIRA tive oportunidade de participar em diversas auditorias a diversos serviços de prestação de cuidados. Destas resultaram relatórios em cuja elaboração

participei. Da discussão com a enfermeira orientadora é notório o impacto que a baixa dotação de recursos humanos tem nas práticas de PCI. Existe uma atenção diminuída com as PBCI, parece haver falta de formação aos elementos novos que integram as equipas. Assim, numa perspetiva educacional das auditorias, tentámos encontrar, em conjunto com as equipas envolvidas, soluções que permitam melhorar as taxas de adesão às PBCI e às boas práticas. O GCL-PPCIRA tem planeado o reinício de formação aos elos dos serviços de modo a reforçar a dinâmica formativa na área das PCI, PBCI e feixes de intervenção definidas pela DGS. Numa das auditorias tivemos a oportunidade de observar um assistente operacional que se encontrava a limpar as mesas de cabeceira dos utentes internados, sem trocar as luvas e sem realizar a respetiva higienização das mãos entre cada espaço. A mesa de cabeceira faz parte do ambiente do utente, e como tal, dando cumprimento ao preconizado nos cinco momentos de higienização das mãos, sempre que tocamos o ambiente do utente devemos desinfetar ou lavar as mãos (DGS, 2013a).

Outra situação que observámos de forma recorrente foi o uso de adornos ou unhas de gel, igualmente contraindicado por dificultar a higienização das mãos (DGS, 2013a).

O uso de luvas foi um dos assuntos sujeito a auditoria. Nem sempre os profissionais fazem um uso adequado desde equipamentos de proteção individual. Nas auditorias foi possível observar situações em que os profissionais usavam luvas sem realizar a higiene das mãos. Foi observada uma situação em que o profissional realizava o despejo de sacos de urina sem o uso de luvas. As luvas devem ser usadas sempre que se contacte com fluídos orgânicos ou que esse risco exista (DGS, 2013a).

Neste âmbito e como referido anteriormente, de modo a dar cumprimento ao exigido pela entidade acreditadora, foi elaborada uma “Avaliação do Risco Global do CH” em que foram analisados os riscos externos e internos a que o CH está exposto, no que diz respeito à infeção. Conseguimos perceber que existe uma baixa notificação das doenças de declaração obrigatória no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (Sinave®). A lista de doenças sujeitas a esta obrigação está determinada no Despacho nº 1150/2021 (2021).

O documento elaborado elenca os principais riscos, no que relaciona com a PCI, classificando-os em internos e externos. Os primeiros relacionam-se com a localização geográfica do CH, bem como com a tipologia de utentes que serve. Um dos riscos prende-se com o elevado

número de cama de cuidados continuados e ERPI que aumenta a necessidade de rastreios aquando da admissão ao internamento. A enfermeira orientadora do EC no GCL-PPCIRA, considera que o longo período de permanência dos utentes em perfil de urgência se assume, como uma dificuldade, visto que, o rastreio de MMR acontece muitas horas ou até alguns dias após a entrada no hospital, permitindo que um caso positivo de infeção/colonização, por estes agentes, tenha contato com muitos outros utentes até que se inicie o seu isolamento. No que se relaciona com os riscos internos, o que mais parece impactar na PCI é a necessidade de formação das equipas acerca do tema.

No SMI tive oportunidade de colaborar em auditorias à adesão à higienização das mãos e à correta utilização de luvas. Os problemas na adesão à higienização das mãos são multifatoriais, mas alguns autores defendem que um fator importante é a sobrecarga de trabalho (Griffiths et al., 2018; Kritsotakis et al., 2018; Seo et al., 2019). Contudo, o rácio enfermeiro/pessoa cuidada no SMI é muito melhor que em diversos outros contextos, não havendo, ainda assim, um reflexo na adesão à higienização das mãos. Como tal, isto parece confirmar que existem mais fatores envolvidos neste fenómeno.

O grupo de elos do PPCIRA, no SMI, tem preparadas medidas de formação à equipa multidisciplinar de modo a reforçar a dinâmica formativa na área da PCI, PBCI, feixes de intervenção definidas pela DGS, com vista a melhorar a adesão e diminuir o número de IACS.

