



**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem

à Pessoa em Situação Crítica

Autoperceção dos enfermeiros quanto à frequência da realização de intervenções de prevenção de Infecção do Local Cirúrgico

Mestranda: Patrícia Silva Santos Pedrosa

Orientadora: Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório II

Leiria, março de 2025



**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem

à Pessoa em Situação Crítica

Autoperceção dos enfermeiros quanto à frequência da realização de intervenções de prevenção de Infeção do Local Cirúrgico

Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica com área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Patrícia Silva Santos Pedrosa- 5230090

Orientadora: Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório II

Leiria, março de 2025

PENSAMENTO

“A mente que se abre a uma nova ideia
jamais voltará ao seu tamanho original...”

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste percurso formativo, muitos foram aqueles cujo apoio foi crucial para atingir esta meta e aos quais endereço os meus sinceros agradecimentos pela disponibilidade, suporte, compreensão e por terem sido a minha força motriz.

Ao meu marido Néelson, à minha filha Inês, pais e irmãs por todos os momentos que abdiquei de estar com eles em prol desta caminhada e pela paciência e incentivo demonstrados.

À professora orientadora Doutora Maria dos Anjos Dixe pela partilha do seu saber, orientação, disponibilidade e apoio efetuado.

À professora Doutora Cátia Santos, pelo apoio facultado no início deste projeto de investigação.

Às equipas dos serviços onde os estágios foram realizados e particularmente aos enfermeiros especialistas orientadores, pelo acolhimento e ajuda no desenvolvimento das competências.

À equipa de enfermagem que integro, pela compreensão e apoio nos momentos mais difíceis.

A todos os enfermeiros que compõem a amostra, por terem permitido que o meu projeto de investigação fosse realizado.

Muito Obrigado a todos!

RESUMO

Este relatório de Estágio no contexto profissional-Parte I- surgiu no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica, ministrado na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Leiria. Tem como objetivo descrever e fazer uma reflexão crítica de forma integrativa, em relação ao desenvolvimento das competências em Enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Estabelece uma relação entre os 3 estágios realizados, face à competência em causa e sobre as competências desenvolvidas em contexto de prática clínica, salientando as aprendizagens de elevada complexidade desenvolvidas. Permite fazer uma reflexão na ação, para a ação e sobre a ação, evidenciando a teoria aplicada na prática e avaliação do percurso efetuado.

A componente de investigação-Parte II- consiste num estudo quantitativo, descritivo, aplicado a 2 equipas de enfermagem de ortopedia, de um hospital de uma Unidade Local de Saúde da Região Centro para determinar as características da amostra quanto às variáveis sociodemográficas, académicas, profissionais e de formação, avaliar a autoperceção dos enfermeiros quanto à frequência da realização de intervenções de prevenção de Infeção do Local Cirúrgico; avaliar os conhecimentos dos enfermeiros sobre as intervenções de prevenção de Infeção do Local Cirúrgico e conhecer as sugestões dos enfermeiros, quanto às estratégias a adotar para melhorar os cuidados prestados na Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico.

Os resultados obtidos irão ser importantes para a realização de um Projeto de Melhoria Contínua para os referidos serviços.

Palavras-chave: Infeção da ferida cirúrgica, prevenção e controle, pacotes de atendimento ao paciente, enfermagem

ABSTRACT

This report on Internship in the professional context - Part I - arose within the scope of the Master's Degree Course in Medical-Surgical Nursing in the area of specialization for the Critically Ill Person, taught at the School of Health, Polytechnic Institute of Leiria. It aims to describe and make a critical reflection in an integrative way, in relation to the development of competencies in medical-surgical nursing in the area of nursing for the Person in Critical Situation. It establishes a relationship between the 3 internships carried out, in view of the competence in question and on the skills developed in the context of clinical practice, highlighting the highly complex learning developed. It allows a reflection on action, for action and on action, evidencing the theory applied in practice and evaluation of the path taken. The research component - Part II - consists of a quantitative, descriptive study, applied to 2 orthopedic nursing teams of a hospital of a Local Health Unit in the Central Region to determine the characteristics of the sample regarding sociodemographic, academic, professional and training variables, to evaluate the self-perception of nurses regarding the frequency of interventions to prevent Surgical Site Infection; to evaluate nurses' knowledge about interventions to prevent Surgical Site Infection and to know nurses' suggestions regarding the strategies to be adopted to improve the care provided in Surgical Site Infection Prevention. The results obtained will be important for the realization of a Continuous Improvement Project for these services.

Keywords: Surgical site infection, prevention, bundle of interventions, nursing

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCDE - *Airway; Breathing; Circulation; Disability e Exposure*

ACSS-Administração Central do Sistema de Saúde

AIT-Acidente Isquémico Transitório

ANSR-Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária

ATLS -*Advanced Trauma Life Support*

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BIS- *Bispectral Index*

BPS- *Behavioral Pain Scale*

DEAC-Disseção Espontânea da Artéria Coronária

DGS-Direção-Geral da Saúde

EAM-Enfarte Agudo do Miocárdio

ECDC- *European Centre for Disease Prevention and Control*

ed. -Edição

EEMI-Equipa de Emergência Médica Interna

EMCPSC-Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

EPC- *Enterobacterales* Produtores de *Carbapenemases*

EPI-Equipamento de Proteção Individual

EPSC-Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ESSLei -Escola Superior de Saúde de Leiria

GHAF - Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia

IACS-Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

ILC-Infeção do Local Cirúrgico

IMV -Incidentes com Múltiplas Vítimas

INEM-Instituto Nacional de Emergência Médica

IPC-Intervenção Percutânea Coronária

IPL- Instituto Politécnico de Leiria

JCI- *Joint Comission International*

LASA-*Look Alike Sound Alike*

MAR- Medicamentos de Alto Risco

MMSE- *Mini Mental State Examination*

nº. -Número

OE-Ordem dos Enfermeiros

ONAF-Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo

PBCI-Precauções Básicas de Controle de Infecção

PDSA -*Plan Do Study and Act*

PEE-Plano de Emergência Externo

PEEP-*Positive End Expiratory Pressure*

PNSD-Plano Nacional de Segurança do Doente

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

RAM-Resistência Antimicrobiana

RASS- *Richmond Agitation Sedation Scale*

RC-Reabilitação Cardíaca

RENDA -Registo Nacional de Não Dadores

REPE-Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RMN-Ressonância Magnética Nuclear

SABA- Solução Antissética de Base Alcoólica

SAMR- *Staphylococcus Aureus* Meticilina Resistente

SAV-Suporte Avançado de Vida

SBV-Suporte Básico de Vida

SCA-Síndrome Coronária Aguda

SE-Sala de Emergência

SNS-Serviço Nacional de Saúde

SMI-Serviço de Medicina Intensiva

SPICI -Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos

SPIKES- *Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary*

START -*Simple Triage And Rapid Treatment*

SU-Serviço de Urgência

SUB- Serviço de Urgência Básica

SUMC-Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP-Serviço de Urgência Polivalente

TAC-Tomografia Axial Computorizada

TCE-Traumatismo Crânio Encefálico

TET-Tubo Endotraqueal

UCAP -Unidade de Cuidados Agudos Polivalente

UCI-Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC-Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

UHICV-Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardio Vascular

ULS-Unidade Local de Saúde

UPP-Úlcera Por Pressão

VMER-Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VNI-Ventilação Não Invasiva

VVC-Via Verde das Coronárias

VVAVC-Via Verde do AVC

VVT-Via Verde do Trauma

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	XI
INTRODUÇÃO	12
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ESTÁGIOS	15
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	16
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA	16
1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	18
1.3. SERVIÇO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDÍACOS/UNIDADE DE HEMODINAMICA E INTERVENÇÃO CARDIOVASCULAR.....	19
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	21
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	21
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	21
2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	24
2.1.3. Domínio da gestão de cuidados	27
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	31
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÀREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	33
2.2.1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	33
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	38
2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	48
AUTOPERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS QUANTO À FREQUÊNCIA DA REALIZAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO DE INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO	49
REFLEXÃO FINAL	66

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das respostas da amostra quanto às variáveis sociodemográficas, profissionais e de formação.....	56
Tabela 2 - Distribuição das respostas da amostra quanto ao conhecimento sobre Infeção associada aos cuidados de saúde.....	57
Tabela 3 - Distribuição das respostas da amostra quanto ao conceito de infeção do local cirúrgico.....	57
Tabela 4 - Distribuição das respostas da amostra sobre a existência de vigilância epidemiologia e protocolos no serviço.....	58
Tabela 5 - Distribuição das respostas da amostra relativo à autopercepção dos enfermeiros quanto à frequência da realização de intervenções de prevenção de Infeção do Local Cirúrgico.....	59

INTRODUÇÃO

A realização do presente relatório com a componente de investigação, insere-se no âmbito do Curso do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EPSC), na Unidade Curricular Estágio de EPSC com Relatório II, integrado no 3º semestre do 2º ano, da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), do Instituto Politécnico de Leiria (IPL).

O aperfeiçoamento profissional e a competência são parte integrante do Código Deontológico do Enfermeiro, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) e republicado pela Lei nº 156/2015 (OE,2015). Como tal, a preocupação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, impõe uma conduta de constante atualização de conhecimentos. Cabe ao enfermeiro, procurar e melhorar a sua formação visando o desenvolvimento das suas competências para que a sua prática seja exímia.

Foi neste âmbito que se abraçou o desafio de querer ir mais além, consolidar conhecimentos e refletir sobre a ação, de forma a desenvolver competências como futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (EMCPSC). A análise reflexiva do percurso profissional e académico, reflete o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMCPSC. Esta análise foi baseada em práticas clínicas do mestrado, desenvolvidas nos estágios do Serviço de Urgência (SU), Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC)/Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular (UHICV) de um hospital de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da Região Centro.

Entende-se por competência, os atributos gerais e específicos que descrevem os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em diferentes situações de trabalho (Regulamento nº140/2019,2019).

As competências comuns dos enfermeiros especialistas são partilhadas por todos os especialistas, independentemente da sua área de especialização e englobam: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados e o desenvolvimento de atividades profissionais (Regulamento nº140/2019,2019). As competências específicas do enfermeiro especialista em EMCPSC abrangem : cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e

maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento n.º 429/2018,2018). A pessoa em situação crítica (PSC), tem a vida ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e a sua nobre sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica instituída (Regulamento n.º 124/2011,2011). Os cuidados de EPSC são altamente qualificados, prestados de uma forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato e em resposta às necessidades afetadas (Regulamento n.º 124/2011,2011).

Na generalidade dos sistemas de saúde, os enfermeiros constituem o maior percentual de profissionais de saúde e em crescente diferenciação e relevância, enquanto profissão e disciplina (Regulamento n.º 613/2022,2022). A enfermagem tem evoluído visando responder às progressivas necessidades de cuidados em diversos contextos de atuação, cada vez com maior grau de diferenciação e aumento de conhecimentos, contribuindo para que na prestação de cuidados e funcionamento dos serviços, haja um maior reconhecimento e responsabilidade (Regulamento n.º 613/2022,2022).

Na análise crítica reflexiva do relatório, é feita referência à Teoria da Transição de Afaf de Meleis que permite uma reflexão sobre a ação. Meleis defende que a transição é um conceito central da enfermagem e que qualquer transição deve ser objeto de um estudo (Meleis,2010). A interação entre a enfermeira-doente habitualmente decorre em períodos de transição e instabilidade, decorrentes de mudanças que podem originar alterações na vida do indivíduo e dos seus familiares, conduzindo a implicações no seu bem-estar e saúde (Meleis,2010). As mudanças na saúde e na doença geram um processo de transição, e os doentes ficam mais vulneráveis a riscos, podendo refletir-se na sua saúde. A literatura identifica quatro tipos de transições: desenvolvimento, situacional, organizacional e tipo saúde-doença (Meleis,2010). Estas transições são desencadeadas por eventos críticos e mudanças e enquanto enfermeiros, deparamo-nos com pessoas que passam por uma transição relacionada com a sua saúde e bem-estar.

O relatório comporta 2 partes: a primeira, através de uma análise crítico-reflexiva aborda as competências do enfermeiro especialista desenvolvidas durante a prática clínica nos três locais

de estágio. A segunda parte engloba a componente de investigação, com o projeto de investigação subordinado ao tema autoperceção dos enfermeiros quanto à frequência da realização de intervenções de prevenção de Infeção do Local Cirúrgico, que teve como principais objetivos determinar as características da amostra quanto às variáveis sociodemográficas, académicas, profissionais e de formação; avaliar a autoperceção dos enfermeiros quanto à frequência da realização de intervenções de prevenção de Infeção do Local Cirúrgico; avaliar os conhecimentos dos enfermeiros sobre as intervenções de prevenção de Infeção do Local Cirúrgico e conhecer as sugestões dos enfermeiros quanto às estratégias a adotar para melhorar os cuidados prestados na Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico. O estudo teve Parecer favorável da Comissão de Ética e autorização do Conselho de Administração.

O Relatório foi elaborado de acordo com o Guia de Elaboração de Citações e Referências Bibliográficas da 7ª edição das Normas *American Psychological Association (APA)*, versão 1.01 de 2023 do IPL, o Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos de 2018 da ESSLei e as normas da revista Referência para a escrita da parte II, relativa à prática Especializada baseada na evidência.

PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ESTÁGIOS

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

Para o desenvolvimento das competências afetas ao Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSC, foram realizados 3 estágios em um hospital de uma ULS da Região Centro, com a duração de 180 horas cada. O Estágio I, integrado no 1º ano 2º semestre, decorreu no SU no período de 06/06/2024 a 27/07/24. O Estágio II integrado no 2º ano 3º semestre, englobou 2 contextos. O primeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), decorreu no SMI no período de 09/09/2024 a 17/11/2024. O segundo decorreu na UCIC/UHICV no período de 18/11/2024 a 09/02/2025.

A instituição tem como Missão, prestar cuidados de saúde diferenciados e de qualidade aos utentes, em articulação com os cuidados de saúde primários, com os hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, usando adequadamente os recursos humanos e materiais e desenvolvendo-se segundo parâmetros de qualidade, economia, eficiência e eficácia, contribuindo para o equilíbrio económico e financeiro do conjunto do setor público. Tem ainda a missão de assegurar condições de investigação e de formação profissional aos respetivos colaboradores e condições de conforto, higiene e segurança aos utentes e colaboradores. Os subcapítulos seguintes comportam a caracterização de cada local de estágio.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O SU onde decorreu o Estágio I, estava situado no Piso 01 da Torre Nascente de um hospital de uma ULS da Região Centro. Integrava-se na Rede Hospitalar Urgência/Emergência, de acordo com o Despacho nº 13427/2015 do Ministério da Saúde (Despacho nº13427/2015 do Ministério da Saúde,2015). Era um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e contemplava as seguintes valências médicas obrigatórias: medicina interna, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, imuno-hemoterapia, bloco operatório (em permanência), imagiologia e patologia clínica (Despacho nº10319/2014 do Ministério da Saúde,2014). Dava apoio diferenciado à rede de Serviço de Urgência Básica (SUB) e referenciava para o Serviço de Urgência Polivalente (SUP) situações que necessitam de cuidados mais diferenciados (Despacho nº 10319/2014 do Ministério da Saúde,2014). Contemplava uma viatura médica de emergência e reanimação (VMER) em gestão integrada (Despacho nº10319/2014 do Ministério da Saúde,2014) e possuía 2 vias verdes: Via Verde das Coronárias (VVC) e Via Verde

