

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

RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**A Comunicação com a Família da Pessoa internada num Serviço de Medicina Interna:
Intervenção Especializada de Enfermagem
Médico-Cirúrgica**

Ana Cristina da Silva Monteiro Rodrigues

Orientador: Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte

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

Leiria, setembro de 2023

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

RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**A Comunicação com a Família da Pessoa internada num Serviço de Medicina Interna:
Intervenção Especializada de Enfermagem
Médico-Cirúrgica**

Apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
com área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Ana Cristina da Silva Monteiro Rodrigues (5210031)

Orientador: Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte

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

Leiria, setembro de 2023

PENSAMENTO / DEDICATÓRIA

O Homem é imensamente maior do que a sua aparência e só compreenderá o seu limite se o tentar superar.

A todos os colegas que julgam que é tarde demais, com a convicção de que nada é impossível até ser tentado e que enquanto houver um homem que acredite, a mudança está iminente.

Aos meus filhos, para que se convençam que a dimensão do horizonte tem a ver com as perspetivas de futuro e que enquanto o homem sonhar, tem futuro para andar.

Ramiro Nolasco

AGRADECIMENTOS

A todos os docentes que contribuíram para a concretização de mais este sonho;

Aos meus colegas de curso pela parceria nesta caminhada;

Ao meu orientador, Professor Doutor Hugo Duarte, pela sua disponibilidade e dedicação;

À minha parceira, Enfermeira Catarina Rodrigues, pela particularidade da forma como sempre me apoiou;

A todos os meus colegas de Serviço, pela sua presença inequívoca em cada passo.

RESUMO

Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria. Tem como intuito descrever o percurso realizado e evidenciar o desenvolvimento e aquisição de competências na área de especialização. Encontra-se dividido em duas partes distintas.

A primeira assenta numa análise retrospectiva e reflexiva que visa demonstrar o desenvolvimento de competências especializadas, tendo por base os regulamentos de Enfermagem, as experiências e atividades desenvolvidas essencialmente em ambiente dos ensinamentos clínicos. Esta parte assenta na necessária atualização dos conhecimentos e na pesquisa contínua da evidência científica, de forma a alicerçar e fundamentar o processo de tomada de decisão, assim como melhorar a excelência do cuidar.

A segunda parte, apresenta um estudo de investigação-ação, que permitiu obter as competências de investigação indispensáveis para atribuição do grau de mestre.

Consistiu na realização de um trabalho de investigação com todas as fases inerentes ao processo, num serviço de Medicina Interna, de uma instituição de saúde da região centro de Portugal, sob a temática *A Comunicação com a Família da Pessoa internada num Serviço de Medicina Interna – Intervenção Especializada de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. O interesse pela temática emerge da complexidade dos contextos da prática profissional e do confronto diário com as condicionantes da gestão de tempo, disponibilidade, *stress*, entre outras barreiras limitadoras a uma comunicação efetiva, pilar preconizado para o sucesso das interações com a pessoa em situação crítica e família.

Neste sentido, a sua concretização, teve como objetivo orientar e facilitar o processo de comunicação na partilha de informação com a família ou com o cuidador do doente internado, em conformidade com a política de comunicação precisa e efetiva da instituição, dar informação pertinente e ajustada às necessidades e dúvidas dos doentes e respetivos familiares, dentro do domínio da área de competência. Correspondendo aos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, entre eles, a procura do elevado nível de satisfação da pessoa / família a vivenciar processos complexos de doença e, assegurar a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem especializados (Regulamento n.º 364/2015, 2015).

Palavras-chave: comunicação; família; doente; cuidados de enfermagem; estratégias de saúde.

ABSTRACT

This report falls within the purview of the Master's Course in Medical-Surgical Nursing, with a specialization in Nursing for Individuals in Critical Situations, offered at the Escola Superior de Saúde de Leiria, part of the Polytechnic Institute of Leiria. Its primary objective is to delineate the trajectory undertaken during this course and underscore the development and acquisition of specialized skills within this particular field. The report is organized into two distinct sections. The first section encompasses a retrospective and introspective analysis designed to showcase the progression of specialized skills. This progression is rooted in nursing regulations and enriched by experiences and activities predominantly carried out in clinical teaching environments. This segment underscores the imperative need for continuous knowledge updates and ongoing research into scientific evidence. Such endeavors serve as the bedrock for informed decision-making processes, as well as for enhancing the overall quality of care provided.