Apesar das dificuldades, as PBCI estão presentes sendo parte integrante dos cuidados de enfermagem no SMI. Entre as medidas implementadas no SMI de modo a dar resposta às PBCI, encontram-se sensores automáticos nos lavatórios para água e sabão, a disponibilização de SABA em várias áreas do serviço e em cada cama, sensores automáticos de abertura de portas, utilização de carrinhos com todo o material necessário à prestação de cuidados em cada unidade e a desinfeção ou descarte de material/equipamentos no momento da alta do utente, para prevenir a infeção cruzada. Os baldes possuem pedal para abertura, e os sacos de lixo são fechados e acondicionados segundo as normas em vigor, assim como os contentores de corto-perfurantes. A limpeza do serviço segue as PBCI, e a preparação da medicação é feita cumprindo as normas de assepsia e prevenção de infeções cruzadas. Os equipamentos de proteção individual estão em local de fácil acesso, tanto num carro de apoio no centro do serviço como nas adufas dos quartos de isolamento. Os utentes com maior risco

de transmissão de MMR são alocados em quartos individuais, conforme as recomendações da DGS (2012).

Aquando da admissão de uma pessoa ao serviço é realizado um rastreio de infeção/colonização, segundo a prescrição médica, que consiste na colheita de urina para urocultura, duas hemoculturas, zaragatoa retal para pesquisa de ERC, zaragatoa nasal/axilar/perianal para pesquisa de Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina e colheita de expetoração para cultura quando o utente apresenta expetoração. Estas ações visam a vigilância, monitorização e deteção precoces de focos de infeção no utente. No entanto, as recomendações relativas à avaliação do risco de colonização por ERC não são cumpridas integralmente, uma vez que tanto o procedimento interno do CH como a norma da DGS, referem que o utente só é considerado não colonizado após ter três amostras consecutivas negativas colhidas com intervalo de 48 horas (DGS, 2017a), o que não se verifica no SMI.

Durante o EC ocorreu a deteção de alguns casos positivos para Acinetobacter baumannii em outros serviços do CH, em pessoas que haviam estado internadas no SMI. Assim, com vista a monitorizar e detetar precocemente potenciais focos de disseminação desta bactéria, o GCL-PPCIRA, em conjunto com os profissionais do SMI, decidiram iniciar um programa de rastreio que consistiu em realizar zaragatoas axilar/inguinal a todos os utentes presentes no SMI a cada terça-feira e sempre que eram admitidas novas utentes, o processo foi mantido por dois meses.

Os SMI são das unidades hospitalares com maiores taxas de prevalência de IACS (European Centre for Disease Prevention and Control, 2019), nomeadamente as pneumonias associadas à intubação, as infeções da corrente sanguínea associadas ao cateter venoso central, as infeções do trato urinário associadas ao cateterismo vesical e as infeções do local cirúrgico. No sentido de criar intervenções transversais em todo o país e em todo o sistema de saúde, a DGS criou um conjunto de feixes de intervenções relacionados com a prevenção e tratamento destas infeções: Norma no 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 – “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (DGS, 2015a); Norma no 020/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico (DGS, 2015b); Norma no 021/2015 Atualizada a 17/11/2022 - “Feixe

de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação (DGS, 2015c); Norma no 022/2015 atualizada a 29/08/2022 - Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central (DGS, 2015d).

Ao longo do EC executei e registei nos sistemas de informação em vigor no SMI, nomeadamente o B-Simple®, as intervenções de enfermagem que dão resposta às normas anteriormente indicadas e pude constatar uma preocupação de toda a equipa com o seu cumprimento.

As IACS são um problema grave, que origina custos diretos e indiretos para utentes, sistemas de saúde e mesmo nações (World Health Organization, 2022), levando a um aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos devido ao aumento do uso de antibióticos, comprometendo a qualidade dos cuidados e representando uma grande ameaça à segurança dos cidadãos.