do Acidente Vascular Cerebral (VVAVC). A equipa multidisciplinar englobava: médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes sociais, assistentes técnicas e vigilantes. A equipa de enfermagem possuía 129 enfermeiros (107 generalistas e 22 especialistas). Destes, 16 tinham a especialidade de EMCPSC e 6 outra especialidade (1 de saúde mental e psiquiatria, 3 de saúde comunitária, 1 de saúde materna e obstétrica e 1 de saúde infantil e pediátrica). A OE recomenda que a equipa de enfermagem do SU seja composta 50% por especialistas em EMCPSC, pelo que o SU não cumpria pois apenas 12,4% possuíam esta especialidade (Regulamento nº 743/2019, 2019). O método de trabalho adotado era o funcional por Tarefas. Caracteriza-se pela distribuição de tarefas padronizadas pelos enfermeiros, que alcançam competência através da repetição sistemática de técnicas, em que o alvo da ação não é o doente, mas a tarefa (Ventura et al.,2021). Tinha 1 equipa de horário fixo e 5 equipas de horário rotativo. Havia 3 enfermeiros com função de gestão de camas, estando escalado 1 por dia. Possuía 32 coordenadores de turno (uns especialistas e outros generalistas). A OE recomenda que os enfermeiros da Sala de Emergência (SE) e os Coordenadores de turno sejam especialistas em EMCPSC, pelo que o SU não cumpria o regulamento (Regulamento nº 743/2019,2019). Tinha 1 enfermeiro escalado nos verdes 2 (não urgente) que apoiava a área sobrelotada e 1 enfermeiro na retriagem (que retriava doentes que ultrapassavam o tempo alvo para observação médica). A nível da orgânica funcional dispunha de: 1 gabinete de gestão de informações,2 postos de triagem I e II (com 1 enfermeiro por turno em cada posto, com formação em Triagem de Manchester), 1 gabinete de gestão de camas e 5 áreas em formato *open-space* (vermelha, laranja, amarela, verde e roxa). A área amarela estava dimensionada para 23 macas e 15 cadeirões. Possuía 1 gabinete de psiquiatria ,1 de observação pelos generalistas e 1 de eletrocardiografia. A área verde estava dimensionada para 13 macas e 8 cadeirões e possuía 1 gabinete de atendimento médico pelos generalistas. A área laranja estava dimensionada para 14 macas, 7 cadeirões e possuía 1 quarto de isolamento. A área vermelha/SE estava fisicamente individualizada relativamente ao restante SU e próxima da entrada de emergência. Estava dimensionada para atender até 5 emergências em simultâneo em boxes individuais, equipada com materiais e equipamentos imprescindíveis para atuar numa situação crítica e/ou de falência orgânica, cumprindo as Recomendações Técnicas da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (ACSS,2019). Tinha escalado 2 enfermeiros por turno com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV). A área roxa (orto trauma)

atendia utentes do foro ortopédico e cirúrgico, estava dimensionada para 4 boxes. A distribuição dos enfermeiros era feita pelo enfermeiro gestor semanalmente. Todas as áreas estavam dotadas dos seguintes sistemas informáticos: SISLAB[®], MODULAB[®] Colheitas, SClínico[®] e Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia (GHAF[®]). Possuía 1 carro de emergência na SE, outro na área laranja e outro na área amarela e na sala de emergência também existiam 2 malas de transporte. O SU era alvo de auditorias mensais à Triagem de Manchester, estando de acordo com a Norma nº002/2018 da Direção-Geral de Saúde (DGS) (DGS,2018).

1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O Estágio II- contexto da UCI, foi realizado no SMI de um hospital de uma ULS da Região Centro e estava situado no Piso 5 da Torre Nascente. A equipa multidisciplinar englobava: médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e assistente técnica. A equipa de enfermagem era composta por 32 enfermeiros (incluindo a enfermeira gestora), dos quais 17 eram especialistas. Destes, 15 possuíam a especialidade de EMCPSC e 2 de reabilitação. A OE recomenda que a equipa de enfermagem da UCI, seja constituída 50% por especialistas em EMCPSC, em permanência 24horas, devendo a mesma regra ser assegurada em cada turno (Regulamento nº743/2019,2019). O SMI não cumpria o regulamento porque apenas 46,9% da equipa possuía a especialidade EMCPSC, estando ligeiramente abaixo do preconizado (Regulamento nº743/2019,2019). A equipa da UCI nível III, deve integrar enfermeiros especialistas de Reabilitação, de modo a assegurar o rácio de 12 horas de cuidados de enfermagem especializados por cada 5 utentes, todos os dias da semana (Regulamento nº 743/2019,2019). O SMI tinha 2 enfermeiros especialistas de reabilitação, mas não cumpria as 12 horas preconizadas diariamente. A nível da estrutura física, possuía 10 camas (de nível III) e tinha 4 quartos de isolamento (3 com pressão positiva e negativa e 1 com pressão negativa). As outras 6 camas estavam em formato *open space*, em boxes individuais. Tinha um enfermeiro coordenador por turno e outro de apoio à Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI). A EEMI estava alocada ao SMI e era assegurada por elementos exclusivamente desta equipa, constituída por um médico intensivista e um enfermeiro, funcionando 24 horas por dia. Estes profissionais possuíam formação específica em Suporte Avançado de Vida (SAV) e *Advanced Trauma Life Support* (ATLS). A sua ativação era feita de acordo com critérios definidos numa instrução interna de trabalho e dava apoio a todos os serviços do hospital. A

distribuição no SMI era feita diariamente pela enfermeira gestora e/ou pelo coordenador de turno, sendo o rácio enfermeiro/doente de 1:2 (ocasionalmente de 1:1 consoante o número de utentes internados). A OE recomenda que o rácio enfermeiro/utente na UCI com camas nível III (correspondente ao SMI) deve ser de 1:1, pelo que o serviço nem sempre cumpria (Regulamento nº743/2019,2019). Tinha 16 coordenadores de turno, uns especialistas e outros generalistas. O SMI tinha implementado o método individual de trabalho, que consiste numa abordagem da assistência total ao doente em que um único enfermeiro, assume a responsabilidade total da assistência a um grupo de doentes durante aquele turno (Ventura-Silva et al.,2021). Os cuidados eram centrados no doente como o centro da assistência (Ventura-Silva et al.,2021). O serviço era dotado de 10 ventiladores e de outros equipamentos necessários à prestação de cuidados à PSC. Possuía um carro de emergência e tinha 2 malas de transporte. Tinha implementado vários sistemas informáticos: BSimple[®], SISLAB[®], MODULAB[®] Colheitas, GHAF[®] e SClínico[®]. O BSimple[®] funcionava como um integrador de sistemas que reunia nos ecrãs informações obtidas a partir dos monitores, seringas e bombas infusoras, máquina das gasometrias, entre outros.

1.3. SERVIÇO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDÍACOS/UNIDADE DE HEMODINAMICA E INTERVENÇÃO CARDIOVASCULAR

O Estágio II- contexto selecionado pela autora do relatório, decorreu na UCIC e UHICV de um hospital de uma ULS da Região Centro, situado no Piso 5 A, da Torre Nascente. O serviço de cardiologia era composto por várias áreas: internamento de cardiologia, hospital de dia, UCIC e UHICV. O estágio decorreu apenas na UCIC e UHICV. A equipa multidisciplinar englobava: enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de cardiopneumologia e assistente técnica. A equipa de enfermagem era composta por 27 enfermeiros (incluindo o enfermeiro gestor), dos quais 10 eram especialistas. Destes, 6 tinham a especialidade de EMCPSC, 2 de reabilitação e 2 de saúde comunitária. Como referido anteriormente, a OE recomenda que a equipa de enfermagem da UCI, seja constituída 50% por especialistas em EMCPSC, em permanência 24 horas, devendo a mesma regra ser assegurada em cada turno (Regulamento nº743/2019,2019). A UCIC não cumpria porque apenas 22,2% da equipa possuía a especialidade EMCPSC, estando abaixo do preconizado (Regulamento nº743/2019,2019). A UCIC possuía 5 camas (de nível II e III) em formato *open space* e 1 maca para realização de

cardioversão elétrica eletiva, mas não tinha nenhum quarto de isolamento. A OE recomenda que o rácio enfermeiro/utente na UCI com camas de nível III, deve ser de 1:1, no entanto a UCIC tinha um ratio enfermeiro/utente de 1:2,5, pelo que não cumpria o regulamento (Regulamento nº743/2019,2019). A distribuição era feita diariamente pelo enfermeiro coordenador de turno (sendo uns especialistas outros **generalistas**). A UHICV situava-se numa sala adjacente à UCIC e dava apoio aos cateterismos cardíacos, colocação de pacemaker definitivo e provisório e desfibriladores implantáveis. Os cateterismos eletivos eram preparados no Hospital de Dia, pertencente ao serviço de cardiologia e possuía 6 cadeirões para o efeito e o internamento de cardiologia possuía 12 camas. Também tinha implementado o método individual de trabalho, que como foi referido anteriormente, um único enfermeiro prestava assistência total ao doente (Ventura-Silva et al.,2021). A UCIC possuía 5 ventiladores e outros equipamentos para prestar cuidados à PSC. Tinha 1 carro de emergência na UCIC, outro na UHICV e outro no hospital de dia e 1 mala de transporte localizada na UCIC. Tinha implementado vários sistemas informáticos: PatientCare® (na UCIC), CardioBase® (na UHICV e hospital de dia), SISLAB®, MODULAB®, Colheitas, GHAF® e SClínico® (em todas as áreas). O PatientCare® funcionava como um integrador de sistemas que reunia nos ecrãs informações obtidas a partir dos monitores.

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A competência consiste num conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes que têm reflexo no desempenho adequado (Alarcão,2001). Neste percurso formativo, foram desenvolvidas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, abordadas neste capítulo de uma forma crítica e reflexiva em articulação com as experiências vivenciadas nos 3 estágios.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área em que se especializaram (Regulamento nº140/2019,2019). Englobam 4 domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019,2019). Foi neste pressuposto que se desenvolveram as competências comuns a seguir descritas e analisadas de uma forma crítico-reflexiva.

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), elaborado pela OE fomenta que os enfermeiros adotem uma conduta ética e responsável, respeitando os direitos do cidadão (OE,2015b). A conduta ao longo dos 3 estágios, teve por base o REPE (OE, 2015b) e o Código Deontológico do Enfermeiro, que refere que o enfermeiro deve contribuir para dignificar a profissão (artigo 97º), respeitar os valores humanos (artigo 102º), prestar informação (artigo 105º) e dever do sigilo profissional (artigo 106º) (OE,2015a). **Foram também respeitados os 4 princípios bioéticos perante os dilemas éticos: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (Mayumi, 2022).**

Durante a realização dos estágios, o processo de integração decorreu formalmente nos 3 locais, com a apresentação dos respetivos enfermeiros gestores e orientadores, estabelecendo-se relações assertivas e traduzindo-se numa responsabilidade profissional. Foram efetuadas visitas guiadas nos serviços onde os estágios decorreram, foram prestadas informações no que concerne à organização, constituição das equipas de enfermagem, estrutura orgânico-funcional e metodologia de trabalho. A integração decorreu de forma positiva e adequada, tendo sido desenvolvidas relações assertivas no seio das respetivas

equipas e em todos os locais de estágio. Foi feita a familiarização com a estrutura física e serviços de apoio, assim como, com os sistemas informáticos em vigor e foi efetuada pesquisa de protocolos existentes. Nos 3 estágios, a tomada de decisão foi constante no cuidado à PSC dadas as suas características e as dos familiares, bem como pela complexidade dos cuidados prestados. A tomada de decisão é uma habilidade no exercício da profissão e a sua complexidade exige capacidade de atender às necessidades dos utentes através de decisões rápidas e eficazes (Lourenço et al.,2022). É necessário desenvolver esta competência baseada na investigação e na experiência profissional (Lourenço et al.,2022). O enfermeiro toma decisões na prestação de cuidados, na coordenação de turno e na gestão da equipa (Regulamento nº 140/2019,2019). A tomada de decisão rápida e adequada tem em conta o sigilo profissional e o código deontológico. Para desenvolver esta competência, no SU colaborou na Triagem de Manchester e constatou que é necessário explorar a queixa do doente para adequar o fluxograma e responder às necessidades dos doentes atempadamente, sendo uma tomada de decisão constante. A tomada de decisão de prestar cuidados segundo os protocolos do serviço, foi transversal a todos os serviços assim como o respeito pelos valores humanos. No decorrer do estágio do SU, surgiu o protocolo após-Triagem de Manchester que permitiu administrar analgésicos e antipiréticos mencionados no protocolo, de acordo com as queixas do doente. A tomada de decisão de os administrar sem mascarar a sintomatologia, foi constante. Na UCIC/UHICV a decisão de desinsuflar e remover a TRBand após cateterismos cardíacos e administrar protocolos existentes também se refletiu em tomadas de decisão frequentes. A mestranda responsabilizou-se pelas decisões que tomou e pelos atos que praticou durante os estágios. Nos 3 locais de estágio, foi garantida a igualdade de acesso e atendimento dos doentes, independentemente da sua nacionalidade, cultura e religião tendo sido respeitados os direitos do cidadão e os valores, estando de acordo com o Código Deontológico, artigo 99º (OE,2015a). Perante doentes estrangeiros que não se expressavam em português, francês ou inglês, foram utilizadas estratégias que permitiram comunicar com os mesmos. Ao longo do estágio, foi respeitado o direito à informação e respeitados os valores humanos. Para desenvolver esta competência, no SU colaborou com o orientador na gestão de informações no respetivo gabinete de informações, enquanto no SMI e UCIC/UHICV foram prestadas informações aos familiares/cuidadores no horário das visitas. Na UCIC/UHICV prestou cuidados a um doente muçulmano e a um de etnia cigana tendo

respeitado a sua cultura e etnia, pelo que foi adequada a dieta em função das mesmas. Foram respeitados os direitos das testemunhas de Jeová em recusarem as transfusões de sangue. O Código Deontológico (artigo 105º), refere que é dever do enfermeiro respeitar, defender e promover o direito do doente ao consentimento informado (OE,2015a). A Norma da DGS 015/2013 (atualizada em 2015), descreve orientações para os profissionais de saúde sobre o direito ao Consentimento Informado, Esclarecido e Livre dado por escrito (DGS,2015). No decorrer dos 3 estágios, foram várias as situações em que pediu o consentimento informado a doentes que reuniam condições para o consentir. Pediu aquando dos cateterismos periféricos, algaliações, colocação de sonda nasogastrica, administração de unidades de concentrados eritrócitos ou outros hemoderivados, realização de exames entre outras situações. Aos que não reúnem essas condições, foi tido o consentimento presumido. No SU os doentes que iam ao bloco pela urgência, confirmou se tinham os Consentimento Informado, Esclarecido e Livre dado por escrito, assinados. No estágio do SMI, atendendo a que a maioria dos doentes estavam ventilados, sedados, analgesiados e curarizados não apresentavam condições para dar o consentimento informado por escrito. Para contornar a situação, foi tido o consentimento presumido (descrito no artigo 39º do código penal). Segundo a DGS, tais circunstâncias permitem supor que a pessoa titular teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato é praticado (DGS,2015). Ocorreu em doentes ventilados do SMI aquando a algaliação, colheita de gasimetrias da linha arterial, aspiração de secreções no tubo endotraqueal (TET), entre outros. Houve uma situação de colheita de órgãos de um dador de 19 anos em morte cerebral, em que foi tido o consentimento presumido. A legislação portuguesa, consagra uma doação presumida, adquirindo à nascença o estatuto de dador. Alguém que deseje não o ser, terá que estar registado no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA), não sendo o caso. Na UCIC certificou que era pedido o consentimento informado livre e esclarecido por escrito nos seguintes atos médicos: cateterismos cardíacos, colocação de *pacemaker* provisório e definitivo, cardiodesfibriladores implantados, cardioversão elétrica eletiva, colocação de cateter venoso central e linha arterial e remoção da ponta de implantofix. Assistiu a uma situação de recusa/dissentimento na UHICV. Um doente assinou o Consentimento Informado, Esclarecido e Livre dado por escrito para realizar um cateterismo cardíaco, contudo era alérgico ao produto de contraste (confirmado por teste na ULS da Região de Coimbra) e questionou o

cardiologista se havia perigo. Este, confirmou que corria riscos mas que o procedimento carecia de produto de contraste, pelo que o doente recusou o ato/intervenção. O médico respeitou a sua decisão, cumprindo a norma (DGS,2015). O Código Deontológico do enfermeiro, no artigo 107º, considera que é dever do enfermeiro salvaguardar sempre no exercício das suas funções, a privacidade e intimidade da pessoa (OE,2015a). Ao longo dos 3 estágios, toda a conduta foi sempre no sentido de respeitar a privacidade e intimidade do doente. Contudo, a privacidade do doente no SU, é uma realidade sub-diagnosticada pela maioria dos profissionais de saúde pois a necessidade emergente de cuidados por parte do doente, faz com que esta seja relegada para segundo plano, priorizando-se a resolução do problema que o leva à urgência (Santos,2022). No estágio do SU, na sala de emergência existiam boxes com cortinas e apesar dos cuidados urgentes à PSC, estas eram puxadas para respeitar a privacidade do doente. O maior obstáculo para salvaguardar a privacidade neste serviço, foi a sobrelotação diária de doentes nas restantes áreas, como era o caso da área amarela em que estavam alocados 120 a 140 doentes. Existiam cortinas em cada boxe, no entanto devido à sobrelotação, estavam alocados dois doentes em cada uma. O restante espaço era amplo, contendo dezenas de macas com doentes, assim como nos corredores. As macas estavam justas postas umas à outras, o que limitava a acessibilidade dos próprios profissionais. Para desenvolver esta competência e contornar o problema, foram puxadas as cortinas onde existiam e usados biombos nos restantes espaços e colocado lençol a cobrir o corpo. No SMI e na UCIC/UHICV, o respeito pela privacidade foi sempre cumprido, sem qualquer constrangimento dado não existir a sobrelotação de doentes e existirem outras infraestruturas e condições. Em cada boxe eram puxadas as cortinas e nos espaços sem cortinas, existiam vários biombos suficientes o que facilitava todo o procedimento. O Código Deontológico no artigo 106º, refere que é dever do enfermeiro respeitar o sigilo profissional (OE,2015a) pelo que no decorrer dos estágios, foi usado um tom baixo na passagem de turno por serem áreas em formato *open space*, de modo que os doentes conscientes e orientados não ouvissem o teor da conversa.