The second section of this report delves into an action-research study, which played a pivotal role in honing essential research skills requisite for the attainment of a master's degree. This undertaking involved conducting a comprehensive research project encompassing all stages inherent to the process. The research was conducted within an Internal Medicine service at a healthcare institution located in the central region of Portugal. The focal theme of this research revolved around "Communication with the Family of the Hospitalized Individual in an Internal Medicine Service – A Specialized Medical-Surgical Nursing Intervention."

The choice of this topic stems from the intricate nature of professional practice settings, where healthcare practitioners grapple with numerous challenges including time constraints, availability, stress, and other inhibiting factors. Effective communication, a cornerstone recommended for successful interactions with individuals in critical situations and their families, stands out as a paramount concern.

In this context, the research aimed to establish a structured framework to guide and streamline the communication and information-sharing process with the families or caregivers of hospitalized patients. This framework was aligned with the institution's precise and effective communication policy. Its ultimate objective was to provide pertinent information tailored to the needs and queries of patients and their families, all within the ambit of the nursing profession's specialized competence. This endeavor adhered to the quality standards governing specialized nursing care for individuals in critical situations, including the pursuit of a high level of satisfaction for both patients and families facing complex disease processes. Additionally, it aimed to ensure the utmost efficiency in the organization of specialized nursing care, as stipulated in Regulation No. 364/2015 (2015).

Keywords: communication, family, illness, nursing care, health strategies.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS NOS ENSINOS CLÍNICOS.....	20
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM.....	21
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA.....	22
1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	24
1.3. GRUPO COORDENADOR LOCAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS.....	27
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	31
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	31
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	31
2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	37
2.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados	44
2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Pessoais.....	49
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	52
2.2.1. Domínio do cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica	53

2.2.2 Domínio da dinamização da resposta em emergências, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	64
2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica	67
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	74
1. A COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA DA PESSOA INTERNADA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA: INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	75
1.1. RESUMO	75
1.2. ABSTRACT	76
1.3. INTRODUÇÃO.....	76
1.4. ENQUADRAMENTO.....	77
1.5. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	80
1.6. METODOLOGIA.....	80
1.7. RESULTADOS	82
1.7.1. Caracterização Socioprofissional e Académica dos Enfermeiros	83
1.7.2. Avaliação pelos enfermeiros quanto ao protocolo implementado	85
1.7.3. Grau de satisfação com a comunicação telefónica realizada pelos enfermeiros.....	86
1.7.4. Avaliação das comunicações realizadas pelos enfermeiros, na perspetiva dos familiares	89

1.8. DISCUSSÃO	90
1.9. CONCLUSÃO	93
1.10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Comunicação no SUMC – Estratégias de Comunicação	
APÊNDICE II – Congresso Internacional de Feridas e Lesões Multiproblemáticas	
APÊNDICE III – A Manutenção da Analgesia Epidural em Cuidados Intensivos	
APÊNDICE IV – Livreto – Guia Prático PBCI e PBVT	
APÊNDICE V – Tabletop no SUMC – Situação de Catástrofe	
APÊNDICE VI – Instrução De Trabalho – Comunicação Estruturada à Família do Doente Internado no Serviço De Medicina	
APÊNDICE VII – Questionário de Avaliação da Implementação do Protocolo de Comunicação	
APÊNDICE VIII – Questionário ao Familiar / Cuidador	
ANEXOS	
ANEXO I – Pareceres da Comissão de Ética	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Opinião dos Enfermeiros quanto à implementação do protocolo.....	88
Gráfico 2 - Opinião dos Enfermeiros quanto à comunicação telefónica com o familiar	88
Gráfico 3 - Enfermeiros com opinião favorável ao protocolo proposto.....	89