O EEEMCEPSC desenvolve parte da sua atuação no que se relaciona com PCI, deverá, portanto, conhecer a documentação que lhe dá suporte, refletindo sobre as práticas e planos existentes, de forma que possa conceber novos planos e definir estratégias de prevenção e assumir o papel de liderança e capacitação de equipas nesta área (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Como tal, no EC, as oportunidades de aprendizagem e a abertura dos enfermeiros orientadores para a discussão acerca do tema, permitiram-me desenvolver competências nesta área, tanto na prestação direta de cuidados como na auditoria e monitorização da adesão às PBCI e normas da PCI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). RT 09/2013 - Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos (RT 09/2013). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Alastalo, M., Salminen, L., Lakanmaa, R.-L., & Leino-Kilpi, H. (2017). Seeing beyond monitors—Critical care nurses' multiple skills in patient observation: Descriptive qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.004>
- Almeida, C. A. de F. (2011). Rumo à especialização em enfermagem [Universidade Católica Portuguesa]. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13702>
- Alves, A., Rabiais, I., Viveiros, A., & Freitas, C. (2020). Prevention and Control of Infection: An Advanced Nursing Practice. *International Journal of Nursing*, 3(1). <https://doi.org/10.15640/ijn.v3n1a10>
- Alves, T. A. B. (2017). Limitação do esforço terapêutico no doente internado [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/8089>
- Amaral, G., & Figueiredo, A. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série (No5). <https://doi.org/10.12707/RV20036>
- Araujo, C. A. S., Siqueira, M. M., & Malik, A. M. (2020). Hospital accreditation impact on healthcare quality dimensions: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(8), 531–544. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa090>
- Au, S. S., Roze des Ordon, A. L., Amir Ali, A., Soo, A., & Stelfox, H. T. (2019). Communication with patients' families in the intensive care unit: A point prevalence study. *Journal of Critical Care*, 54, 235–238. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.08.031>
- Behta, M., Landzberg, R., Jia, H., Marine, M., Ross, B., Chaudhry, R., Cohen, B., & Larson, E. (2013). Time lag for posting transmission-based isolation precaution signs. *American Journal of Infection Control*, 41(5), 433–437. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2012.05.024>
- Bellon, F., Beti-Abad, A., Pastells-Peiró, R., Casado-Ramirez, E., Moreno-Casbas, T., Gea-Sánchez, M., & Abad-Corpa, E. (2022). Effects of nursing interventions to improve inpatients' sleep in intensive and non-intensive care units: Findings from an umbrella review. *Journal of Clinical Nursing*, 00, 1–16. <https://doi.org/10.1111/jocn.16251>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª Ed.). Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care. Em Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care*. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826105745>
- Bitencourt, A. G. V., Dantas, M. P., Neves, F. B. C. S., Almeida, A. de M., Melo, R. M. V. de, Albuquerque, L. C., Godinho, T. M., Agareno, S., Teles, J. M. M., Farias, A. M. C., & Messeder, O. H. (2007). Condutas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(2), 137–143. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000200001>
- Blakeman, T. C., Scott, J. B., Yoder, M. A., Capellari, E., & Strickland, S. L. (2022). AARC Clinical Practice Guidelines: Artificial Airway Suctioning. *Respiratory Care*, 67(2), 258–271. <https://doi.org/10.4187/respcare.09548>
- Briatte, I., Allix-Béguet, C., Garnier, G., & Michel, M. (2019). Revision of hospital work organization using nurse and healthcare assistant workload indicators as decision aid tools. *BMC Health Services Research*, 19(1), 554. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4376-7>

- Brouwers, M. C., Florez, I. D., McNair, S. A., Vella, E. T., & Yao, X. (2019). Clinical Practice Guidelines: Tools to Support High Quality Patient Care. *Seminars in Nuclear Medicine*, 49(2), 145–152. <https://doi.org/10.1053/j.semnuclmed.2018.11.001>
- Busse, R., Panteli, D., & Quentin, W. (2019). An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems. Em R. Busse, N. Klazinga, D. Panteli, & W. Quentin (Eds.), *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Cardoso, T., Almeida, M., Friedman, N. D., Aragão, I., Costa-Pereira, A., Sarmiento, A. E., & Azevedo, L. (2014). Classification of healthcare-associated infection: a systematic review 10 years after the first proposal. *BMC Medicine*, 12(1), 40. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-40>
- Casault, C., Soo, A., Lee, C. H., Couillard, P., Niven, D., Stelfox, T., & Fiest, K. (2021). Sedation strategy and ICU delirium: a multicentre, population-based propensity score-matched cohort study. *BMJ Open*, 11(7), e045087. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045087>
- Cassini, A., Plachouras, D., Eckmanns, T., Abu Sin, M., Blank, H.-P., Ducomble, T., Haller, S., Harder, T., Klingeberg, A., Sixtensson, M., Velasco, E., Weiß, B., Kramarz, P., Monnet, D. L., Kretzschmar, M. E., & Suetens, C. (2016). Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. *PLOS Medicine*, 13(10), e1002150. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002150>
- Catarino, I. P. da S. (2017). *Utilizadores Frequentes das Urgências do Serviço Nacional de Saúde (Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências e Tecnologia)*. RUN – Repositório da Universidade Nova de Lisboa. <https://run.unl.pt/handle/10362/29984>
- Cavalcante, L. D. P., Ramos, I. C., Araújo, M. Â. M., Alves, M. D. dos S., & Braga, V. A. B. (2014). Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6), 567–572. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400092>
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida (2ª Edição)*. Lusociência.
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (CRRNEU). (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência - Relatório*. <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>
- Costa, J. dos S. (2016). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 0(30), 234–251. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8449>
- Cristina, M. L., Spagnolo, A. M., Giribone, L., Demartini, A., & Sartini, M. (2021). Epidemiology and Prevention of Healthcare-Associated Infections in Geriatric Patients: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5333. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105333>
- Crouch, R., & Williams, S. (2006). Patient dependency in the emergency department (ED): Reliability and validity of the Jones Dependency Tool (JDT). *Accident and Emergency Nursing*, 14(4), 219–229. <https://doi.org/10.1016/j.aen.2006.06.005>
- Cunha, C., Macedo, A., & Vieira, I. (2017). Nursing students' perceptions of training processes in clinical supervision contexts. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(12), 65–74. <https://doi.org/10.12707/RIV16072>
- Decreto-Lei nº 161/96, Pub. L. No. Diário da República, 1.a série-A, nº 205, Diário da República: 1ª Serie - A, nº 205 2959 (1996). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Despacho nº 10319/2014, Diário da República: 2.a série, nº 153 (2014). <https://dre.pt/application/dir/pdf2sdip/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Despacho nº 10901/2022 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde Despacho, Diário da República: 2ª Série, nº 174 (2022). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>
- Despacho nº 1150/2021 da Direção-Geral da Saúde, Diário da República: 2ª Série - C, nº 19 137 (2021). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1150-2021-2021-155575942>