2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

No domínio da qualidade, as competências abrangem: o papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de estratégias institucionais na área da governação clínica, o

desenvolvimento de práticas de qualidade gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e a garantia de um ambiente terapêutico seguro (Regulamento nº 140/2019,2019). A qualidade na saúde é multiprofissional pelo que exige uma reflexão da *práxis* (OE,2012). Como anteriormente mencionado, os 3 estágios foram realizados na mesma instituição. Esta tem implementada uma política de qualidade que integra o sistema de gestão de qualidade. Em 2022, foi Reacreditada pela *Joint Commission International* (JCI). Tem uma Comissão de Qualidade com Elos dinamizadores da qualidade e baseia-se no Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) de 2021-2026, cujo objetivo é consolidar e promover a segurança do doente na prestação de cuidados (DGS,2022c). Está assente em 5 pilares: a cultura de segurança, a liderança e governança, a comunicação, a prevenção e a gestão de incidentes de segurança (através do sistema notifica) e das práticas seguras em ambientes seguros (DGS,2022c). Ao longo dos estágios, desenvolveu práticas de qualidade de acordo com a política da instituição e aplicou os protocolos da instituição e os dos respetivos serviços. Constatou que os profissionais cumpriam as normas e protocolos existentes nos vários locais de estágios. No SMI existia a consulta de *follow up* em medicina intensiva, fruto de um projeto de melhoria contínua. O objetivo era acompanhar a PSC após a alta do SMI para prevenir, identificar e tratar a Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI). Visava obter dados relativos às intervenções clínicas realizadas que permitiam a revisão e melhoria dos procedimentos durante o internamento no SMI e diminuir o seu impacto na recuperação do doente. Era feita por 1 médico e 1 enfermeiro do projeto e com critérios de exclusão. Acompanhou a consulta de *follow up* numa manhã, a um doente na Unidade de Cuidados Agudos Polivalente (UCAP). Constatou que aplicavam 2 escalas: Escala de *Mini Mental State Examination* (MMSE) e o Teste de avaliação da deglutição-Escala de GUSS com o objetivo de pesquisar a presença de consequências físicas (diminuição da força, incapacidade para andar, dificuldade em engolir), cognitivas e /ou psicológicas (ansiedade e depressão), afetando a qualidade de vida da PSC e seus familiares. Na UCIC/UHICV existia um Programa de Reabilitação Cardíaca (RC) de doentes após Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) que decorria em 2 fases: a primeira no internamento e a segunda durante 12 semanas após a alta (Centro Hospitalar de Leiria [CHL],2017a). Visava melhorar a qualidade de vida dos doentes com doença coronária e diminuir a mortalidade, espelhando a crescente diferenciação dos cuidados prestados na instituição. Incluía sessões educativas feita por enfermeiros

especialistas sobre várias temáticas relacionadas com a sua doença, apoio psicológico com sessões de relaxamento para redução da ansiedade, treino físico num ginásio com apoio de fisioterapeutas e supervisão por um cardiologista e um fisiatra e encaminhamento para consultas de: cessação tabágica, endocrinologia, nutrição/obesidade, pneumologia, psicologia, psiquiatria e urologia (CHL,2017a). Podia ser pedido o apoio da assistente social se fosse necessário. No final do programa, o doente estava consciente da doença e dos fatores que a precipitaram e aprendia a ter um estilo de vida saudável para não voltar a acontecer. Assistiu a 2 consultas de RC. A primeira, realizada por uma enfermeira do serviço, especialista em Reabilitação que fez uma sessão educativa sobre: hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, tabagismo, alimentação e adesão terapêutica. A segunda, realizada por um enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (com experiência e conhecimento na área de cardiologia) e abordou a ansiedade e os mecanismos de controle, a importância do sono regular e a importância do pedido de ajuda. Portugal apresenta das taxas mais baixas de doentes incluídos em Programas de RC, apenas cerca de 8% de doentes com EAM participam nestes programas, sendo a média europeia superior a 30% (Despacho nº8597/2017 do gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde,2017). É importante melhorar a acessibilidade às unidades RC para fazer o seguimento dos doentes após um evento cardíaco, contribuindo para o seu regresso à vida normal através da adoção de estilos de vida saudáveis (Monteiro et al., 2020). Portugal tem poucas unidades de RC, sendo uma área importante na qual se deve investir para ajudar os doentes a integrarem-se mais facilmente na rotina habitual e diminuir a mortalidade (Monteiro et al.,2020), pelo que esta instituição é uma mais-valia para estes doentes. A qualidade está intimamente ligada à segurança dos cuidados (OE,2012). Segundo os Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem, os guias orientadores da boa prática dos cuidados baseados na evidência científica, formam a base estrutural da melhoria contínua da qualidade do exercício da profissão (OE,2012). Os enunciados descritivos da qualidade do exercício da profissão contemplam: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE,2012). Durante a componente prática, refletiu sobre a gestão do risco e prestou cuidados à PSC tendo em vista a concretização das 6 Metas da segurança do doente (doentes corretamente identificados, melhoria da comunicação eficaz, melhoria da segurança dos medicamentos, cirurgias e

procedimentos invasivos seguros, redução do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde e redução do risco de lesões associadas a quedas de doentes). Manteve os doentes corretamente identificados, colocando a pulseira de identificação quando estava danificada ou não a tinham e confirmou os dados com a mesma. Realizou a sinalização da pulseira com a sinalética em vigor da gestão de risco (vermelho - presença de microorganismos epidemiologicamente importantes, rosa-transfusão efetuada, verde-alergias). O risco de queda (amarelo) não era avaliado nos 3 locais de estágio. Consultou e pesquisou sobre a lista de medicamentos de alto risco (MAR), a lista de medicamentos *Look Alike Sound Alike* (LASA) e a sua localização em cada local de estágio. Colocou a etiqueta nas preparações de injetáveis com a identificação do fármaco, dosagem, quem administrou, data e hora, contribuindo para um ambiente terapêutico seguro. Confirmou a selagem dos carros de emergência e se o teste do desfibrilhador tinha sido efetuado, colaborando com o orientador quando o mesmo não estava feito. Manuseou 1 mala de transporte de doente crítico com os orientadores em cada local de estágio. Usou o instrumento de comunicação - *Identify Situation Background Assessment Recommendation* (ISBAR) na transição de cuidados (passagens de turno e transferência de doentes), estando de acordo com a Norma nº 001/2017 da DGS (DGS, 2017a). Realizou uma ação de formação no SU sobre -Cuidados de Enfermagem a doentes com Traumatismo Cranioencefálico (TCE) na abordagem ABCDE contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados principalmente para os novos elementos da equipa. No SMI realizou uma ação de formação sobre Cuidados de enfermagem à PSC com imobilizações, tema sugerido pelas orientadoras por sentirem necessidade de formação na área. Pela vasta experiência em prestar cuidados a doentes do foro ortopédico/traumatológico, foi uma mais-valia para o SMI para esclarecer dúvidas e melhorar práticas na área do trauma.

2.1.3. Domínio da gestão de cuidados

Todos os enfermeiros especialistas possuem competências no domínio da gestão gerindo os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde (Regulamento nº140/2019, 2019). Adaptam a liderança e a gestão dos recursos disponíveis, às situações e contexto de modo a garantirem a qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019). A gestão de cuidados, tem implícito a gestão de recursos humanos, medicação, equipamentos, instalações e gestão dos próprios cuidados de saúde

(Regulamento nº140/2019,2019). Para desenvolver esta competência no SU, realizou 2 turnos na triagem. Colaborou com o orientador na Triagem de Manchester, pesquisou os fluxogramas e discriminadores existentes, tendo sido uma mais-valia para perceber como é que o sistema de triagem funciona, a importância de explorar a queixa do doente para seguir o fluxograma e estabelecer uma gestão de prioridades adequada. Realizou 1 turno com uma enfermeira com função de gestão de camas, tendo sido importante para perceber a dinâmica de gestão de camas em toda a ULS e como se processa essa gestão com as altas clínicas, de modo a alocar mais agilmente os doentes do SU. Analisou o procedimento interno “Equipa de gestão de altas” e deslocou-se aos serviços com o gestor de camas e colaborou na dinamização das transferências dos utentes do SU para o internamente e na divulgação da informação de utentes com microorganismos epidemiologicamente importantes e respetivo isolamento a adotar. Realizou 3 turnos de gestão de informações com o seu coordenador tendo sido uma mais-valia para desenvolver a competência da comunicação assertiva com os familiares/cuidadores, desenvolver a competência de comunicação de “más notícias” e a gestão de emoções. Familiarizou-se com o programa específico para gestão de informação, existindo apenas neste gabinete. Colaborou com o orientador na gestão de informação aos familiares/cuidadores e desenvolveu a dinâmica da gestão dessa informação e comunicação de más notícias, tendo sido o local de estágio onde decorreu com mais frequência, dado as suas características. O termo “má notícia” é caracterizado por toda e qualquer mensagem notificada ao doente ou aos seus familiares, que tenha impacto no futuro e com sentido negativo (Gesser et al.,2021). A falta de treino e *skills*, é dos principais constrangimentos quando se transmite uma má notícia. A comunicação de más notícias traz impactos emocionalmente fortes aos familiares, podendo desencadear uma crise emocional (Costa, 2024). Os profissionais encaram o morrer como uma incapacidade e os familiares experimentam o sentimento de dor e perda (Costa,2024). No SU para aprimorar esta competência, assistiu a pessoa, família e cuidador a gerir a ansiedade e outras perturbações emocionais decorrentes da situação crítica (Regulamento nº429/2018,2018). Observou o orientador na utilização de uma comunicação em emergência, gerindo a informação ao longo da evolução da situação crítica, como foi um caso de um utente de 49 anos, vítima de AVC hemorrágico que entrou pela VVAVC. Deu entrada em coma e após 3 horas, acabou por falecer. Foi prestada informação à esposa e ao filho ao longo da evolução clínica e no final, foi

feita a comunicação do óbito. Usou o protocolo SPIKES (*S-Setting up, P-Perception, I-Invitation, K-Knowledge, E-Emotions, S-Strategy and Summary*) com o orientador para a comunicação de más notícias (Gesser et al.,2021). O familiar/cuidador era convidado a entrar na sala de gestão de informação e a sentar-se proporcionando-lhe privacidade e conforto. Depois, tentava-se perceber o que sabia da situação e era convidado a entrar no diálogo para saber como queria a informação. De seguida, era referido que não possuía boas notícias e transmitia-se a notícia com delicadeza. Dava-se espaço para ele expressar as suas emoções e por fim, traçavam-se estratégias para enfrentar a notícia tal como o apontado pelos autores (Gesser et al.,2021).

O método de trabalho em enfermagem, é uma das bases do exercício profissional com implicações e reflexo na qualidade e segurança dos cuidados prestados (Ventura et al.,2021). No SU, o método adotado era o funcional por tarefas em que o alvo era a tarefa e não o doente (Ventura et al.,2021). Apesar de haver um aumento na produtividade dos enfermeiros, associado à economia de tempo pois tudo era executado com rapidez, há alguma confusão na atribuição de responsabilidades e atividades, havendo um maior risco de eventos adversos (Ventura et al.,2021). Há valorização do procedimento, uma impessoalidade nas relações entre os enfermeiros levando a uma assistência fragmentada (Ventura et al., 2021). De acordo com o apontado pelos autores, a segurança dos cuidados diminui com este método (Ventura et al., 2021). A OE elaborou o procedimento para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, sendo um instrumento de apoio à gestão, garantindo segurança e qualidade nos cuidados (Regulamento nº743/2019,2019). Devido à sobrelotação diária de doentes, o SU não cumpria o regulamento. Nos 3 locais de estágio para desenvolver esta competência, observou os coordenadores (que eram os seus orientadores) na dinâmica de coordenação e resolução de problemas, analisou a transmissão de informação entre coordenadores e respetivos registos. Colaborou com o orientador na gestão do stock de estupefacientes, de material e da medicação no *ekanban* e colaborou no registo das temperaturas dos higrómetros e realização do teste dos desfibrilhadores dos carros de emergência e da mala de transporte. Analisou o pedido informático do arranjo de material avariado e o pedido de medicação à farmácia e realizou picagem de ambos os stocks (que era igual ao seu local de trabalho). Ainda para desenvolver esta competência no SU, realizou 3 turnos de Coordenação com o seu orientador do SU, que também era coordenador de turno. Em todos os locais de estágio, os coordenadores eram designados pelo enfermeiro gestor do serviço, sendo

atribuída esta função aos enfermeiros que demonstravam perfil e competência para a mesma, de modo que a equipa obtenha melhores resultados. É atribuído a especialistas ou a enfermeiros com mais anos de serviço, considerados peritos pelos gestores com base nestes critérios. Na opinião de Benner (2001), os peritos são aqueles que possuem uma enorme experiência, compreendendo cada situação de maneira intuitiva, apreendem diretamente o problema, mas sem grande leque de soluções e com diagnósticos estéreis, não se apoiando num princípio analítico, ao contrário dos enfermeiros especialistas. A OE recomenda que os Enfermeiros da SE e os Coordenadores de turno sejam especialistas em EMCPSC, pelo que o SU não cumpria, pois, alguns coordenadores não possuíam especialidade, tal como nos restantes serviços (Regulamento nº 743/2019, 2019). A gestão visa uma melhoria contínua da qualidade, ao alcançar a máxima eficiência sem colocar em risco a qualidade dos cuidados. No SMI, realizou um turno de coordenação com a enfermeira gestora de serviço, tendo tido oportunidade de ver a realização do horário da equipa de enfermagem, no *software* de gestão automática de escalas em Hospitais (SISQUAL WFM®). Analisou a gestão dos recursos humanos mediante os recursos disponíveis (conjugando baixas, licenças de parentalidade e maternidade, licença de amamentação, dispensas para formações e estatuto trabalhador-estudante). A gestora do serviço teve presente as dotações seguras para manter a segurança dos cuidados prestados. Examinou a distribuição dos enfermeiros por turno (tendo em conta o número de doentes internados), distribuição de coordenadores de turno e distribuição enfermeiros de apoio à EEMI. A OE defende que a equipa de enfermagem da UCI, seja constituída 50% por especialistas em EMCPSC, em permanência 24 horas, devendo a mesma regra ser assegurada em cada turno (Regulamento nº743/2019,2019). A enfermeira gestora tentou cumprir o regulamento embora nem sempre possível. Assistiu à reunião da equipa médica com a enfermeira gestora, havendo partilha de informação entre as duas equipas, o que considera uma mais-valia na prestação de cuidados com qualidade. Para desenvolver também esta competência, no SMI realizou um turno de coordenação com o coordenador do turno da manhã (que era uma das suas orientadoras) e observou toda a dinâmica de coordenação anteriormente mencionada. A OE recomenda que o ratio enfermeiro/doente seja de 1:1 na UCI pelo que o SMI cumpria parcialmente pois em alguns turnos era de 1:2 (Regulamento nº 743/2019,2019). O método de trabalho adotado no SMI era o individual. O enfermeiro era responsável pelo doente no seu todo, naquele turno, sendo a responsabilidade

dos cuidados apenas de um único enfermeiro, estando de acordo com o apontado pelos autores (Ventura et al.,2021), contribuindo para um ambiente terapêutico seguro e por conseguinte a segurança dos cuidados prestados. No decurso do estágio da UCIC/UHICV houve uma alteração da dinâmica de gestão do serviço, com a aposentação da enfermeira gestora e tomada de posse do novo enfermeiro gestor. Dos 3 locais de estágios, a UCIC/UHICV foi onde houve menos abertura para realizar um turno só de coordenação, dado o gestor estar em integração. No entanto, por ser o último local de estágio, esta competência já tinha sido amplamente desenvolvida no SU e SMI, estando mais desperta para todos os pormenores da dinâmica de coordenação. Os seus orientadores também eram coordenadores de turno, o que facilitou o desenvolvimento da competência, tendo observado e colaborado em toda a dinâmica de coordenação já anteriormente descrita. Tal como no SU e SMI, a UCIC também tem coordenadores especialistas, mas a maioria são generalistas dada a escassez de especialista, não cumprindo o regulamento da OE (Regulamento nº743/2019,2019). Na UHICV a distribuição era feita pelo gestor pois apenas 4 enfermeiros integravam a escala. Os mesmos integravam a escala de prevenção de apoio à VVC. O método de trabalho na UCIC/UHICV tal como na SMI era o individual, sendo um enfermeiro responsável pela prestação de cuidado total ao doente (Ventura et al.,2021).