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Idades e Experiência dos Enfermeiros Participantes	83
Tabela 2 - Distribuição por Grupo Etário e Sexo	83
Tabela 3 - Distribuição por maior grau académico alcançado e categoria profissional	84
Tabela 4 - Distribuição por nível de Experiência segundo o modelo de Benner	84
Tabela 5 - Quanto ao protocolo testado: facilidade de utilização, pertinência e ganho de tempo	85
Tabela 6 - Opinião dos enfermeiros mais experientes sobre o fato de terem ganho tempo em relação ao método tradicional (ser o familiar a contactar o Serviço).....	85
Tabela 7	86
Tabela 8 - Opinião dos enfermeiros quanto ao grau de satisfação com a chamada telefónica	86
Tabela 9 - Quanto ao grau de satisfação com os recursos disponíveis	87
Tabela 10 - Sugestões dos enfermeiros participantes no projeto	87
Tabela 11 - Opinião dos familiares quanto ao processo de comunicação / informação	89
Tabela 12 - Satisfação dos familiares quanto à abordagem do enfermeiro e implementação do processo	90
Tabela 13 - Sugestões dos familiares intervenientes no projeto	90

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

ABC – *Airway* (Via aérea) *Breathing* (Ventilação) *Circulation* (Circulação)

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ADR – Área Dedicada a Doentes Respiratórios

BIS – Índice Bispectral

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CA – Conselho de Administração

CH – Centro Hospitalar

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CJ – Conselho Jurisdicional

COVID-19 – Coronavírus *disease*

CQS – Comissão de Qualidade e Segurança

CVC – Cateter Venoso Central

DAV – Diretiva Antecipada de Vontade

DGS – Direção Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica

EEIH – Equipa de Emergência Intra-Hospitalar

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

EU – União Europeia

GCL- PPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

GIF – Gabinete de Informações aos Familiares

HEPIC – Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica e Controlo de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

HSA – Hospital Santo André

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IMV – Intoxicação Medicamentosa Voluntária

INE – Instituto Nacional de Estatística

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

ISO – *International Organization for Standardization*

IT – *Instrução de Trabalho*

JCI – *Joint Commission International*

KPC – *Klebsiella Pneumoniae* produtora de *Carbapenemases*

MCEEMC – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

MEI – Microrganismo Epidemiologicamente Importante

MR – Multirresistente

MRSA – *Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus*

MS – Ministério da Saúde

NAS – *Nursing Activities Score*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAPA – Programa de Apoio à Prescrição do Antibiótico

PBCI – Precauções Básicas no Controlo da Infeção

PBVT – Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

PE – Plano de Emergência

PNSD – Plano Nacional para a Segurança do Doente

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RAM – Resistência aos Antimicrobianos

RENDA – Registo Nacional de Não-Dadores

RENTEV – Registo Nacional do Testamento Vital

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TIC – Tecnologias da Informação e Comunicação

TISS – *Therapeutic Intervention Score System*

TSR – Terapêutica de Substituição Renal

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VE – Vigilância Epidemiológica

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VV – Via Verde

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da unidade curricular Estágio de Enfermagem à pessoa em Situação Crítica com Relatório, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, com o intuito de apresentar e refletir sobre como foram desenvolvidas as competências comuns e as específicas da área de especialização, incluindo as competências na área da investigação, pesquisa, autoconhecimento e a assertividade que todo o enfermeiro especialista deve ter e que são fundamentais para a melhoria de cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Representa o término de um ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, para Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, de acordo com parecer favorável emitido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Despacho n.º 8925/2020, 2020).

No contexto social atual, onde o valor da saúde e o conceito de capital de saúde é amplamente aceite, assim como a sua relevância para o desempenho económico dos países reconhecida de forma consensual, a evolução da ciência e da tecnologia refletem-se na prática dos cuidados de saúde e numa Enfermagem que se exige ser cada vez mais complexa e diferenciada. Em Enfermagem os profissionais cuidam, numa arte complexa e subtil, onde a complexidade da prática é, a atenção na ajuda prestada ao outro e a procura do sentido que implica (Hesbeen, 2001), que não deve ser descurada, em prol da tecnicidade. Pacheco (2018, p.22) baseando-se na teoria de Locsin (2005) refere que “a tecnologia deve ser encarada como um elo de ligação entre o doente e o enfermeiro, numa relação de vulnerabilidade mútua e de verdadeiro conhecimento dos intervenientes”.