- Despacho nº 14341/2013 do Ministério da Saúde, Diário da República: 2ª Série, nº 215 (2013). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/14341-2013-3313599>
- Despacho nº 9390/2021 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, Diário da República: 2ª Série, nº 187 96 (2021). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Despacho nº 15423/2013 do Ministério da Saúde, Diário da República: 2ª Série, nº 229 (2013). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/15423-2013-2965166>
- Despacho nº 2902/2013 do Ministério da Saúde, Diário da República: 2ª Série, nº 38 (2013). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/2902-2013-1937340>
- Despacho Normativo no11/2002 de 6 de março do Ministério da Saúde, Diário da República: 1ª Série - B, no 55 1865 (2002). <https://files.dre.pt/gratuitos/1s/2002/03/055b00.pdf>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), 1532–1548. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003259>
- Direção Nacional de Prevenção e Gestão de Riscos. (2022). Manual de apoio à elaboração e operacionalização de Planos de Emergência de Proteção Civil. Em *Cadernos Técnicos Prociv (3ª)*. Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil. https://prociv.gov.pt/media/a33ndmrx/ct_3_planos_emergencia_2022.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação no 007/2010. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013a). Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI).
- Direção-Geral da Saúde. (2013b). Norma no 015/2013 atualizada a 04/11/2015 - Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). Norma nº 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 – “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>
- Direção-Geral da Saúde. (2015c). Norma nº 021/2015 Atualizada a 17/11/2022 - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0212015-de-16122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015d). Norma nº 022/2015 atualizada a 29/08/2022 - Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>
- Direção-Geral da Saúde. (2017ª). Prevenção da transmissão de enterobactérias resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos. Em Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2017b). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Relatório do Inquérito de Prevalência de Ponto em Hospitais de Agudos em Portugal 2017. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/relatorios/relatorio-do-inquerito-de-prevalencia-de-ponto-em-hospitais-de-agudos-em-portugal-2017-2022-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (1998). Carta dos direitos do doente internado. Direção-Geral da Saúde, 1–12. <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Eduardo, E. A. (2016). A estrutura organizacional de serviços de enfermagem em hospitais de ensino [Universidade Federal do Paraná]. <http://hdl.handle.net/1884/43400>
- Ershadi, M. M., Ershadi, M. J., & Niaki, S. T. A. (2020). An integrated HFMEA-DES model for performance improvement of general hospitals. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 38(1), 1–24. <https://doi.org/10.1108/IJQRM-08-2019-0277>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2019). Healthcare-associated infections acquired in intensive care units. Em ECDC. Annual epidemiological report for 2017. ECDC. <http://wiadlek.pl/wp-content/uploads/2020/01/WL-5-cz-II-2019.pdf>
- European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare. (2018). Guide to the quality and safety of organs for transplantation. Council of Europe. <https://freepub.edqm.eu/publications/PUBSD-88/detail>
- Faiella, G., Parand, A., Franklin, B. D., Chana, P., Cesarelli, M., Stanton, N. A., & Sevdalis, N. (2018). Expanding healthcare failure mode and effect analysis: A composite proactive risk analysis approach. *Reliability Engineering & System Safety*, 169, 117–126. <https://doi.org/10.1016/j.res.2017.08.003>
- Farra, S. L., Gneuhs, M., Hodgson, E., Kawosa, B., Miller, E. T., Simon, A., Timm, N., & Hausfeld, J. (2019). Comparative Cost of Virtual Reality Training and Live Exercises for Training Hospital Workers for Evacuation. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 37(9), 446–454. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000540>
- Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L., Mazurek Melnyk, B., & Stillwell, S. B. (2011). Evidence-Based Practice, Step by Step: Evaluating and Disseminating the Impact of an Evidence-Based Intervention: Show and Tell. *American Journal of Nursing*, 111(7), 56–59. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000399317.21279.47>
- Fradique, M., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(10), 45–53. <https://doi.org/10.12707/RIII12133>
- Goode, D., & Rowe, K. (2001). Perceptions and experiences of primary nursing in an ICU: a combined methods approach. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17(5), 294–303. <https://doi.org/10.1054/jccn.2001.1600>
- Gout, L., Hart, A., Houze-Cerfon, C.-H., Sarin, R., Ciottono, G. R., & Bounes, V. (2020). Creating a Novel Disaster Medicine Virtual Reality Training Environment. *Prehospital and Disaster Medicine*, 35(2), 225–228. <https://doi.org/10.1017/S1049023X20000230>
- Gowing, J. R., Walker, K. N., Elmer, S. L., & Cummings, E. A. (2017). Disaster Preparedness among Health Professionals and Support Staff: What is Effective? An Integrative Literature Review. *Prehospital and Disaster Medicine*, 32(3), 321–328. <https://doi.org/10.1017/S1049023X1700019X>
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall’Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., Smith, G. B., & Ball, J. (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474–1487. <https://doi.org/10.1111/jan.13564>
- Grupo Trabalho Serviços Urgência. (2019). Relatório Grupo Trabalho: Serviços de Urgências. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urgências.pdf>
- Guarnieri, A. C., & Pio, D. A. M. (2018). A presença do acompanhante na urgência. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 11(4), 41. <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i4.2014>