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A competência e o aperfeiçoamento profissional são parte integrante do Código Deontológico do enfermeiro, no artigo 99º(OE,2015a). É dever do enfermeiro atualizar permanentemente os seus conhecimentos, frequentando ações de qualificação profissional descritas no artigo 100º, do Código Deontológico (OE,2015a). A enfermagem enquanto profissão evoluiu ao longo dos tempos, para responder às progressivas necessidades de cuidados e em diferentes contextos de atuação, assumindo uma complexificação crescente de conhecimentos, práticas e locais de trabalho, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional (Regulamento nº613/2022,2022). É indispensável que o enfermeiro especialista desenvolva aprendizagens profissionais, o que foi potenciado pela componente prática dos estágios. Fez reflexão da prática dos cuidados (*debriefing*) com os orientadores do SU, SMI, UCIC/UHICV, promovendo o crescimento pessoal e profissional. No decorrer dos 3 estágios, procurou situações novas de aprendizagem, fez pesquisa contínua de conhecimentos para fundamentar

a atuação baseada em evidência científica. Pesquisou os protocolos existentes e integrou-se nos sistemas informáticos implementados em cada serviço, permitindo ampliar os seus conhecimentos. No SMI integrou-se no sistema informático BSimple[®] e na UCIC integrou-se no PatientCare[®], sendo uma evolução do anterior. No final do estágio da UCIC, surgiu outro sistema informático na UHICV-CardioBase[®], tendo feito também integração do mesmo. No SU estava implementado o SClínico[®], o qual dominava bem por ser o mesmo do seu local de trabalho. Considera ter adquirido uma nova aprendizagem na sala de emergência, pois elaborou registos segundo a metodologia de abordagem sistematizada ABCDE (A-Airway; B-Breathing; C-Circulation; D-Disability e E-Exposure). Contudo, por ter realizado apenas 2 turnos na SE, não teve muita oportunidade de explorar esta metodologia de registos, pelo que foi desenvolvida no SMI e UCIC, nos respetivos sistemas informáticos (BSimple[®] e PatientCare[®]). Fez *debriefings* frequentes com os orientadores sobre esses registos, o que contribuiu para evoluir na realização dos mesmos. Ao longo da prática clínica, desenvolveu as técnicas de comunicação assertiva e a metodologia usada na transmissão de más notícias (protocolo SPIKES) e participou na transmissão de informação usando o instrumento (ISBAR) já descritas. No SU, participou nas seguintes formações intra-hospitalar e extra-hospitalar: Abordagem da via área no contexto de trauma, Sessão de Literacia em Cuidados Paliativos, Medicina Transfusional, Webinar-Transporte do doente Crítico. No SU também participou em 3 formações no serviço: Cateterização vesical- Fixação de cateter vesical, Apresentação do protocolo terapêutico após triagem, Cuidados de enfermagem à pessoa com distúrbios eletrolíticos. Realizou 1 ação de formação no SU no dia 18/7/2024 sobre -Cuidados de Enfermagem a doentes com TCE, com planeamento da sessão e em *PowerPoint*. Elaborou 1 Poster sobre -Cuidados de enfermagem a doentes com TCE .No SMI participou em 2 formações no serviço: “Cuidados de enfermagem ao doente com ostomias” e “Monitorização *Sedline*” e participou nas seguintes formações extra-hospitalar: “Webinar Prevenção e controle de infeção: da formação à inovação”, Jornadas de Enfermagem Médico-cirúrgica Queimadura-Presente e futuro: uma cicatriz de dor, uma marca de resiliência, “Webinar Prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos” . Realizou uma ação de formação no SMI , no dia 7/11/2024 sobre “Cuidados de enfermagem à PSC com imobilizações”. Na UCIC participou na formação intra-hospitalar: “1º Fórum do PPCIRA da ULS da Região de Leiria “e a nível extra-hospitalar participou nas seguintes formações: “Workshop

Online-Competência e Humanização- Desafios à intervenção de enfermagem em Cuidados Intensivos/Projeto InfFUCI” e no “Webinar capacitar para o (improvável) gestão dos recursos em emergência médica e catástrofe. Todas estas formações contribuíram para aumentar os conhecimentos sobre as diversas temáticas. A melhoria constante da qualidade dos cuidados prestados, deve ser a meta diária de cada enfermeiro (Pereira, 2022). A partilha de saberes entre os pares e o hábito de pesquisa de literatura para o aperfeiçoamento contínuo da prática, torna-se um desafio e uma necessidade para a manutenção e aquisição de novas competências e para uma tomada de decisão fundamentada (Pereira,2022). Toda a conduta ao longo dos estágios, está de acordo com o apontado pelo autor.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÀREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMCPSC são 3: cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento nº 429/2018,2018). Foi nesta conjuntura que se desenvolveram as competências específicas a seguir descritas e analisadas de uma forma crítico-reflexiva.

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

Os cuidados de EPSC, são altamente qualificados e prestados de uma forma contínua, respondendo às necessidades afetadas para manter funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades tendo em vista a recuperação total (Regulamento nº 429/2018,2018). A PSC tem a sua vida ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e a sua sobrevivência inevitavelmente depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento nº429/2018, 2018). A PSC vivencia um processo de transição do tipo saúde-doença, que é dinâmico e temporário e surge devido a uma mudança no seu estado de saúde/doença, com origem súbita ou por agravamento de

doença crónica pelo que neste contexto, enquadra-se a Teoria de Transição de Meleis (Meleis, 2010). O enfermeiro identifica essas mudanças e/ou perdas e implementa intervenções terapêuticas dirigidas à PSC (Meleis,2010). Nos 3 estágios, prestou cuidados a pessoas em situação crítica e/ou falência orgânica e colaborou na prestação de cuidados diferenciados como: colocação de cateteres centrais, entubação endotraqueal e colocação de linha arterial e refletiu sobre a importância da prevenção de infeção em contexto de urgência. O especialista EMSPSC mobiliza conhecimentos e habilidades na identificação de intervenções especializadas, implementa um plano de intervenções ajustado às necessidades da pessoa/família, promovendo segurança e qualidade nos cuidados prestados (Regulamento nº429/2018,2018). A OE preconiza que na SE, estejam especialistas EMCPCSC pela capacidade crítico-reflexiva desenvolvida (Regulamento nº743/2019,2019). Na SE, uns tinham especialidade de EMCPCSC, outros eram generalistas, não cumprindo o regulamento (Regulamento nº743/2019,2019). A OE definiu o ato do enfermeiro e refere que existem intervenções autónomas e intervenções interdependentes (Regulamento nº 613/2022,2022). Para desenvolver esta competência no SU, identificou focos de instabilidade e agiu de uma forma antecipada. Cuidou de pessoas vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Síndrome Coronária Aguda (SCA) admitidas pelas 2 Vias Verdes implementadas (VVAVC e VVC) e cuidou de doentes com outras patologias. Acompanhou a PSC para realizar uma Tomografia Axial Computorizada (TAC) e o transporte do doente crítico intra-hospitalar foi feito pelo enfermeiro, médico e assistente operacional. Para aprofundar conhecimentos nesta área, no dia 9/7/2024 participou na formação realizada pela OE “Webinar- Transporte do doente crítico”. No SU prestou cuidados a doentes vítimas de trauma e refletiu com o seu orientador e alguns enfermeiros especialistas sobre a inexistência da via verde do trauma (VVT) como existe em algumas unidades hospitalares a nível Nacional. Consultou a Norma da DGS nº012/2022 (DGS,2022d). Sendo um SUMC tinha critérios para ser implementada, contudo o Conselho de Administração teria de disponibilizar recursos médicos e enfermeiros com formação avançada em trauma e SAV. Segundo dados da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR), o distrito onde está inserido este SU, registou uma elevada sinistralidade em 2024 e em anos anteriores, o que seria benéfico para a população a existência da VVT (ANSR, 2024). Para aprofundar conhecimentos nesta área, assistiu a uma formação realizada no SU, no dia 18/6/2024 sobre “Abordagem da via aérea em contexto de trauma”. Reviu

algoritmos do Suporte Básico de Vida (SBV) e SAV. Em todos os serviços manuseou com os orientadores equipamentos específicos (como desfibriladores e malas de transporte). Colaborou na administração de protocolos terapêuticos complexos e específicos dos serviços e consultou esses protocolos. Monitorizou a dor (com escala adequada) e geriu a analgesia prescrita promovendo alívio e conforto. Observou a comunicação assertiva na SE entre médicos e enfermeiros com a técnica ISBAR. Geriu a comunicação interpessoal, sentimentos e emoções perante a transmissão de más notícias. Em todos os serviços estabeleceu uma relação terapêutica com o doente/familiar/cuidador, desenvolvendo desta forma esta competência. Na SE, SMI e UCIC refletiu sobre a importância do *debriefing* regular com os orientadores sobre a abordagem ABCDE e a elaboração dos registos de acordo com os sistemas (neurológico, respiratório, cardíaco, digestivo, eliminação, tegumentos e notas gerais), pelo que no SMI integrou-se no sistema informático BSimple e na UCIC no PatientCare. No SMI para desenvolver esta competência, identificou focos de instabilidade e risco de falência orgânica. Contudo, no início do estágio sentiu alguma dificuldade em agir em tempo útil e estabelecer prioridades e antecipação dessa instabilidade, por desconhecer os protocolos terapêuticos existentes e pela inexperiência com doentes ventilados, tendo evoluído positivamente. Neste serviço específico, devido à multiplicidade de doentes críticos, manuseou diversos equipamentos que desconhecia o seu funcionamento (como ventiladores, aparelho de técnica dialítica, oxigenoterapia de alto fluxo, ventilação não invasiva, linhas arteriais, cateteres centrais, bombas e seringas infusoras, entre outros). Confrontou-se com inúmeras situações de alta complexidade, por vezes imprevisíveis, exigindo intervenções organizadas e baseadas em conhecimentos e habilidades. O SMI era uma área complexa e um desafio constante e para contornar a situação, fez pesquisa contínua baseada em evidência científica, pesquisou protocolos terapêuticos existentes e recorreu a reflexões de condutas com os orientadores, de modo a planear cuidados diferenciados à PSC, tal como fez no SU e UCIC. Após as pesquisas, sentiu-se mais confiante na tomada de decisões e mais autónoma. No SMI identificou e aplicou intervenções autónomas (como por exemplo aspiração de secreções no TET, manuseamento dos ventiladores, administração de insulina segundo os protocolos, administração de potássio segundo protocolo, de acordo com a caliemia). Ainda no SMI efetuou intervenções interdependentes (como a gestão da dosagem de sedação, analgesia contínua, curarização, alteração do modo ventilatório conforme indicação clínica,

entre outras). O SMI exige uma boa gestão de prioridades e tomada de decisão imediata. Esta capacidade, só é alcançada com experiência, pelo que o estágio assume um papel importante no desenvolvimento dessas competências e o orientador preenche as lacunas experienciais do estudante (Benner,2001). Realizou vigilância hemodinâmica e administrou terapêutica de acordo com as situações. Prestou cuidados a doentes ventilados e pesquisou literatura sobre a prótese ventilatória e os parâmetros a analisar no ventilador (modo ventilatório, PEEP, FiO2). No SMI realizou 2 transportes de doentes críticos ventilados intra-hospitalar, para realizar TAC e uma Ressonância Magnética Nuclear (RMN). Refletiu com o orientador sobre o transporte intra-hospitalar de doentes ventilados, dado poderem ocorrer eventos adversos pela sua instabilidade hemodinâmica, sendo importante haver um **Team Leader**. Pesquisou um estudo de revisão sistemática que aponta a existência de efeitos adversos durante o transporte intra-hospitalar que resultam da hemodinâmica instável, necessidade de vários dispositivos como o ventilador e a falta de comunicação entre profissionais (Murata et al.,2022). Este estudo, complementa a importância do **Team Leader** na segurança no transporte. Monitorizou o Sensor de BIS nos doentes sedados, monitorizou a dor com a escala adequada (nos doentes ventilados usou a BPS) e geriu a analgesia prescrita. Administrou terapêutica de suporte cardiovascular, alimentação parentérica, aspirou secreções no TET. Prestou cuidados a um doente em morte cerebral e pesquisou o protocolo de atuação perante possível /potencial dador de órgãos, as colheitas a efetuar para estudo de histocompatibilidade, o procedimento de Provas de Morte Cerebral, as instruções de colheita de órgãos e tecidos para transplantação. Foi ao bloco ver a colheita de órgãos desse dador, tendo-lhe sido colhidos vários órgãos: córnea, pulmões, coração, rins, fígado e parte do pâncreas. Foi uma experiência emocionante e inesquecível. Colocou um doente ventilado em decúbito ventral e fez pesquisa de um artigo científico sobre "*Prone position in mechanically ventilated patients*" e compreendeu a importância de um **Team Leader** (Papazian et al.,2022). Na UCIC, também manuseou diversos equipamentos que já conhecia do estágio anterior, o que facilitou a sua integração. Sentiu-se mais confiante na tomada de decisões imediatas, estabeleceu prioridades mais autonomamente, fruto da experiência adquirida nos estágios anteriores, o que está de acordo com o defendido por Benner (Benner,2001). Executou intervenções autónomas como por exemplo: desinsuflação/remoção da **TRband** após os cateterismos cardíacos. Também preparou doentes para realizar cateterismos cardíacos e colaborou na

realização do mesmo, assim como na colocação de pacemaker e de desfibriladores implantáveis. Realizou intervenções interdependentes como por exemplo: a gestão de potássio, realização de gasometrias pela linha arterial, entre outras. Prestou cuidados apenas a uma doente ventilada, sentindo-se mais autónoma por ter desenvolvido esta competência com doentes ventilados, no SMI. A doente desencadeou um AVC isquémico durante a realização do cateterismo cardíaco, na sala de hemodinâmica. Foi entubada, ventilada e internada na UCIC. De acordo com um estudo espanhol apontado pelos autores (Martín-Aguilar et al.,2022), o AVC isquémico é a complicação mais comum no cateterismo cardíaco. Inicialmente é menos grave e apresenta-se frequentemente como Acidente Isquémico Transitório (AIT) e menos frequentemente como oclusão da artéria proximal. A maioria não são tratados com reperfusão, sendo a trombectomia mecânica de eleição, como foi este caso clínico, o que corrobora com o apontado pelos autores. Na UCIC efetuou um transporte inter-hospitalar para um hospital da ULS de Coimbra. Tinha 35 anos, grávida de 27 semanas, segunda gestação e com antecedentes de doença de Gaucher. Entrou pela VVC, com um quadro de dor torácica com irradiação para o braço esquerdo com suspeita de Disseção Espontânea da Artéria Coronária (DEAC). O doseamento das enzimas cardíacas e a eletrocardiograma não foram conclusivos, necessitando de fazer angiografia coronária de urgência para diagnóstico/ tratamento. Por estar grávida e o exame necessitar de produto de contraste, os cardiologistas entenderam não reunir condições, tendo sido transferida para a UCIC da ULS de Coimbra, para eventual realização do parto. Pesquisou um estudo que afirma que a DEAC é rara e está associada à gravidez e tem uma alta taxa de morbimortalidade e com várias opções de tratamento, desde a Intervenção Percutânea Coronária (IPC), à cirurgia de revascularização (Souza et al.,2024). No caso clínico do artigo, os autores esclarecem que foi feita revascularização do miocárdio com cesariana de emergência, o que ía de encontro ao defendido pelos cardiologistas do serviço. Durante o transporte, geriu a comunicação com a doente que se encontrava chorosa e ansiosa, usando estratégias para lhe reduzir a ansiedade e o medo, segurando-lhe a mão e acalmando-a. Numa relação de ajuda, além da escuta ativa, o toque, o olhar e o silêncio são importantes, quando utilizados no momento oportuno, pelo que o toque tem um valor terapêutico e raramente deixa indiferente a pessoa que necessita de ajuda (Phaneuf,2005). Na UCIC/UCIC prestou cuidados a doentes submetidos a cardioversão elétrica eletiva e consultou o protocolo do serviço e agiu segundo o mesmo.