A formação adquire, assim, uma importância crucial no percurso pessoal e profissional de cada enfermeiro para a obtenção da excelência dos cuidados de Enfermagem (Relvas, 2018).

Tendo vários anos de experiência profissional, a inscrição no mestrado foi um desafio pessoal. A frequência deste curso foi assim motivada pelas necessidades pessoais e profissionais de atualização e consolidação de conhecimento à luz da mais recente prática baseada na evidência para uma prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade e consequente partilha de saberes. Vários são os documentos reguladores da profissão que referem a formação contínua como pressuposto essencial na melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem.

Em todo este percurso foi de grande importância o despertar do legado de autores, como Idália Sá Chaves, Lucília Nunes, em como construímos conhecimento, ou de Donald Shön

que deu ênfase à necessidade de reflexão sobre a ação, de forma a promover profissionais mais críticos e reflexivos nas suas práticas e relações. A reflexão em contexto de prática clínica implica uma intencionalidade e exige disciplina para a correta interpretação e compreensão das experiências vividas (Pereira-Mendes, 2016).

A reflexão sobre as competências e os diferentes domínios que as caracterizam, tem sido, nas últimas décadas importante nas diferentes áreas profissionais, nomeadamente na educação, na gestão e na saúde. O conceito de competência tem múltiplas abordagens, sendo o seu “conteúdo de elevada plasticidade, dado que se espera do profissional uma atuação que responda a situações complexas, sabendo analisar, priorizar, tomar decisões com capacidade de iniciativa e de modo responsável” (Correia, 2012, p.1). A competência é um saber agir intencional e complexa que tem por base a mobilização de recursos internos e externos em determinado evento (Mesquita, 2016).

Os conhecimentos apreendidos ao longo do percurso profissional permitem construir o próprio saber, essencial ao desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e éticas. Uma perspetiva de definição de competência de Alarcão (2001) e de desenvolvimento de competência, reforçadas por Pires (2002) e Le Boterf (2003), é entendida como um processo, que pressupõe uma integração dinâmica dos diversos saberes, comportando a dimensão individual e coletiva, indissociáveis, e que me leva a dizer que o profissional é aquilo que na sua motivação e sensibilidades, na pertinência do contexto, se envolve e se constrói. Assim sendo, esta aprendizagem deve ser concebida como um percurso e não um ponto de chegada, é um processo contínuo ancorado na experiência, como refere Duarte (2021).

Os anos de experiência profissional fizeram com que este meu percurso fosse conduzido, essencialmente para momentos de partilha de experiências e de reflexões com o objetivo de enriquecimento mútuo. O conhecimento que resulta da reflexão é essencial na formação dos enfermeiros, já que os orienta a readaptar cognitivamente e emocionalmente os conteúdos, ideias e crenças, de forma a construir novos saberes e ações. O resultado desta reflexão “será o aprimoramento e transformação da prática de Enfermagem” (Lopes et al., 2015, p. 55).

O Enfermeiro Especialista (EE) é aquele que possui competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados numa determinada área de atuação. Essas competências envolvem "as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita melhorar de forma contínua a prática da Enfermagem" (OE, 2019, p.744).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à

Pessoa Situação Crítica (EEEMCPSC) incorpora um conjunto de competências específicas na sua área de intervenção: "Cuida da pessoa família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção a ação; Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica (PSC) e/ou falência orgânica, face a complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas" (OE, 2018. p. 19359).