- Harrison, M. B., & Graham, I. D. (2021). Knowledge Translation in Nursing and Healthcare: A Roadmap to Evidence-informed Practice. Em Knowledge Translation in Nursing and Healthcare: A Roadmap to Evidence-Informed Practice. <https://doi.org/10.1002/9781119123316>
- Hughes, R. G. (2008). Tools and Strategies for Quality Improvement and Patient Safety. Em R. G. Hughes (Ed.), Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2682/>
- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., O'Brien, M. A., Johansen, M., Grimshaw, J., & Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>
- Jakimowicz, S., Perry, L., & Lewis, J. (2017). An integrative review of supports, facilitators and barriers to patient-centred nursing in the intensive care unit. Journal of Clinical Nursing, 26(23–24), 4153–4171. <https://doi.org/10.1111/jocn.13957>
- Jamtvedt, G., Flottorp, S., & Ivers, N. (2019). Audit and Feedback as a Quality Strategy. Em R. Busse, N. Klazinga, D. Panteli, & W. Quentin (Eds.), Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies (pp. 265–285). European Observatory on Health Systems and Policies. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549284/>
- Joint Commission International. (2020). Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Joint Commission International.
- Joint Commission International. (sem data). International Patient Safety Goals [Internet]. Obtido 7 de Julho de 2023, de <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>
- Karlsen, M. W., Holm, A., Kvande, M. E., Dreyer, P., Tate, J. A., Heyn, L. G., & Happ, M. B. (2023). Communication with mechanically ventilated patients in intensive care units: A concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 79(2), 563–580. <https://doi.org/10.1111/jan.15501>
- Köck, R., Becker, K., Idelevich, E. A., Jurke, A., Glasner, C., Hendrix, R., & Friedrich, A. W. (2020). Prevention and Control of Multidrug-Resistant Bacteria in The Netherlands and Germany—The Impact of Healthcare Structures. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(7), 2337. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072337>
- Kolb, D. A., & Kolb, A. Y. (2013). The Kolb Learning Style Inventory - Version 4.0: A Comprehensive Guide to the Theory, Psychometrics, Research on Validity and Educational Applications. Em Experience Based Learning Systems. <https://www.researchgate.net/publication/303446688>
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. Nursing Outlook, 49(2), 86–92. <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>
- Kritsotakis, E. I., Astrinaki, E., Messaritaki, A., & Gikas, A. (2018). Implementation of multimodal infection control and hand hygiene strategies in acute-care hospitals in Greece: A cross-sectional benchmarking survey. American Journal of Infection Control, 46(10), 1097–1103. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.04.217>
- Lawati, M. H. Al, Dennis, S., Short, S. D., & Abdulhadi, N. N. (2018). Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. BMC Family Practice, 19(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0793-7>
- Lei nº 15/2014, Diário da República: 1ª Série, nº 57 (2014). <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2014-106901319>
- Lei nº 156/2015 - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: 1ª Série, nº 181 8059 (2015). <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lei nº 156/2015 - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: 1ª Série, nº 181 8059 (2015). <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lei nº 27/2006 - Lei de Bases da Proteção Civil, Diário da República, 1.a série, no 126 (2006). <https://data.dre.pt/eli/lei/27/2006/p/cons/20150803/pt/html>