Prestou cuidados também a um doente submetido a uma cardioversão elétrica de urgência tendo estabelecido prioridades na prestação de cuidados aos doentes, detetou o foco de instabilidade e agiu com a equipa atempadamente. Considera ter sido muito importante a realização destes estágios para o seu crescimento e desenvolvimento de competências, nomeadamente cuidar de pessoas a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

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

Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), uma emergência, exceção ou catástrofe surge de forma inesperada e com implicação direta na prestação de cuidados, originando um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis (INEM,2012). Torna-se imprescindível um instrumento de suporte, com orientações a adotar perante um cenário de multivítimas. A DGS na Orientação nº007/2010, recomenda que todas as unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) elaborem um Plano de Emergência Externo (PEE) (DGS,2010).É um instrumento com regras e normas de atuação, garantindo uma atuação eficaz num cenário de multivítimas de forma a reduzir a mortalidade e morbilidade. O enfermeiro especialista em EMCPSC tem o dever de difundir na equipa, o PEE da instituição, garantindo treino/exercício de ativação periódico através de formação e simulacros (Regulamento nº 429/2018,2018). Tal como foi referido anteriormente, o estágio do SU, SMI e UCIC/UHICV decorreu na mesma instituição, a qual possui um PEE, denominado plano de catástrofe, cumprindo a orientação da DGS (DGS,2010). Foi a competência mais difícil de desenvolver nos 3 locais de estágio, por não ter prestado cuidados a vítimas de catástrofe. No entanto, no SU considera ter prestados cuidados a vítimas de emergência e exceção como foi o caso de um turno que fez na emergência em que entraram 3 emergências em simultâneo (um grande queimado, um doente com AVC entrado pela VVAVC e um politraumatizado vítima de acidente de viação). Estabeleceu prioridades com o orientador e o enfermeiro escalado na SE e colaborou com os mesmos na prestação de cuidados. O enfermeiro escalado nos verdes 2 também deu apoio, pois houve necessidade de reajustar os elementos da equipa naquele momento. No decorrer dos 3 estágios , não teve oportunidade de assistir a nenhum simulacro. Para desenvolver esta competência no SU, consultou e analisou o Plano de

Catástrofe da instituição (CHL,2017b) e observou e manuseou os Kits de catástrofe com o orientador, preparados para serem usados desde a triagem, à admissão, até à identificação final e definitiva dos envolvidos no cenário multivítimas. Consultou o Algoritmo de Triagem-*Simple Triage And Rapid Treatment (START)*, usado nos Incidentes com Múltiplas Vítimas (IMV). Não teve oportunidade de prestar cuidados a vítimas de violência e agressão sexual mas refletiu com o orientador sobre as vítimas de exceção, consultou o protocolo de vítimas de abuso sexual da instituição (CHL,2017c), norma de colheita de vestígios, procedimentos para despiste e colheita de psicotrópicos e alcoolémia e impresso da cadeia de Custódia para transporte de amostra. Pesquisou se algum enfermeiro possuía formação em enfermagem Forense e não possuía. Desta forma, familiarizou-se com a parte legal e os protocolos. No SMI considera ter prestado cuidados a vítimas de emergência como foi o caso de uma situação em que a orientadora esteve escalada para dar apoio à Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI). Colaborou com a orientadora e a EEMI quando foi acionada, deslocando-se ao serviço que a solicitou. Houve necessidade de reajustar a equipa de enfermagem para prestar cuidados aos doentes que lhe estavam distribuídos até regressarem. No SMI considera ter prestado cuidados a vítimas de exceção, como foi o caso de um doente com flutter auricular, em que foi feita uma cardioversão elétrica de urgência pela equipa médica e de enfermagem. Houve reajuste da equipa de enfermagem para vigilância dos restantes doentes, estabelecendo-se prioridades de atuação. No SMI e UCIC, consultou novamente o PEE e constatou que não existia nenhuma carta de atuação em nenhum destes serviços. Para desenvolver esta competência, refletiu e discutiu com um orientador de cada serviço, sobre a inexistência da carta de atuação (como existe nos outros serviços de internamento da instituição). Sugeriu a reestruturação do plano e a elaboração da carta para cada um dos serviços referidos. Refletiu e discutiu com os mesmos orientadores, sobre a necessidade de formação para divulgar o PEE, a necessidade de simulacros para garantir treino/exercício e refletiu sobre o plano de evacuação de cada serviço. Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a UCI destina-se à observação e tratamento de doentes em situação crítica com patologias médicas e cirúrgicas (ACSS,2024). A UCI deve ter proximidade com o serviço de urgência, radiologia, bloco, unidade de cuidados de cuidados pós-anestésicos (UCPA) e unidade de cuidados intermédios (ACSS,2024). O SMI e a UCIC, situavam-se ambos no Piso 5, contrariando as recomendações da ACSS, comprometendo uma segura e eficaz

evacuação de doentes (por exemplo num incêndio), pela sua dependência dos elevadores. Na UCIC/UHICV para desenvolver esta competência, participou no dia 20/12/2024 na formação : “Webinar capacitar para o (improvável) gestão dos recursos em emergência médica e catástrofe”, tendo aprofundado conhecimentos nesta temática. Na UCIC, considera ter prestado cuidados a vítimas de emergência/exceção como foi o caso de uma doente que sofreu um AVC isquémico pós-cateterismo na UHICV e foi para a UCIC, estabeleceram-se prioridades, como foi relatado anteriormente. Outra exceção na UCIC, foi um doente com uma fibrilhação auricular, em que foi feita a cardioversão elétrica de urgência, pelo que foi feito reajuste da equipa estabelecendo-se prioridades de atuação.

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

As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da Resistência dos Microorganismos aos Antimicrobianos (RAM), constituem um grave problema de saúde pública com impacto na morbilidade, mortalidade e consumo de recursos hospitalares onerosos (Nogueira,2022). É enorme o risco de infeção associado à complexidade dos cuidados prestados à PSC e/ou falência orgânica para a manutenção da sua vida, com recurso a medidas invasivas de diagnóstico e terapêutica (Regulamento nº429/2018,2018). Nesta perspetiva, a segurança do doente está ligada à prevenção e controle da infeção e resistência antimicrobiana da PSC e/ou falência orgânica (Regulamento nº429/2018,2018). A DGS criou o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) para reduzir a prevalência das IACS e promover o uso adequado de antimicrobianos (DGS,2017b). Engloba 4 feixes de intervenções e Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI)(DGS,2017b). A instituição onde decorreram os 3 estágios, aderiu ao programa, possuindo a PPCIRA com Elos dinamizadores da infeção em cada serviço. Detém uma política que visa a prevenção e controle da infeção e emana condutas para serem seguidas e realiza auditorias aos serviços. A conduta adotada ao longo da prática clínica, foi no sentido de maximizar a intervenção na prevenção e controle de infeção e de resistência aos antimicrobianos nos cuidados à PSC e/ou falência orgânica (Regulamento nº 429/2018, 2018). Por exercer funções na mesma instituição onde decorreram os estágios, foi uma mais-valia

por já conhecer a política de prevenção e controlo da infeção. A DGS **refere** que o enfermeiro é o profissional com maior relevo na elaboração e implementação de medidas que favorecem a recuperação do doente e prevenção de riscos inerentes aos procedimentos (DGS, 2022a). Para desenvolver esta competência, observou se os serviços aderiam às Precauções Básicas de Controle e Infeção (PBCIs), como consta na Norma da DGS nº 029/2012 (atualizada a 31/10/2013) (DGS,2013b). No SU, verificou que existia equipamento de proteção individual (EPIs) e SABA em locais estratégicos, mas nem sempre em quantidades adequadas, o que podia comprometer a aplicação das PBCIs. A sobrelotação contínua das áreas, a escassez de recursos humanos/materiais e a mobilização contínua dos doentes, constituíram também um obstáculo à aplicação das PBCIs, nomeadamente a descontaminação de equipamento clínico, higienização das mãos nos 5 momentos e cumprimento dos isolamentos. Para contornar a situação, aplicou as PBCIs, mas constatou que havia profissionais que nem sempre o faziam, devido ao excesso de tarefas para realizar, resultante da sobrelotação de doentes e escassez de material. Alguns profissionais também usavam adornos e unhas de gel, pelo que o SU não cumpria a norma (DGS,2013b). O conhecimento do enfermeiro sobre as precauções e isolamentos, pode ser considerado uma preocupação na segurança do doente e interferir na qualidade da assistência prestada e resultar em danos para o doente e/ ou colaborador (Rodrigues & Da Silva,2021). No SMI e UCI existiam EPIS em locais estratégicos e em quantidades suficientes, o que facilitou a aplicação das PBCIs, dado não haver sobrelotação de doentes, sendo uma preocupação constante de todos os profissionais, cumprindo a norma (DGS,2013b). Nos 3 serviços, higienizou as mãos com SABA nos 5 momentos, tal como preconiza a Norma da DGS nº 007/2019 (DGS,2019). Observou que todos os serviços possuíam lavatórios com sensores estando de acordo com o preconizado. Relativamente ao isolamento de doentes, no SU refletiu com o orientador sobre as dificuldades em colocar doentes em isolamento nas áreas sobrelotadas. Alocou os doentes com microorganismos epidemiologicamente importantes, em boxes isoladas (com ajuda do orientador). Puxou as cortinas, colocou máscara cirúrgica nos doentes em isolamento de via aérea e gotícula e usou racionalmente os EPIs, consoante o tipo de isolamento (contacto, via aérea e gotícula). No SU, apenas existia 1 quarto de isolamento da via aérea, localizado na área laranja, o qual estava quase sempre ocupado. No SMI e UCIC, o isolamento dos doentes foi sempre uma constante preocupação quer da equipa de enfermagem, quer da equipa médica, cumprindo a norma

(DGS,2013b). O SMI possui 4 quartos de isolamento (3 com pressão positiva e negativa e 1 com pressão negativa), cumprindo os isolamentos. Para além destes quartos, todas as boxes tinham cortinas. Na UCIC não existia nenhum quarto de isolamento, apenas boxes com cortinas. Em todos os serviços puxou as cortinas, forneceu EPIS aos doentes e familiares e fez ensino sobre o uso dos mesmos e sobre a importância de desinfetar sempre as mãos antes e após o contacto do doente, para diminuir o risco de infeção. Nos 3 locais de estágio, usou a sinalética na pulseira de identificação do doente (pinta vermelha) e na cama. O SMI para além desta sinalética, tinha uma específica do serviço (cartão com cores pendurado no suporte de soros em que cada cor, identificava o microorganismo detetado). Usou os EPIS de acordo com o isolamento (contacto, via aérea e gotícula). Mudou o fardamento diariamente e após prestação de cuidados a doentes em isolamento. Constatou que no SMI e UCIC, cada unidade do doente, possuía um carro com todo o material para a prestação de cuidados e exclusivamente para aquele doente. Após a alta, era descartado ou descontaminado evitando infeção cruzada e verificou que os sacos do lixo estavam fechados. Estes 2 serviços cumpriam na integra os 4 feixes de intervenções da DGS e cumpriam as regras de limpeza das áreas críticas e não críticas. O hospital é um ambiente favorável para a disseminação de microrganismos, e o doente internado é um hospedeiro suscetível, pelo que a higienização hospitalar deve ser realizada de forma adequada (Barros et al.,2022). Ainda para desenvolver a competência, nos 3 locais de estágio preparou a medicação numa bancada limpa e específica para o efeito. Imprimiu as etiquetas da medicação para colocar nas diluições e confirmou com a pulseira de identificação antes de administrar. Desinfetou os cateteres obturados com solução alcoólica, usou a técnica assética cirúrgica nos procedimentos invasivos (colocação de cateter central e linha arterial, realização de pensos, entre outros). Verificou que no SMI e UCIC, à entrada era feito o rastreio bacteriológico para pesquisa de *Enterobacterales* Produtores de *Carbapenemases* (EPC) e pesquisa de *Staphylococcus Aureus* Meticilina Resistente (SAMR) de modo a detetar precocemente bactérias multirresistentes e proceder precocemente ao isolamento. No SU apenas era efetuado a alguns doentes, dada a sobrelotação do serviço. Realizou uma pesquisa de um estudo australiano que revela que a higiene bucal por turno nos pacientes intubados, reduz a colonização bacteriana da orofaringe e diminui o desenvolvimento da pneumonia associada à ventilação mecânica (Harmon & Grech, 2020). No SMI efetuou a higiene oral (3 vezes ao dia) aos doentes com intubação