Em Enfermagem o pensamento crítico e a tomada de decisão devem estar assentes em teorias baseadas na evidência para fundamentar a prática, fator esse, de essencial contribuição para a validação da Enfermagem enquanto ciência, e que norteia a qualidade dos cuidados (Ahtisham & Jacoline, 2015). A sociedade exige, cada vez mais, cuidados de saúde diferenciados e especializados, há necessidade de atingir metas e o equilíbrio entre a saúde e os custos. Acresce a necessidade de se abordar uma Enfermagem em que a sua prática se baseie em modelos teóricos e conceitos metaparadigmáticos capazes de orientar a prática numa dimensão multifatorial. Cuidar da PSC possibilita a adoção de vários referenciais teóricos como linhas orientadoras que fundamentam a prática de Enfermagem no cuidado da pessoa em situação de vulnerabilidade. Contudo a condição que caracteriza a situação da PSC é, por definição, uma experiência de transição, que Meleis (2016) classifica como complexa, multidimensional e com possibilidade de ocorrência de momentos críticos. Nesta perspetiva a transição é um fenómeno de interesse para os enfermeiros como principais agentes facilitadores no decurso da transição do utente e família, intervindo sobre as mudanças e exigências que se refletem no seu quotidiano (Meleis & Trangenstein, 2010).

O conceito de transição é relevante na prática de Enfermagem surgindo de forma transversal em diversos documentos normativos da profissão, desde o Código Deontológico aos documentos reguladores das diferentes áreas de especialidade.

Acatei como objetivo geral dos Ensinos Clínicos (EC), desenvolver aptidões que permitam intervir integrado na equipa de saúde, na conceção, organização, prestação e supervisão de cuidados de Enfermagem especializados à PSC, nos diversos âmbitos, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Grupo de Controlo Local do Programa de Prevenção e controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA).

Assim nos diversos contextos de EC, a prática do enfermeiro, os cuidados especializados prestados foram em consonância com as competências do EEEMCPSC no apoio à "pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde-doença", valorizando o

"potencial da pessoa, família/cuidador na vivência do processo de transição saúde-doença" e priorizando as "intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde-doença aguda ou crónica" (OE, 2018, p.19361).

Face ao exposto, apresento este documento, composto por duas partes: a primeira parte refere-se à análise reflexiva sobre as competências que desenvolvi e consolidei nos EC, as oportunidades, as dificuldades, e as atividades projetadas e desenvolvidas para as alcançar. A metodologia adotada na sua realização foi uma análise retrospectiva e reflexiva, suportada por fundamentação teórica que resultou de pesquisa bibliográfica, fomentando a prática refletida e baseada na evidência científica tendo em vista o desenvolvimento das competências científicas, técnicas e humanas que se esperam do enfermeiro especialista. Esta primeira parte engloba dois pontos: o primeiro com a caracterização geral dos contextos dos três módulos de EC e o segundo com a reflexão do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas da EMCPSC.

Todos os EC decorreram no mesmo Centro Hospitalar (CH). A escolha deste CH e seus respetivos locais de estágios pretendeu dar resposta a muitas questões que me acompanhavam enquanto profissional pela ligação que tenho com a instituição, permitiu-me compreender melhor o circuito do doente crítico nesta instituição. Sempre defendi que o crescimento como profissional se projeta do desenvolvimento de competências e se espelha na melhoria contínua da qualidade na prática de cuidados à pessoa e família, refletindo assim a referência da instituição na comunidade.

A segunda parte deste trabalho, permitiu-me desenvolver competências na área da investigação. Componente cujas ferramentas são fundamentais para que o enfermeiro especialista preste cuidados de forma fundamentada, de evidência científica atualizada para a prática de cuidados seguros e de qualidade. Esta parte consistiu na realização de um trabalho de investigação com todas as fases inerentes ao processo, sob o título: A Comunicação com a Família da Pessoa internada num Serviço de Medicina Interna – Intervenção Especializada de Enfermagem Médico-Cirúrgica. O interesse pela temática emerge do confronto diário com as condicionantes do contexto da prática e as barreiras limitadoras a uma comunicação efetiva, pilar preconizado para o sucesso das interações com a pessoa e família em relação terapêutica, na partilha de informação.

A investigação-ação surge como uma metodologia de investigação em Enfermagem, que une prática e investigação, não só pela criação de novo conhecimento para a promoção da saúde nos cuidados de Enfermagem, mas também pelos contributos que o próprio processo de investigação em si possibilita nesta área (Beck, 2013).