- Lei nº 95/2019 - Lei de Bases da Saúde, Diário da República, 1ª Série, no 169 (2019). <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre/pt/html>
- Liu, H.-C. (2019). Healthcare Risk Management from a Proactive Perspective. Em *Improved FMEA Methods for Proactive Healthcare Risk Analysis* (pp. 3–13). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-13-6366-5_1
- Lopes, M. M. B., Carvalho, J. N., Backes, M. T. S., Erdmann, A. L., & Meirelles, B. H. S. (2009). Políticas e tecnologias de gestão em serviços de saúde e de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(6), 819–827. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000600015>
- Macedo, R., Dias, A. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing activities score. *Servir*, 2(01), 19–30. <https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>
- Maghsoud, F., Rezaei, M., Asgarian, F. S., & Rassouli, M. (2022). Workload and quality of nursing care: the mediating role of implicit rationing of nursing care, job satisfaction and emotional exhaustion by using structural equations modeling approach. *BMC Nursing*, 21(1), 273. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01055-1>
- Mahdi, S. S., Jafri, H. A., Allana, R., Battineni, G., Khawaja, M., Sakina, S., Agha, D., Rehman, K., & Amenta, F. (2023). Systematic review on the current state of disaster preparation Simulation Exercises (SimEx). *BMC Emergency Medicine*, 23(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00824-8>
- Mannion, R., & Davies, H. (2018). Understanding organisational culture for healthcare quality improvement. *BMJ*, 363, k4907. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4907>
- Margarida, D., Serra, P., & Henriques, M. F. (2022). As auditorias em enfermagem nas organizações de saúde: revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, 30, 317–337. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11388>
- Mealer, M., & Moss, M. (2016). Moral distress in ICU nurses. *Intensive Care Medicine*, 42(10), 1615–1617. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4441-1>
- Medeiros, A. B. de A., Enders, B. C., & Lira, A. L. B. D. C. (2015). Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. *Escola Anna Nery*, 19(3), 518–524. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150069>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Pub. Co.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing : development and progress* (5aEd.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I., & Chick, N. (1986). Transitions: A Nursing Concern. Em P. L. Chinn (Ed.), *Nursing Research Methodology: Issues and Implementation* (pp. 237–257). Aspen Publishers. <https://repository.upenn.edu/nrs/9/>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Melo, S. (2016). The impact of accreditation on healthcare quality improvement: a qualitative case study. *Journal of Health Organization and Management*, 30(8), 1242–1258. <https://doi.org/10.1108/JHOM-01-2016-0021>
- Morey, D. A., Rayo, M. F., & Li, M. (2022). From Reactive to Proactive Safety: Joint Activity Monitoring for Infection Prevention. *Proceedings of the International Symposium on Human Factors and Ergonomics in Health Care*, 11(1), 48–52. <https://doi.org/10.1177/2327857922111009>
- Mororó, D. D. D. S., Enders, B. C., Lira, A. L. B. D. C., da Silva, C. M. B., & de Menezes, R. M. P. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323–332. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>