endotraqueal, com uma pasta de gluconato de clorohexidina 0,2% cumprindo a Norma da DGS nº021/2015 (atualizada em 2022) para prevenir pneumonias associadas ao TET (DGS,2022b), o que corrobora com o apontado pelos autores. Elevou a cabeceira da cama a 30 ° e fez a monitorização (no turno da manhã) da pressão do *cuff*, situando-a entre os 20-30 cmH20 como forma de prevenção da pneumonia associada ao TET, cumprindo a norma supracitada e estando de acordo com um estudo japonês sobre o pacote de cuidados profiláticos na prevenção da pneumonia associada ao TET (Hoang et al.,2024). Os autores defendem que deve ser feito 4 vezes ao dia, contudo no SMI era feito apenas uma vez dia, no turno da manhã, após os cuidados de higiene. Na UCIC refletiu com o orientador e enfermeiro gestor do serviço, acerca da tricotomia se realizar com giletes na preparação dos cateterismos cardíacos e colocação de pacemaker. Fundamentou com a Norma da DGS nº020/2015 (atualizada em 2022) e no turno seguinte, já havia uma máquina de tricotomia com lâmina descartável, de uso único (DGS, 2022a). Desta forma, contribuiu para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados e prevenção de infeção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações técnicas para a sala de emergência RT14/2019* (Edição UIE/DRS/ACSS). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos RT 13/2019 V.2024*. Ministério da Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Revista Referência*, 6, 54-59. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2076&id_revista=5&id_edicao=21
- Barros, E. de J. S., Baptista, S. S. G., Passos, A. de S., Araújo, J. O. de, Lima, M. F. de, Vale, R. L. T. do Braga, K. K. L., Magalhães, R. O., & Carmo, T. G. do. (2022). A importância da limpeza hospitalar para a prevenção e controle das infeções relacionadas à assistência à saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(8), e9643. <https://doi.org/10.25248/reas.e9643.2022>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Quarteto Editora.
- Bibliotecas Serviços de Documentação do Politécnico de Leiria. (2023). *Guia para a elaboração de citações e referências bibliográficas NORMAS APA Versão 1.01 (7ª ed.)*. https://www.ipleiria.pt/sdoc/wp-content/uploads/sites/10/2024/03/Guia_APA_7Ed_06MAR2024.pdf
- Centro Hospitalar de Leiria. (2017a). *Um coração para a vida, uma vida pelo coração Programa de reabilitação cardíaca*. https://www.chleiria.pt/galeria/files/folheto_reab_cardiaca_FINAL.pdf
- Centro Hospitalar de Leiria. (2017b). *Plano de Emergência Externo (Catástrofe)*. Nº1 de 2017-04-06. (PLN.CHL.074.00)
- Centro Hospitalar de Leiria. (2017c). *Protocolo de Abuso Sexual*. Nº2 de 2017-02-09. (PLN.CHL.074.00)
- Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Saúde Leiria. (2018). *Guia de elaboração de trabalhos académicos*. <https://www.ipleiria.pt/esslei/wp-content/uploads/sites/28/2015/03/Guia-de-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-trabalhos-acad%C3%A9micos-ESSLei-2018.pdf>
- Costa, L.H.S. (2024). A importância e o morrer no contexto hospitalar: a importância do acompanhamento psicológico aos pacientes e familiares. *Revista Cédigma*, 2(3). <https://doi.org/10.5281/zenodo.13152581>
- Despacho nº10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: II Série, nº 153. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho nº13427/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II Série, nº 228. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13427-2015-71066231>
- Despacho nº 8597/2017 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2017). Diário da República: II série, nº 189/2017. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/8597-2017-108234779>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientação da Direção-Geral da Saúde nº 007/2010 de 06-10-2010. Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Precauções Básicas de Controle de Infecção Norma nº029/2012 (atualizada a 31/10/2013)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Norma nº 015/2013 atualizada a 04/11/2015*. <http://www.aenfermagemasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/11/Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Comunicação eficaz na transição de cuidados Norma nº001/2017*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos* (pp.5-8). https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata Norma nº002/2018*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediate.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Higiene das mãos em unidades de Saúde Norma nº 007/2019*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022a). *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico Norma nº020/2015 atualizada a 17/11/2022*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022b). *“Feixe de intervenções” para a Prevenção da pneumonia associada à ventilação Norma nº021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 17/11/2022*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prevpneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022c). *Pano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 Documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes*. <https://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022d). *Via Verde do Trauma no Adulto Norma nº 012/2022*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf
- Gesser, A.M., Santos, M.S., & Gambetta, M.V. (2021). Spikes:um protocolo para a comunicação de más notícias. *Brazilian Journal of Development*, 11(1),10334-103345. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-111>
- Harmon, J., & Grech, C. (2020). Technical and contextual barriers to oral care: new insights from intensive care unit nurses and healthcare professionals. *Australian critical care: official journal of the Australian Confederation of Intensive Care Nurses*, 33 (1), 62-64. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.06.001>
- Hoang, H. M., Dao, C. X., Huy Ngo, H., Okamoto, T., Matsubara, C., Do, S. N., Bui, G. T., Bui, H. Q., Duong, N. T., Nguyen, N. T., Vuong, T. X., Van Vu, K., Phạm, T. T., & Van Bui, C. (2024). Effectiveness of adherence to ventilator-associated pneumonia care package: a 24-month longitudinal study at Bach Mai Hospital, Vietnam. *SAGE Open Medicine*, 12, 20503121231223467. <https://doi.org/10.1177/20503121231223467>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de Exceção Manual TAS Versão 3.0* (1ª ed.). <http://bvabrantes.pt/WebResources/SitePages/forma/manuaisInem/manualSE.pdf>
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Martín-Aguilar, L., Paré-Curell, M., Dorado, L., Pérez de la Ossa-Herrero, N., Ramos-Pachón, A., López-Cancio, E., Fernández-Nofrerias, E., Rodríguez-Leor, O., Castaño, C., Remollo, S., Puyalto, P., Cuadras, P., Millán, M., Dávalos, A., & Hernández-Pérez, M. (2022). AVC isquémico como complicação do cateterismo cardíaco. Características clínicas e radiológicas, progressão e implicações terapêuticas. Ictus isquémico como

- complicación del cateterismo cardíaco. Características clínicas, radiológicas y evolutivas e implicaciones terapéuticas. *Neurologia*, 37(3), 184–191. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.12.012>
- Mayumi, Y. (2022, Setembro 23). *Quais são os princípios básicos da bioética e como são usados?*. AfyaiClinic. <https://blog.iclinic.com.br/principios-da-bioetica/>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. SpringerPublishingCompany. <https://taskurun.wordpress.com/wpcontent/uploads/2011/10/transitions theory middle range and situation specific theories in nursing research and practice.pdf>
- Monteiro, S., Timóteo, A.T., Caeiro, D., Silva, M., Tralhão, A., Guerreiro, C., Silva, D., Aguiar, C., Santos, J., Monteiro, P., Gil, V., Morais, J. (2020). Cuidados Intensivos Cardíacos em Portugal: projetar a mudança: *revista portuguesa de cardiologia*, 39 (7), 401-406. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2020.04.007>
- Murata, M., Nakagawa, N., Kawasaki, T., Yasuo, S., Yoshida, T., Ando, K., Okamori, S., & Okada, Y. (2022) Adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Emergency Medicine*, 52, 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.11.021>
- Nogueira, J.P.G. (2022). *IACS: Efetividade da Estratégica Nacional de Prevenção e Controlo* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina Universidade de Coimbra]. Estudo Geral. <https://estudogeral.uc.pt/retrieve/247711/Tese%20MIM%20%20Jo%20C3%A3o%20Gon%20C3%A7alves%20Nogueira.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem enquadramento conceptual enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). REPE Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto REPE 29102015 VF site.pdf>
- Papazian, L., Munshi, L., & Guérin, C. (2022). Prone position in mechanically ventilated patients. *Intensive Care Med*, 48(8), 1062–1065. <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06731-z>
- Pereira, M. C. Q. V. (2022). Pesquisa científica e sua importância na formação profissional de enfermagem. *Revista Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, 5-5. <https://revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/980/979>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Regulamento nº 124/2011 da Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diário da República: II Série, nº 35/2011. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/124-2011-3477013>
- Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, nº 135/2018. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, nº 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº 743 /2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, nº 184/2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Regulamento nº 613/2022 da Ordem dos Enfermeiros. (2022). Diário da República: II Série, nº 131/2022. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>

Rodrigues, A.K.V., & Da Silva.V.A.(2021). Conhecimento do enfermeiro sobre precauções universais em isolamento e o impacto na segurança do paciente. *Revista Saúde Dinâmica*, 3 (2). <file:///C:/Users/patri/Downloads/85-Texto%20do%20artigo-321-1-10-20211002.pdf>

Santos, R.J.G. (2022). *Promoção da Privacidade do doente no serviço de Urgência durante a Pandemia Covid 19* [Dissertação de mestrado, Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro]. Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/87354/1/Ricardo%20Jorge%20Goncalves%20dos%20Santos.pdf>

Souza, H., dos Santos, M. V., Pina, G. K., Alves, L. J. S. R., Souza, B. E., & Corso, R. B. (2024). Dissecção espontânea de coronária em gestante: relato de caso. *Revista Ciências Da Saúde Ceuma*, 2(2), 62–73. <https://doi.org/10.61695/rcs.v2i2.44>

Ventura, J.M.A., Martins, M.M.F.P.S., Trindade, L.L., Ribeiro, O.M.P.L., & Cardoso, M.F.P.T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scopin review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>

Vieira, F., & Bastos, C. (2023). Contextualização da infeção do local cirúrgico. <https://doi.org/10.48684/NG9Z-X279>

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Autoperceção dos enfermeiros quanto à frequência da realização de intervenções de prevenção de infeção do local cirúrgico

Nurses' self-perception of the frequency of surgical site infection prevention interventions

Autopercepción del personal de enfermería sobre la frecuencia de las intervenciones de prevención de la infección del sitio quirúrgico

Resumo

Enquadramento: A infeção do local cirúrgico é evitável e associada à prestação de cuidados.

Objetivos: Este estudo descritivo teve como principais objetivos avaliar a autoperceção e conhecimentos dos enfermeiros quanto à frequência da realização de intervenções de prevenção de Infeção do Local Cirúrgico.

Metodologia: Estudo realizado numa amostra com 37 enfermeiros que responderam a um questionário constituído por dados sociodemográficos, académicos, profissionais, autoperceção e conhecimentos dos enfermeiros quanto à frequência da realização de intervenções de prevenção de Infeção do Local Cirúrgico, questões baseadas no feixe de intervenção da DGS. Teve parecer favorável da Comissão de Ética.

Resultados: A maioria dos participantes conhece a *bundle*, possui formação sobre prevenção de infeção do local cirúrgico e quase metade refere não existir vigilância epidemiológica. Pouco mais de metade, higieniza sempre as mãos antes e após a realização do penso e oferece sempre aos doentes /cuidadores ensinamentos na alta sobre vigiar os sinais de infeção.

Conclusão: Há necessidade de melhorar as intervenções dos enfermeiros relativamente à prevenção da Infeção no local cirúrgico.

Palavras-chave: Infeção da ferida cirúrgica, prevenção e controle, pacotes de atendimento ao paciente, enfermagem

Abstract

Background: Surgical site infection is preventable and associated with caregiving.

Objectives: The main objectives of this descriptive study were to evaluate the self-perception and knowledge of nurses regarding the frequency of interventions to prevent Surgical Site Infection.

Methodology: Study carried out in a sample of 37 nurses who answered a questionnaire consisting of sociodemographic, academic, professional data, self-perception and knowledge of nurses regarding the frequency of interventions to prevent Surgical Site Infection, questions based on the DGS intervention bundle. It had a favorable opinion from the Ethics Commission.

Results: Most participants know the bundle, have training on surgical site infection prevention and almost half report that there is no epidemiological surveillance. A little more than half, always sanitize their hands before and after the dressing and always offers patients/caregivers teachings at discharge on how to monitor the signs of infection.

Conclusion: There is a need to improve nurses' interventions regarding the prevention of Infection at the surgical site.

Keywords: Surgical site infection, prevention, bundle of interventions, nursing

Resumen

Marco Contextual: La infección del sitio quirúrgico es prevenible y se asocia con la prestación de atención.

Objetivos: Los objetivos principales de este estudio descriptivo fueron evaluar la autopercepción y el conocimiento de las enfermeras sobre la frecuencia de las intervenciones para prevenir la Infección del Sitio Quirúrgico.

Metodología: Este estudio se llevó a cabo en una muestra de 37 enfermeras que respondieron a un cuestionario compuesto por datos sociodemográficos, académicos, profesionales, autopercepción y conocimiento de las enfermeras sobre la frecuencia de intervenciones para

prevenir la Infección del Sitio Quirúrgico, preguntas basadas en el haz de intervención de la DGS. Contó con la opinión favorable de la Comisión de Ética.

Resultados: La mayoría de los participantes conocen el paquete, tienen capacitación en la prevención de infecciones del sitio quirúrgico y casi la mitad informa que no hay vigilancia epidemiológica. Un poco más de la mitad, siempre desinfectan sus manos antes y después del vendaje y siempre ofrecen a los pacientes/cuidadores enseñanzas al alta sobre cómo monitorear los signos de infección.

Conclusión: Existe la necesidad de mejorar las intervenciones de los enfermeros en lo que se refiere a la prevención de la infección en el sitio quirúrgico.

Palabras clave: Infección de la herida quirúrgica, prevención y control, paquetes de atención al paciente, enfermería

Introdução

A Infeção no Local Cirúrgico (ILC) é das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) mais frequente em Portugal, multifatorial, relacionada com a condição do doente, o procedimento cirúrgico e as características do agente patogénico ocorrendo no local cirúrgico ou próximo da incisão cirúrgica, nos primeiros 30 dias ou até, 3 meses após colocação de uma prótese (DGS, 2022a). Afeta a região superficial da incisão ou os tecidos mais profundos no local cirúrgico (DGS, 2022a). Segundo dados de 2017, do *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), Portugal apresenta uma taxa de infeção hospitalar superior à média europeia predominando a ILC (Fernandes & Martins,2023). A ILC afeta 1/3 dos doentes cirúrgicos e a incidência varia de acordo com múltiplos fatores (Fernandes & Martins,2023). É a causa mais frequente de complicações pós-operatórias e leva a readmissões hospitalares prolongadas, procedimentos cirúrgicos adicionais e por vezes com recurso a unidade de cuidados intensivos sendo onerosas (Castro,2024). Cada ILC é responsável por 7 a 11 dias adicionais de internamento e por um acréscimo de risco de morte 2 a 11 vezes, levando a gastos avultados (DGS,2022a). O Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) de 2021-2026, incorpora Práticas Seguras e Ambientes Seguros e está assente numa cultura de segurança alinhada ao

processo de melhoria contínua através de comunicação, formação e sensibilização dos profissionais, espelhando uma responsabilidade de todos (DGS,2022b). Visa a redução das IACS e as infeções associadas à RAM e implementa e monitoriza as *bundles* de prevenção das IACS (DGS,2022b). Estima-se que 60% das ILC sejam evitáveis pelo uso de normas baseadas em evidência científica e de Feixes de Intervenções (DGS,2022a). O enfermeiro, é o profissional com maior relevo na elaboração e implementação de medidas que favorecem a recuperação do doente e prevenção de riscos inerentes aos procedimentos (DGS,2022a). Os fatores de risco não modificáveis são: a idade, as comorbilidades, a severidade da doença, a classe da ferida cirúrgica, entre outros e os modificáveis são: a administração de antibioterapia (se indicada), monitorização e manutenção da normoglicémia e normotermia, oxigenação dos tecidos, regulação da tricotomia, entre outros (DGS,2022a). Formularam-se os seguintes objetivos:

Determinar as características da amostra quanto às variáveis sociodemográficas, académicas, profissionais e de formação, avaliar a autoperceção dos enfermeiros quanto à frequência da realização de intervenções de prevenção de Infeção do Local Cirúrgico; avaliar os conhecimentos dos enfermeiros sobre as intervenções de prevenção de Infeção do Local Cirúrgico e conhecer as sugestões dos enfermeiros, quanto às estratégias a adotar para melhorar os cuidados prestados na Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico.

Enquadramento

A ILC é um problema à escala mundial, multifatorial, ligado ao ambiente hospitalar e aos profissionais de saúde (Xavier et al.,2023). Apesar de evitável, é um risco para a segurança do doente, com uma mortalidade 2 a 11 vezes superior quando comparado a doentes sem infeção (Xavier et al.,2023). Os “Feixes de Intervenções” ou *bundles* são um conjunto coeso de medidas que têm de ser implementadas em conjunto, no mesmo tempo e espaço, para que o sucesso seja atingido, tendo maior impacto do que a adição do efeito individual de cada intervenção (DGS,2022a). O objetivo é assegurar que os doentes recebam cuidados baseados na evidência científica e de forma constante, contudo são dinâmicos e podem evoluir no tempo refletindo o conhecimento e as características dos serviços (DGS,2022a). O “Feixe de intervenções” para a prevenção da ILC é aplicado à idade pediátrica e adulta, nas unidades de saúde e deve ser

implementado de forma integrada em 3 fases: pré-operatória, pré e intraoperatória e pós-operatória (DGS, 2022a). A fase pré-operatória engloba: rastreio de SAMR nas cirurgias de elevado risco, descolonização no rastreio positivo de SAMR, banho com clorhexidina (2 a 4%) na noite anterior à cirurgia e no próprio dia (com 2 horas de antecedência) exceto se contraindicado. A fase pré e intraoperatória contempla: realizar tricotomia só se absolutamente necessária e imediatamente antes da intervenção cirúrgica, com máquina de corte e lâmina de uso único. Realizar profilaxia antibiótica cirúrgica se indicada e administrar nos 60 minutos anteriores à incisão. Realizar antisepsia da pele imediatamente antes da incisão, com clorhexidina a 2% em álcool a 70% (exceto se contraindicada e consoante fabricante). Garantir homeostasia pré/intraoperatória manter: a normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$), a normoglicémia (≤ 180 mg/dl), e a SpO₂ \geq a 95% durante a cirurgia. Na fase pós-operatória garantir: a normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$), a normoglicémia (≤ 180 mg/dl nas 24 horas após a cirurgia) e a SpO₂ \geq a 95% após anestesia geral com intubação endotraqueal com função pulmonar normal e cumprir a técnica asséptica na realização do penso, mantendo-o pelo menos 48 horas após a cirurgia (DGS,2022a). A DGS recomenda auditorias trimestrais à aplicação do feixe e vigilância epidemiológica, estimando ter um impacto significativo na redução da taxa de ILC (DGS,2022a). Os resultados de uma revisão sistemática e meta-análise apoiam a eficácia das intervenções agrupadas na prevenção de ILC e o sucesso da intervenção está vinculado à conformidade do tudo ou nada (Vicentini et al.,2021). São necessárias diretrizes hospitalares atualizadas, de forma a melhorar o conhecimento da ILC e garantir uma prática clínica baseada na evidência científica e destacam a importância da vigilância epidemiológica da infeção para facilitar a adoção das diretrizes (Humphrey et al.,2025). Esse estímulo, passa pela formulação de estratégias pela equipa para implementação do feixe, incluindo o feedback da mesma, atividades educacionais e identificação e correção de problemas (Xavier et al.,2023). Os dados obtidos num estudo de coorte retrospectivo, evidenciam que um projeto de melhoria contínua implementado para reduzir a ILC, proporcionou uma redução significativa de ILC e uma maior adesão da checklist na fase do PDSA (*Plan Do Study and Act*) (Xavier et al.,2023). Os mesmos autores consideram que é imprescindível que haja estímulo à adesão dessas medidas, além dos projetos de melhoria contínua nas unidades de saúde, para ter um desfecho positivo no pós-operatório (Xavier et al.,2023). Esse estímulo, passa pela formulação de estratégias pela equipa para implementação

do feixe, incluindo o feedback da mesma, atividades educacionais e identificação e correção de problemas (Xavier et al.,2023). Os mesmos autores defendem que a sustentabilidade dos projetos de redução de ILC, associados a checklist de cirurgia segura são uma importante contribuição para a redução de infeções e maior qualidade e segurança do doente, sendo necessário implementar medidas que assegurem essa sustentabilidade dos protocolos padronizados (Xavier et al.,2023). Salienta-se ainda que os resultados de um estudo observacional para avaliar a adesão às medidas de prevenção de ILC em hospitais, aponta divergências entre as recomendações do Serviço de Controle de ILC e a adesão às boas práticas, recomendando auditorias e treinos para essa adesão (Araújo &Oliveira,2023). A Higiene das Mãos é uma das medidas mais simples e mais efetiva na redução da infeção associada aos cuidados de saúde e deve estar associada às restantes medidas que compõem as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (DGS,2019). Os profissionais de saúde têm o dever ético e deontológico de higienizar na prestação de cuidados de saúde, respeitando o modelo dos “5 momentos” preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (DGS, 2019).