A utilização da ferramenta de análise de processos, diagrama de *Ishikawa*, permitiu organizar o raciocínio e discutir de forma objetiva as causas do problema, analisando os aspetos que influenciam, e os efeitos daí decorrentes, identificando-se uma oportunidade de melhoria num serviço de Medicina Interna. O *brainstorming* efetuado em equipa, permitiu apresentar e discutir as dificuldades sentidas. De seguida, foram definidas estratégias de melhoria, que foram implementadas e avaliadas numa fase posterior.

Neste sentido, o projeto de melhoria contínua da qualidade teve como finalidade, a melhoria da prática das intervenções de Enfermagem na comunicação com a família da PSC a vivenciar situações complexas de doença, em internamento. Na sua concretização, com o objetivo de orientar e facilitar o processo de comunicação na partilha de informação com a família, em conformidade com a política de comunicação precisa e efetiva do CH, foi elaborado um instrumento de trabalho, Comunicação estruturada com família/ cuidador do doente internado, facilitando a informação pertinente e ajustada às necessidades e dúvidas dos doentes e respetivos familiares, dentro do domínio da área de competência profissional de Enfermagem.

A finalizar este relatório será apresentada a conclusão seguida dos apêndices e anexos considerados necessários. A elaboração deste trabalho teve por base o Guia de Elaboração de trabalhos académicos (Escola Superior de Saúde de Leiria, 2018).

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

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

Os contextos de cuidados escolhidos para o desenvolvimento de aptidões e competências foram três áreas distintas: Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC), Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), da mesma instituição.

Benner (2005) atribui à experiência vivenciada uma importância vital no desenvolvimento de competências. Assume que é através da experiência adquirida na prática que a perícia se desenvolve, onde o conhecimento teórico é importante, mas insuficiente, para a tomada de decisões complexas como as exigidas na praxis de Enfermagem.

De acordo com o enquadramento proposto pela OE, a PSC “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011, p.8656). Nesse sentido, Urden et al. (2010) referem que a PSC deverá ser cuidada em unidades hospitalares munidas de recursos humanos e tecnológicos que assegurem a melhor resposta em tempo útil, de forma a garantir a qualidade dos cuidados e a acessibilidade aos mesmos.

O CH onde decorreram os EC, SUMC, UCI e GCL-PPCIRA, tem uma área de influência que abrange uma população na ordem dos 400.000 habitantes. Tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com cuidados de saúde primários e com os demais hospitais integrados na rede o Serviço Nacional de Saúde (SNS), assim como, a colaboração na prevenção e promoção da saúde da comunidade, assegurando condições para a investigação e formação profissional aos seus colaboradores. E tem com base os seguintes valores: respeito pela dignidade humana e pelos códigos de conduta de cada grupo profissional, desenvolvimento de uma atividade que busca qualidade e eficiência, assim como, o desenvolvimento de uma cultura de conhecimento e aperfeiçoamento técnico e profissional, tendo sempre por base o primado do doente. Visa a referência e a qualidade dos cuidados de saúde prestados adotando um conjunto de procedimentos que objetivam a qualidade dos serviços prestados assegurando um alto nível de segurança para o doente. Segue as orientações emanadas pela Direção Geral de Saúde (DGS) e com enfoque nas diretivas internacionais, instituindo procedimentos direcionados à prevenção das falhas onde o risco de erro é maior.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA

O primeiro EC decorreu no SUMC de uma instituição de saúde da região centro de Portugal. Os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (INE, 2019), coloca Portugal no primeiro lugar dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) com maior número de episódios de SU comparativamente à média dos países da OCDE. A gestão da procura dos serviços de urgência é um ponto fundamental do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O acesso ao SU de doentes urgentes e/ou não-urgentes, entre outros fatores, faz com que haja uma sobrelotação destes serviços. Facto a que o CH, onde se decorreu o EC, não é exceção, dada a grande área de influência, com uma população envelhecida, com os padrões de doenças e comorbilidades, limitação a outros recursos de saúde, e onde tem vindo a proliferar um elevado número de lares e residências de acolhimento de idosos.