- Nora, C. R. D., Deodato, S., Vieira, M. M. da S., & Zoboli, E. L. C. P. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(2), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Nunes, L. (2006). *Justiça, poder e responsabilidade: articulação e mediações nos cuidados de enfermagem* (1ª ed.). Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: - Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica - Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa - Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer Nº 15/2018 - Funções Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Nas Unidades De Cuidados Intensivos/Serviços De Medicina Intensiva*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%BA15_2018-fun%E7%F5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Organização Mundial da Saúde.
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2016). Rede de Referenciação de Medicina Intensiva (pp. 1–87). Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Park, S. Y., & Lee, H. B. (2019). Prevention and management of delirium in critically ill adult patients in the intensive care unit: a review based on the 2018 PADIS guidelines. *Acute and Critical Care*, 34(2), 117–125. <https://doi.org/10.4266/acc.2019.00451>
- Parreira, P. (2005). *Organizações*. Formasau.
- Pereira, J. V., Sanjanwala, R. M., Mohammed, M. K., Le, M.-L., & Arora, R. C. (2020). Dexmedetomidine versus propofol sedation in reducing delirium among older adults in the ICU. *European Journal of Anaesthesiology*, 37(2), 121–131. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001131>
- Perrenoud, P. (2001). *Porquê construir competências a partir da escola - Desenvolvimento da autonomia e luta contra as desigualdades*. Asa.
- Pina Queirós, P. J. (2016). *Enfermagem, uma ecologia de saberes*. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 45. <https://doi.org/10.14198/cuid.2016.45.15>
- Potra, T. M. F. dos S. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade de cuidados de enfermagem* [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/20608>
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., & Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* (Vol. 50, Número 12). <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>
- Ranzani, O. T., Simpson, E. S., Japiassú, A. M., & Noritomi, D. T. (2016). The Challenge of Predicting Pressure Ulcers in Critically Ill Patients: A Multicenter Cohort Study. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(10), AnnalsATS.201603-154OC. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201603-154OC>
- Rasheed, S. P., Younas, A., & Sundus, A. (2019). Self-awareness in nursing: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5–6), 762–774. <https://doi.org/10.1111/jocn.14708>

- Reade, M. C., & Finfer, S. (2014). Sedation and Delirium in the Intensive Care Unit. *New England Journal of Medicine*, 370(5), 444–454. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1208705>
- Rego, A., & Coelho, P. (2016). Organizar a Prestação de Cuidados Por «Enfermeiro de Referência» Promove a Qualidade. *Servir*, 59(5–6), 68–75.
- Regulamento no 140/2019 - Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República, 2ª série, no 26 4744 (2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento no 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 135 Diário da República: 2ª Série, no135 19359 (2018). <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Regulamento no 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, Diário da República: 2ª Série, nº 184 (2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Reisinger, M., Reininghaus, E. Z., Biasi, J. De, Fellendorf, F. T., & Schoberer, D. (2023). Delirium-associated medication in people at risk: A systematic update review, meta-analyses, and GRADE profiles. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 147(1), 16–42. <https://doi.org/10.1111/acps.13505>
- Robalo, R. (2016). Cuidados de enfermagem à pessoa em situação neurocrítica, potencial dadora de órgãos/tecidos [Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto Politécnico de Setúbal]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/14348>
- Rodriguez Rivera, L., Rodriguez Rivera, C., Zabala Soler, A., Pagan Rivera, R., Rodriguez, L., & Garcia-Gubern, C. (2019). The Use of Simulation Games and Tabletop Exercises in Disaster Preparedness Training of Emergency Medicine Residents. *Prehospital and Disaster Medicine*, 34(s1), s82–s82. <https://doi.org/10.1017/S1049023X19001729>
- Salway, R., Valenzuela, R., Shoenberger, J., Mallon, W., & Viccellio, A. (2017). EMERGENCY DEPARTMENT (ED) OVERCROWDING: EVIDENCE-BASED ANSWERS TO FREQUENTLY ASKED QUESTIONS. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(2), 213–219. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.04.008>
- Sayers, P. A. (2015). Weather-Health Nursing & Bio-Meteorological Pre-Symptom Time Markers NursingInnovations to Reduce Global Mortality/Morbidity. *International Journal of Nursing*, 2(1), 74–81. <https://doi.org/10.15640/ijn.v2n1a8>
- Schumacher, L., Senhaji, S., Gartner, B. A., Carrez, L., Dupuis, A., Bonnabry, P., & Widmer, N. (2022). Full-scale simulations to improve disaster preparedness in hospital pharmacies. *BMC Health Services Research*, 22(1), 853. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08230-9>
- Seo, H.-J., Sohng, K.-Y., Chang, S. O., Chung, S. K., Won, J. S., & Choi, M.-J. (2019). Interventions to improve hand hygiene compliance in emergency departments: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 102(4), 394–406. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2019.03.013>
- Seo, Y., Lee, H.-J., Ha, E. J., & Ha, T. S. (2022). 2021 KSCCM clinical practice guidelines for pain, agitation, delirium, immobility, and sleep disturbance in the intensive care unit. *Acute and Critical Care*, 37(1), 1–25. <https://doi.org/10.4266/acc.2022.00094>
- Siddiqi, N., Stockdale, R., Holmes, J., & Britton, A. (2005). Interventions for preventing delirium in hospitalised patients. Em N. Siddiqi (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2016, Número 3). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005563>
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2022). 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings (Updates May 2022). <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html%0APage>
- Silva, A. P. e. (2007). «Enfermagem Avançada»: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir* vol. 55 no1/2 (jan-abril), 11–20.