Questões de investigação

Na perspetiva da construção de um Projeto de Melhoria Contínua em contexto institucional, em dois serviços de ortopedia de uma ULS da Região Centro, formularam-se as seguintes questões de investigação:

Quais são as características da amostra quanto às variáveis sociodemográficas, académicas profissionais e de formação?

Qual é a autoperceção dos enfermeiros quanto à frequência da realização de intervenções de prevenção de Infeção do Local Cirúrgico?

Quais são os conhecimentos dos enfermeiros sobre as intervenções de prevenção de Infeção do Local Cirúrgico?

Quais são as sugestões dos enfermeiros, quanto às estratégias a adotar para melhorar os cuidados prestados na Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico?

Metodologia

A fim de dar resposta aos objetivos desenvolveu-se um estudo quantitativo e descritivo (Silva, 2024). A população alvo foram as duas equipas de enfermagem dos serviços de ortopedia de um hospital de uma ULS da Região Centro, composta por 38 enfermeiros. A amostra foi selecionada de forma não probabilística intencional, constituída por 37 enfermeiros que aceitaram participar no estudo, pelo que a taxa de Adesão foi de 97,4% (um enfermeiro saiu do serviço logo após o envio do questionário, tendo optado por não responder). Os dados foram colhidos com recurso a um questionário desenvolvido no Google Forms, aplicado a dois serviços de ortopedia de uma ULS da Região Centro, no período de 13/5/2024 a 5/8/2024. Foi enviado via-email institucional, com restrição a uma submissão única.

No questionário foram incluídas variáveis sociodemográficas (idade e sexo), académicas (grau académico), variáveis profissionais (tempo de exercício profissional e tempo de serviço onde exerce funções) e variáveis de formação (possuir especialidade e qual e possuir formação sobre prevenção de infeção do local cirúrgico e qual e possuir formação sobre a preparação pré-operatória). Para avaliar o conhecimento sobre infeção associada aos cuidados de saúde, foram colocadas 4 questões de resposta fechada: complicação hospitalar mais frequente no internamento, infeção associada aos cuidados de saúde mais frequente a nível nacional, infeção associada aos cuidados de saúde que parece ser mais frequente no serviço e percentagem de ILC que consideram ser evitável com a aplicação de boas práticas. Foi elaborada uma questão de resposta múltipla sobre o conceito de ILC. Sobre a existência de vigilância epidemiologia e protocolos no serviço foram elaboradas 2 questões de resposta par (sim, não). Para avaliar as respostas da amostra relativo à autoperceção dos enfermeiros quanto à frequência da realização de intervenções de prevenção de Infeção do Local Cirúrgico, foram elaboradas 17 perguntas de resposta tipo *Likert* de 5 pontos de frequência (nunca, raramente, ocasionalmente, frequentemente e sempre). A informação selecionada foi a de interesse para o estudo segundo evidência científica recente e a Norma nº 020/2015 da DGS (atualizada a 17/11/2022) - “Feixe de Intervenções” para a prevenção da Infeção do Local Cirúrgico (DGS,2022a).

Face à importância do conhecimento do “Feixe de intervenções” para a prevenção de ILC, foi formulada uma pergunta aberta tipo *Likert* com 5 pontos de importância (sem importância,

pouco importante, razoavelmente importante, importante e muito importante). Para avaliar a importância de realizar formação à equipa sobre as intervenções preconizadas no feixe, foi elaborada uma questão aberta recorrendo à escala de *Likert* de 5 pontos de importância (sem importância, pouco importante, razoavelmente importante, importante e muito importante)

Os dados foram analisados com recurso ao software IBM SPSS *Statistics* versão 29.0.1.0 (171) e efetuou-se uma análise estatística descritiva nomeadamente frequências absolutas e relativas medidas de tendência central (Média; M) e medidas de dispersão e variabilidade (Desvio Padrão; DP). Foram garantidos todos os pressupostos éticos, de confidencialidade e anonimato. O Projeto mereceu parecer favorável da Comissão de Ética da instituição onde o estudo foi realizado (Parecer 37/CEULSRL/2024).

Resultados

Os 37 participantes apresentavam uma média de idades de 45, 68 ±11,52 anos e exerciam funções há 22, 16± 11,24 anos sendo que, no serviço atual trabalham em média há 16, 91 ± 11,63 anos. Analisando a tabela 1, verifica-se que a maioria da amostra era do sexo feminino 81,1%, licenciados (32, 86,5%) e não possuíam a especialidade (75,7%, 28). Pouco mais de metade 51,4% (19) possui formação sobre prevenção de infeção do local cirúrgico tendo o maior percentual realizado formação curta (37,8%). Quando questionados sobre se realizaram formação sobre preparação pré-operatória, a maior parte (62,2%, 23) afirmaram que sim.

Tabela 1

Distribuição das respostas da amostra quanto às variáveis sociodemográficas, profissionais e de formação

Variáveis		Nº	%
Sexo	Feminino	30	81,1
	Masculino	6	16,2
	Prefiro não responder	1	2,7
Grau académico	Licenciatura	32	86,5
	Mestrado	5	13,5
Possui especialidade em enfermagem	Não	28	75,7
	Sim	9	24,3
Qual especialidade	Médico-cirúrgica	1	2,7
	Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica	2	5,4
	Não aplicável	28	75,7
	Reabilitação	4	10,8
	Saúde Comunitária	1	2,7
	Saúde Comunitária e Saúde Pública	1	2,7
Formação sobre prevenção de infeção do local cirúrgico	Não	18	48,6
	Sim	19	51,4

Tabela 1 (continuação)

Distribuição das respostas da amostra quanto às variáveis sociodemográficas, profissionais e de formação

Variáveis		Nº	%
Qual formação	Formação de curta duração (até 8h)	14	37,8
	Formação de longa duração (superior a 8h)	5	13,5
	Outra formação	0	0,0
	Sem formação	18	48,6
Recebeu formação sobre preparação pré-operatória	Não	14	37,8
	Sim	23	62,2

Como ilustra a tabela 2, a maioria da amostra 73% (27) refere que a complicação hospitalar mais frequente no internamento são as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), sendo a Infeção do Local Cirúrgico (ILC) a IACS mais frequente a nível nacional (24;64,9%). A maioria 86,5% (32), refere que a IACS que parece ser mais frequente no serviço é a ILC. Face à percentagem de ILC que consideram ser evitável com a aplicação das boas práticas, a maior parte 59,4% (22) refere ser evitável 60% ou mais.

Tabela 2
Distribuição das respostas da amostra quanto ao conhecimento sobre Infeção associada aos cuidados de saúde

Variáveis		Nº	%
Complicação hospitalar mais frequente no internamento	Infeções associadas aos cuidados de saúde	27	73,0
	Quedas	2	5,4
	Úlceras por pressão	8	21,6
Infeção associada aos cuidados de saúde mais frequente a nível nacional	Infeção do local cirúrgico	24	64,9
	Infeção urinária associada ao cateter vesical	11	29,7
	Outra (MRSA e Pele)	2	5,4
Infeção associada aos cuidados de saúde que parece ser mais frequente no serviço	Infeção do local cirúrgico	32	86,5
	Infeção urinária associada ao cateter vesical	4	10,8
	Outra (MRSA)	1	2,7
Percentagem de infeção no local cirúrgico que considera ser evitável com a aplicação de boas práticas	20,00%	3	8,1
	30,00%	5	13,5
	50,00%	7	18,9
	60,00%	9	24,3
	80,00%	13	35,1

Analisando a tabela 3, a maior parte da amostra 56,8% (21) define ILC como uma infeção que ocorre no local cirúrgico ou próximo da incisão, nos primeiros 30 dias de pós-operatório ou até 3 meses, em caso de colocação de prótese.

Tabela 3
Distribuição das respostas da amostra quanto ao conceito de infeção do local cirúrgico

Variáveis		Nº	%
Definição de infeção do local cirúrgico	Ocorre no local cirúrgico ou próximo da incisão, nos primeiros 30 dias de pós-operatório ou até 1 ano em caso de colocação de prótese	12	32,4

Tabela 3 (continuação)

Distribuição das respostas da amostra quanto ao conceito de infeção do local cirúrgico

Variáveis		Nº	%
Definição de infeção do local cirúrgico	Ocorre no local cirúrgico ou próximo da incisão, nos primeiros 30 dias de pós-operatório ou até 3 meses em caso de colocação de prótese	21	56,8
	Ocorre no local cirúrgico ou próximo da incisão, nos primeiros 45 dias de pós-operatório ou até 1 ano em caso de colocação de prótese	2	5,4
	Ocorre no local cirúrgico ou próximo da incisão, nos primeiros 60 dias de pós-operatório ou até 1 ano em caso de colocação de prótese	2	5,4

Analisando a tabela 4, 45,9% (17) dos participantes refere não existir vigilância epidemiológica na instituição face à incidência de ILC. A maior parte 59,5% (22), refere conhecer o “Feixe de intervenções” de prevenção de ILC. Todos os enfermeiros da amostra 100% (37), referem existir protocolo de preparação pré-operatória no serviço e a maioria 94,6% (35), refere haver evidência de registo do protocolo.

Tabela 4
Distribuição das respostas da amostra sobre a existência de vigilância epidemiologia e protocolos no serviço

Variáveis		Nº	%
Existe vigilância epidemiológica na instituição face à incidência de infeção no local cirúrgico	Não	17	45,9
	Sim	9	24,3
	Talvez	11	29,7
Conhecimento da existência do “feixe de intervenções” de prevenção de infeção do local cirúrgico	Não	15	40,5
	Sim	22	59,5
Existência de protocolo de preparação pré-operatória no serviço	Sim	37	100,0
Evidência de registo do protocolo	Não	2	5,4
	Sim	35	94,6

Analisando a tabela 5, a maior parte da amostra 56,7% (21) refere que na admissão para cirurgias de elevado risco, nunca ou raramente é realizada a avaliação do risco de transmissão de agentes infecciosos (pesquisa de SAMR). A maior parte 56,8% (21) refere que em caso de rastreio positivo de SAMR, faz sempre descolonização antes das cirurgias de elevado risco. A maior parte 78,3% (29) avalia sempre ou frequentemente se o banho pré-operatório com clorhexidina (a 2 ou 4%) é feito na noite anterior à cirurgia e promove-o no dia da cirurgia, com 2 horas de antecedência. Menos de metade 45,9% (17) refere que a tricotomia é feita sempre quando absolutamente necessária e em caso de o ser, a maioria 54,1% (20) refere que é feita frequentemente o mais próximo do início da cirurgia com máquina de corte, de uso único. A maioria 81,0% (30) refere que a profilaxia antibiótica cirúrgica quando indicada, é

sempre ou frequentemente administrada nos 60 minutos anteriores à incisão cutânea. Mais de metade da amostra 83,7% (31), refere que a preparação antisséptica da pele com clorhexidina a 2% em álcool é realizada sempre ou frequentemente imediatamente antes da incisão cutânea, exceto se contraindicado. Para garantir a homeostasia pré/intraoperatória do doente, menos de metade da amostra 40,9% (15) refere que deve manter sempre a normotermia (temperatura $\geq 36^\circ$), 37,8% (14) refere que deve manter sempre a normoglicémia (≤ 180 mg/dl) e 43,2% (16) refere que deve manter sempre a SpO₂ $\geq 95\%$ e perfusão adequada durante a cirurgia. Para garantir a homeostasia pós-operatória do doente, 48,6% (18) refere que deve manter sempre a normotermia (temperatura $\geq 36^\circ$), menos de metade da amostra 37,8% (14) refere que deve manter sempre a normoglicémia (≤ 180 mg/dl, nas 24 horas seguintes à cirurgia) e 40,5% (15) refere que deve manter sempre SpO₂ $\geq 95\%$, após anestesia geral com intubação endotraqueal e com função pulmonar normal. Na realização dos cuidados ao penso, apenas 67,6% (25) refere que higienizam sempre as mãos antes e após a realização do mesmo e a maior parte 81,1% (30) referem que usam sempre a técnica asséptica (incluindo técnica no touch), para mudar ou remover os pensos da ferida cirúrgica. A maioria 86,5% (32) refere que o penso é mantido frequentemente pelo menos 48h após a cirurgia. Pouco mais de metade (19; 51,45%) dos participantes oferece sempre aos doentes e cuidadores, informações e ensinamentos em todas as fases dos cuidados após a alta, incluindo vigiar os primeiros sinais de infeção da ferida cirúrgica.

Tabela 5

Distribuição das respostas da amostra relativo à autoperceção dos enfermeiros quanto à frequência da realização de intervenções de prevenção de Infeção do Local Cirúrgico

Variáveis	Nunca		Raramente		Ocasionalmente		Frequentemente		Sempre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Na admissão do doente para cirurgia, realiza a avaliação do risco de transmissão de agentes infecciosos, nomeadamente pesquisa de SAMR nas cirurgias de elevado risco	14	37,8	7	18,9	11	29,7	2	5,4	3	8,1
Faz a descolonização aos doentes com rastreio de MRSA positivo, antes das cirurgias de elevado risco de ILC	5	13,5	0	0,0	2	5,4	9	24,3	21	56,8
Avalia se o banho pré-operatório com clorhexidina (2 a 4%) é feito na noite anterior ao dia da cirurgia e promove-o no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência	0	0,0	1	2,7	7	18,9	18	48,6	11	29,7
A tricotomia é feita apenas quando absolutamente necessária	2	5,4	0	0,0	4	10,8	14	37,8	17	45,9
Se a tricotomia for necessária, é feita o mais próximo possível do início da cirurgia e com máquina de corte, de uso único	0	0,0	0,0	0,0	4	10,8	20	54,1	13	35,1

Tabela 5 (continuação)

Distribuição das respostas da amostra relativo à autopercepção dos enfermeiros quanto à frequência da realização de intervenções de prevenção de Infeção do Local Cirúrgico

Variáveis	Frequência		Nunca		Raramente		Ocasionalmente		Frequentemente		Sempre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A profilaxia antibiótica cirúrgica quando indicada, é administrada nos 60 minutos anteriores à incisão cutânea	3	8,1	1	2,7	3	8,1	14	37,8	16	43,2		
A preparação antisséptica da pele com clorohexidina a 2% em álcool é realizada imediatamente antes da incisão cutânea exceto se contraindicado	1	2,7	0	0,0	5	13,5	15	40,5	16	43,2		
Para garantir a homeostasia pré/intraoperatória, o doente deve manter a normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}$)	1	2,7	1	2,7	3	8,1	17	45,9	15	40,5		
Para garantir a homeostasia pré/intraoperatória, o doente deve manter a normoglicémia (≤ 180 mg/dl)	0	0,0	0	0,0	6	16,2	17	45,9	14	37,8		
Para garantir a homeostasia pré/intraoperatória, o doente deve manter SpO ₂ $\geq 95\%$ e perfusão adequada durante a cirurgia	0	0,0	0	0,0	7	18,9	14	37,8	16	43,2		
Para garantir a homeostasia pós-operatória, o doente deve manter a normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}$)	0	0,0	0	0,0	3	8,1	16	43,2	18	48,6		
Para garantir a homeostasia pós-operatória, o doente deve manter a normoglicémia (≤ 180 mg/dl, nas 24 horas seguintes à cirurgia)	0	0,0	0	0,0	2	5,4	21	56,8	14	37,8		
Para garantir a homeostasia pós-operatória, o doente deve manter SpO ₂ $\geq 95\%$, após anestesia geral com intubação endotraqueal e com função pulmonar normal	0	0,0	0	0,0	4	10,8	18	48,6	15	40,5		
Na realização dos cuidados ao penso, higieniza as mãos antes e após a realização do mesmo	0	0,0	0	0,0	1	2,7	11	29,7	25	67,6		
Na realização dos cuidados ao penso, usa a técnica asséptica (incluindo técnica no touch), para mudar ou remover os pensos de ferida cirúrgica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	18,9	30	81,1		
Na realização dos cuidados ao penso, o penso é mantido durante pelo menos 48h após a cirurgia	0	0,0	0	0,0	3	8,1	32	86,5	2	5,4		
Oferece aos doentes e cuidadores, informações e ensinamentos em todas as fases dos cuidados após a alta, incluindo vigiar os primeiros sinais de infeção da ferida cirúrgica	0	0,0	0	0,0	2	5,4	16	43,2	19	51,4		

Mais de 80% da amostra (83,8%; 31), refere que é muito importante conhecer o feixe de intervenções de prevenção de infeção do local cirúrgico, assim como realizar formação à equipa sobre as intervenções do feixe (32; 86,5%).