- Silva, M. A. T. da C. P. e. (2011). Intenções dominantes nas concepções de enfermagem: estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8685>
- Silva, M. T. M. da C. (2017). Método de trabalho de Enfermeiro Responsável: Melhoria da Qualidade [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20881>
- Simões, J. F., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista de Enfermagem Referência*, II(6), 91–108.
- Singer, S. J., & Vogus, T. J. (2013). Reducing Hospital Errors: Interventions that Build Safety Culture. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 373–396. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114439>
- Soares, C. S. C. (2008). O Processo Supervisivo. [http://supervisaoclinicanaenfermagem.wdfiles.com/local--files/contributos-do-enf-sergio-soares/O PROCESSO SUPERVISIVO.pdf](http://supervisaoclinicanaenfermagem.wdfiles.com/local--files/contributos-do-enf-sergio-soares/O%20PROCESSO%20SUPERVISIVO.pdf)
- Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Content of information exchanged by emergency room nurses during shift Handover. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(No 21), 151–158. <https://doi.org/10.12707/RIV19014>
- Stollings, J. L., Kotfis, K., Chanques, G., Pun, B. T., Pandharipande, P. P., & Ely, E. W. (2021). Delirium in critical illness: clinical manifestations, outcomes, and management. *Intensive Care Medicine*, 47(10), 1089–1103. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06503-1>
- Su, L.-H., Chen, I.-L., Tang, Y.-F., Lee, J.-S., & Liu, J.-W. (2020). Increased financial burdens and lengths of stay in patients with healthcare-associated infections due to multidrug-resistant bacteria in intensive care units: A propensity-matched case-control study. *PLOS ONE*, 15(5), e0233265. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233265>
- Suetens, C., Latour, K., Kärki, T., Ricchizzi, E., Kinross, P., Moro, M. L., Jans, B., Hopkins, S., Hansen, S., Lyytikäinen, O., Reilly, J., Deptula, A., Zingg, W., Plachouras, D., & Monnet, D. L. (2018). Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Eurosurveillance*, 23(46), 1800516. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516>
- Valentin, A., & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>
- van der Goot, W. E., Keers, J. C., Kuipers, R., Nieweg, R. M. B., & de Groot, M. (2018). The effect of a multifaceted evidence-based practice programme for nurses on knowledge, skills, attitudes, and perceived barriers: A cohort study. *Nurse Education Today*, 63, 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.008>
- Varndell, W., MacGregor, C., Gallagher, R., & Fry, M. (2013). Measuring patient dependency—Performance of the Jones Dependency Tool in an Australian Emergency Department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 16(2), 64–72. <https://doi.org/10.1016/J.AENJ.2013.04.001>
- Vicente, J. C. G. (2014). Consentimento informado na assistência privada e pública hospitalar: o que entendem os profissionais de saúde e doentes/família sobre a informação e consentimento informado praticado em Portugal [Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/20117>
- Wei, M., Wu, L., Chen, Y., Fu, Q., Chen, W., & Yang, D. (2020). Predictive Validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk in Critical Care: A Meta-Analysis. *Nursing in Critical Care*, 25(3), 165–170. <https://doi.org/10.1111/nicc.12500>
- White, K. M., Dudley-Brown, S., & Terhaar, M. F. (2019). Translation of Evidence into Nursing and Healthcare. Em K. M. White, S. Dudley-Brown, & M. F. Terhaar (Eds.), *Translation of Evidence into Nursing and Health Care*, Third Edition. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826147370>

- Williams, E. P., Madrigal, V. N., Leone, T. A., Aponte-Patel, L., Baird, J. D., & Edwards, J. D. (2023). Primary Intensivists and Nurses for Long-Stay Patients: A Survey of Practices and Perceptions at Academic PICUs*. *Pediatric Critical Care Medicine*, 24(6), 436–446. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000003181>
- World Health Organization. (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide: A systematic review of the literature. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/report-on-the-burden-of-endemic-health-care-associated-infection-worldwide>
- World Health Organization. (2022). Global report on infection prevention and control. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>
- Youd, J. (2015). Workforce planning for urgent care services. *Emergency Nurse*, 23(4), 14–19. <https://doi.org/10.7748/en.23.4.14.e1477>