Discussão

Tendo como objetivos determinar as características da amostra quanto às variáveis sociodemográficas, académicas, profissionais e de formação, avaliar a autopercepção dos enfermeiros quanto à frequência da realização de intervenções de prevenção de Infeção do

Local Cirúrgico; avaliar os conhecimentos dos enfermeiros sobre as intervenções de prevenção de Infeção do Local Cirúrgico e conhecer as sugestões dos enfermeiros quanto às estratégias a adotar para melhorar os cuidados prestados na prevenção de ILC, realizou-se um estudo quantitativo e descritivo, aplicado a 2 equipas de enfermagem de ortopedia de uma ULS da Região Centro. Os resultados apontam que a maioria 86,5% (32), refere que a IACS que parece ser mais frequente no serviço é a ILC. Pouco mais de metade 51,4% (19) possui formação sobre prevenção de infeção do local cirúrgico tendo o maior percentual realizado formação curta (37,8%). A maior parte 83,8% (31), refere ainda que é muito importante conhecer o feixe de intervenções de prevenção de ILC, assim como realizar formação à equipa sobre as intervenções do feixe (32; 86,5%). A maior parte 59,5% (22), refere conhecer o “Feixe de intervenções” de prevenção de ILC. Para esta matéria são necessárias diretrizes hospitalares atualizadas, de forma a melhorar o conhecimento da ILC e garantir uma prática clínica baseada na evidência científica (Humphrey et al.,2025). Todos os enfermeiros da amostra 100% (37), referem existir protocolo de preparação pré-operatória no serviço e a maioria 94,6% (35), refere haver evidência de registo do protocolo, contudo 45,9% (17) dos participantes refere não existir vigilância epidemiológica na instituição face à incidência de ILC. A DGS recomenda que se façam auditorias trimestrais à aplicação do feixe e vigilância epidemiológica, estimando ter um impacto significativo na redução da taxa de ILC (DGS,2022a) e Humphrey et al., (2025) destacam a importância da vigilância epidemiológica da infeção, para facilitar a adoção das diretrizes. Os resultados do presente estudo, apontam que nos 2 serviços onde foi aplicado, existem divergências entre as intervenções que o feixe preconiza e a autopercepção dos enfermeiros quanto à frequência da implementação das mesmas, o que corrobora com um estudo efetuado pelos autores Araújo &Oliveira (2023). A DGS (2022a) refere que os “Feixes de Intervenções” ou *bundles* são um conjunto coeso de medidas que têm de ser implementadas em conjunto, no mesmo tempo e espaço, para que o sucesso seja atingido, neste caso a prevenção da ILC. Os resultados de uma revisão sistemática e meta-análise efetuada pelos autores Vicentini et al. (2021), também apoiam a eficácia das intervenções agrupadas na prevenção de ILC e referem que o seu sucesso está vinculado à conformidade do tudo ou nada. A maior parte dos respondentes (56,7%; 21) referem que na admissão para cirurgias de elevado risco, nunca ou raramente é realizada a avaliação do risco de transmissão de agentes infecciosos (pesquisa de SAMR), o que contraria a intervenção preconizada pela DGS (DGS,

2022a).O estudo revela ainda que a maior parte 56,8% (21) refere que em caso de rastreio positivo de SAMR, faz sempre descolonização antes das cirurgias de elevado risco, o que também não está em conformidade com o preconizado no feixe (DGS,2022a).

A maior parte 78,3% (29) avalia sempre ou frequentemente se o banho pré-operatório com clorohexidina (a 2 ou 4%) é feito na noite anterior à cirurgia e promove-o no dia da cirurgia, com 2 horas de antecedência. Estes resultados também são divergentes do preconizado na *bundle* (DGS,2022a). Outra intervenção que merece destaque é a tricotomia. Os resultados apontam que menos de metade 45,9% (17) refere que a tricotomia é feita sempre quando absolutamente necessária e em caso de o ser, a maioria 54,1% (20) refere que é feita frequentemente o mais próximo do início da cirurgia com máquina de corte, de uso único. Esta percentagem contraria o preconizado pela DGS, que refere que não se deve realizar tricotomia por rotina e se for necessária, deve ser feita mais próxima da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência e com máquina de corte de uso único (DGS,2022a). A maioria 81,0% (30) refere que a profilaxia antibiótica cirúrgica quando indicada, é sempre ou frequentemente administrada nos 60 minutos anteriores à incisão cutânea. Mais de metade da amostra (83,7%; 31), refere que a preparação antisséptica da pele com clorohexidina a 2% em álcool é realizada sempre ou frequentemente imediatamente antes da incisão cutânea, exceto se contraindicado. Para garantir a homeostasia pré/intraoperatória do doente, menos de metade da amostra 40,9% (15) refere que deve manter sempre a normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}$), 37,8% (14) refere que deve manter sempre a normoglicémia (≤ 180 mg/dl) e 43,2% (16) refere que deve manter sempre a SpO₂ $\geq 95\%$ e perfusão adequada durante a cirurgia.

A salientar que estas 3 últimas intervenções, são realizadas geralmente no intra-operatório, pela equipa de enfermagem do bloco operatório. No que concerne à homeostasia pós-operatória do doente, 48,6% (18) refere que deve manter sempre a normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}$), menos de metade da amostra 37,8% (14) refere que deve manter sempre a normoglicémia (≤ 180 mg/dl, nas 24 horas seguintes à cirurgia), e 40,5% (15) refere que deve manter sempre SpO₂ $\geq 95\%$, após anestesia geral com intubação endotraqueal e com função pulmonar normal, o que contraria também o que a *bundle* da DGS preconiza, que é a regularização da normotermia, normoglicémia e SPO₂ (DGS, 2022a).

Na realização dos cuidados ao penso, os resultados apontam que apenas 67,6% (25) refere que higienizam sempre as mãos antes e após a realização do mesmo e a maior parte 81,1% (30) refere que usam sempre a técnica assética (incluindo técnica no touch), para mudar ou remover os pensos da ferida cirúrgica. A maioria 86,5% (32) refere que o penso é mantido frequentemente pelo menos 48h após a cirurgia. De acordo com a DGS (2019), a Higiene das Mãos é uma das medidas mais simples e mais efetiva na redução da IACS e o enfermeiro tem o dever de as higienizar nos 5 momentos preconizados pela OMS. O resultado desta intervenção, contraria o recomendado pela *bundle* (DGS,2022a). Pouco mais de metade (19; 51,45%) dos participantes oferece sempre aos doentes e cuidadores, informações e ensinamentos em todas as fases dos cuidados após a alta, incluindo vigiar os primeiros sinais de infeção da ferida cirúrgica. Este resultado também contraria o preconizado no feixe (DGS,2022a). O enfermeiro, é o profissional de saúde com maior relevo na elaboração e implementação de medidas que favorecem a recuperação e prevenção de riscos inerentes aos procedimentos (DGS,2022a). Um projeto de melhoria contínua implementado para reduzir a ILC aponta que proporcionou uma redução significativa de ILC e uma maior adesão da checklist na fase do *Plan Do Study and Act* (PDSA) (Xavier et al., 2023). Esse estudo, aponta que é imprescindível que haja estímulo à adesão dessas medidas, além dos projetos de melhoria contínua nas unidades de saúde, para ter um desfecho positivo no pós-operatório (Xavier et al.,2023). Esse estímulo, passa pela formulação de estratégias pela equipa para implementação do feixe, incluindo o feedback da mesma, atividades educacionais e identificação e correção de problemas (Xavier et al., 2023).

Dando resposta a uma das finalidades da investigação, os resultados deste estudo foram apresentados à amostra (12 enfermeiros, ou seja, taxa de adesão de 32,4%). No final da formação e recorrendo à técnica de *brainstorming*, foi solicitado aos participantes propostas de intervenção para melhorar as práticas, tendo sido elencadas as seguintes: Elaborar um folheto informativo a entregar aos doentes/cuidadores sobre os cuidados com a ferida cirúrgica aquando da alta, para vigiar os primeiros sinais de infeção; Elaborar um Poster informativo para o serviço, sobre os cuidados a ter com a ferida cirúrgica e acessível a todas as visitas; Realizar formação à equipa sobre as intervenções do Feixe da prevenção de ILC; Propor à PPCIRA diretrizes internas para que na admissão a cirurgias de elevado risco (artroplastias da anca e joelho) seja sempre realizada a avaliação do risco de transmissão de agentes infecciosos

(pesquisa de SAMR); Propor à PPCIRA que proceda à vigilância epidemiológica da ILC, como recomendado pela *Joint Comission International* (JCI) na Acreditação em 2022; Propor à Direção a realização de consulta de *Follow up* após a alta, nas cirurgias Major (artroplastias da anca e joelho).

Como limitações deste estudo, salienta-se o tamanho da amostra, o ter sido efetuado apenas numa ULS, os dados terem sido recolhidos apenas por autopercepção e não por observação e a escassez de artigos publicados nesta área.

Conclusão

Com base nos resultados, foi possível apurar que a ILC é a IACS mais frequente onde o estudo foi aplicado. Existem divergências entre a autopercepção dos enfermeiros quanto à frequência da implementação das intervenções de prevenção de ILC e o que o feixe de intervenção recomenda. Os participantes consideram ser muito importante fazer formação à equipa sobre o feixe. Para que as intervenções da norma tenham sucesso, é fundamental serem implementadas de forma integrada, na conformidade do tudo ou nada. Associada à norma, é crucial que se proceda à vigilância epidemiológica da infeção do local cirúrgico. A ILC é um problema de todos, multifatorial e multiprofissional. No entanto, o enfermeiro tem um papel relevante na implementação dessas medidas de prevenção de ILC. Destaca-se também a importância de envolver a equipa de enfermagem para conhecer as suas sugestões, quanto às estratégias a adotar para melhorar os cuidados prestados na Prevenção de ILC. Como orientações futuras, propõe-se a operacionalização deste projeto de investigação no serviço onde foi aplicado e a realização de um projeto de melhoria contínua com a participação do doente na prevenção da ILC. Como sugestões, propõem-se auditorias à aplicação das intervenções e que haja vigilância epidemiológica na instituição, para que as intervenções da *bundle* possam ter mais sucesso.

Referências bibliográficas

Araújo, B.S., & Oliveira, A.C. (2023). Adesão às medidas de prevenção de infeção do sítio cirúrgico em hospitais. *Acta Paul Enferm*, 36, eAP01714. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO017134>

- Castro, H. C. (2024). *Identificação de fatores de risco associados à infeção do local cirúrgico* [Tese de Doutoramento, Universidade do Minho]. RepositóriUM. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/94924/1/Helena%20Costa%20Castro.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Higiene das mãos em unidades de Saúde Norma nº 007/2019*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022a). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022b). Pano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 Documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. <https://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>
- Fernandes, D.A., & Martins, D.S. (2023). Análise dos fatores da infeção do local cirúrgico em doentes submetidos a cirurgia ortopédica major. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e22101. <https://doi.org/10.12707/rvi22101>
- Humphrey, E., Burston, A., McInnes, E., Cheng, H., Musgrave-Takeda, M., & Wan, C. S. (2025). Experiências e percepções de médicos e pacientes sobre a prevenção e tratamento de infeções de sítio cirúrgico: uma revisão sistemática de métodos mistos. *Revista de enfermagem clínica*, 34(1), 24–48. <https://doi.org/10.1111/jocn.17443>
- Silva, A.C. (2024). Classificação metodológica da pesquisa científica. *Anais do Congresso Nacional de pesquisas e práticas em educação*, 2 (1), 1-5. <https://revistas.cceinter.com.br/anaisconpepe/article/view/1452/1417>
- Vicentini, C., Bordino, V., Cornio, A. R., Canta, I., Marengo, N., & Zotti, C. M. (2021). Prevenção de infeção do sítio cirúrgico por meio de intervenções agrupadas na cirurgia de substituição do quadril: uma revisão sistemática. *Revista Internacional de Cirurgia (Londres, Inglaterra)*, 95, 106149. <https://doi.org/10.1016/j.ijcu.2021.106149>
- Xavier, L. F. D., Medeiros, A. S., Melo, M. C. S. F., Santos, R. N. G., Gama, Z. A. D. S., & Freitas, M. R. (2023). Projeto de melhoria para redução de infeções de sítio cirúrgico: um estudo de coorte retrospectivo. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 50, e20233380. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20233380-en>

REFLEXÃO FINAL

Concluído o relatório e terminada a reflexão sobre o percurso académico, é importante salientar que todos os estágios foram uma mais-valia para desenvolver as competências (comuns e específicas) do enfermeiro especialista de EMSPSC. A prática reflexiva, é das componentes mais importantes no contexto de formação e da prática profissional segura. A reflexão na ação, para e sobre a ação contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional, desenvolvimento do pensamento crítico, da tomada de decisão, resolução de problemas complexos e traduz-se na melhoria dos cuidados prestados ao basear-se na evidência científica, para fundamentar a prática. Um dos deveres deontológicos do enfermeiro é assegurar a atualização permanente dos conhecimentos. Toda a conduta nesta caminhada, foi nesta perspetiva de desenvolver as competências, o conhecimento e dignificar a profissão. O conhecimento gerado é um ativo intangível, não tem preço pois permite tomar decisões informadas e fundamentadas. Toda a panóplia de experiências vivenciadas nos estágios, evidenciou aprendizagens de elevada complexidade, contribuiu para o crescimento profissional e pessoal, independentemente do *background* existente. O apoio dos enfermeiros especialistas orientadores e da professora orientadora, pela partilha do seu saber e disponibilidade demonstrada, constituíram o pilar basilar para o desenvolvimento destas competências. Considera existirem vários pontos fortes do mestrado: o plano curricular (com conteúdos aplicáveis em todos os estágios), um vasto leque de estágios da especialidade, oportunidade de realizar os estágios na instituição onde exerce funções (o que facilita a gestão de horários), a possibilidade de integrar na comissão organizadora das jornadas do Mestrado e a promoção de uma cultura de investigação. A realização de um projeto de investigação, de acordo com as regras de uma revista científica para posterior publicação, é o espelho dessa cultura. É elementar que os enfermeiros, gestores, instituições de saúde e de ensino, promovam e valorizem a investigação, garantindo recursos para o seu desenvolvimento contínuo. É notória a crescente diferenciação da enfermagem dada a complexidade de conhecimentos e práticas, pelo que é imprescindível a formação académica, como a especialização em enfermagem, para responder às necessidades e expectativas dos cuidados de saúde.