O SUMC, de acordo a DGS (2001), encontra-se integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência e é uma unidade orgânica funcional, dotada de meios materiais, humanos e técnicos que lhe conferem funcionamento autónomo, 24 horas por dia, todos os dias do ano, a fim de garantir prestação de cuidados imediatos em emergências/urgência a todos os doentes externos a partir dos 18 anos. Esta tipologia de urgência deve manter-se em articulação com o nível superior, Serviços de Urgência Polivalente, para situações de transferências inter-hospitalares com necessidades de apoio por especialidades fora da área de atuação, com os serviços do mesmo nível e com os Serviços de Urgência Básica, de nível inferior, aquando da necessidade de receção de utentes oriundos dos mesmos (DGS, 2001).

O SUMC localizava-se junto do Bloco Operatório (BO), Unidade de Cuidados Agudos Polivalente (UCAP) e Serviço de Imagiologia, havendo uma área dedicada à imagiologia de urgência. No entanto, o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e a UCI Cardíacos (UCIC) encontram-se noutros pisos acima do SUMC, sendo esta uma lacuna no eixo de circulações urgentes [Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS), 2015].

A equipa multidisciplinar do serviço era constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, administrativos, assistente social, assistente técnicos eletrocardiografia e com o apoio dos Serviços de Imagiologia, Serviço de Sangue e Laboratório de Análises Clínicas. Tem o apoio de outras áreas de especialidade, como a Cardiologia e a UCIC, a UCI, Psiquiatria, Oftalmologia, Neurologia, Urologia, Dermatologia, Cuidados Paliativos entre outros.

A equipa de Enfermagem, era constituída pelo enfermeiro gestor e dois enfermeiros de apoio à gestão e por aproximadamente 125 Enfermeiros (à data do EC), sendo que cerca de 10% eram especialistas em EMC. Por turno (num horário rotativo, 08-16h; 16-24h; 00-08h) estavam

de serviço, um enfermeiro coordenador e cerca de 21 enfermeiros, distribuídos pelas diferentes áreas de prestação de cuidados, assegurando a sua dinâmica e prestação de cuidados, a transição de cuidados é efetuada na respetiva área onde estão distribuídos.

O SUMC contempla oito áreas de prestação de cuidados, que estão organizadas de acordo com as prioridades do Protocolo da Triagem de Manchester e pela área de especialidade cirúrgica: Triagem 1 e Triagem 2 (onde estavam alocados apenas enfermeiros com o curso de Triagem de Manchester); numa arquitetura de espaço aberto, a área verde, a área amarela, e a área laranja com um quarto de isolamento; área vermelha/sala de emergência (onde estavam alocados enfermeiros com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), EEMCPSC ou com pós graduação na área); área de orto trauma (cirurgia geral e ortopedia); Gabinete de Informações aos Familiares (GIF) em funcionamento das 8h às 24h, assegurado por um enfermeiro no turno da manhã e no turno da tarde; gabinete de psiquiatria; área de contingência, para onde eram direcionados os doentes com alterações do foro respiratório para despiste de SARS-Cov-2, ou em caso de confirmação prévia, a aguardarem decisão clínica e respetivo encaminhamento.

Rabim (2017), citando Borges (2012), refere que o Sistema de Triagem (ST) é uma forma metódica e organizada de efetuar seleção tendo como principal objetivo o de auxiliar o profissional de saúde a identificar com rapidez os doentes em situação de doença e/ou lesão emergente / urgente. A partir do despacho n.º 10319/2014, foi obrigatória a implementação de ST de prioridades nos serviços de urgência, determinando que qualquer que seja o nível, devia existir um ST que permitisse diferenciar graus de prioridade, com critérios pré-estabelecidos de tempo até à primeira observação médica. A Triagem de Manchester foi implementada em Portugal a partir de 2000, como instrumento de apoio à gestão do risco clínico, alocação da pessoa na correspondente área de cuidados e concordante celeridade na necessidade de resposta.

No SUMC em questão, o circuito do doente inicia-se pela inscrição no gabinete administrativo, seguindo-se a Triagem de Manchester efetuada por um enfermeiro, devidamente formado neste tipo de triagem, que o identifica com o grau de prioridade atribuída e o encaminha para a respetiva área de cuidados. Tinha sido recentemente instituído o posto de retriagem, devido ao tempo de espera a aguardar a primeira observação médica no SUMC. Tal como definido pela DGS, o encaminhamento interno das situações clínicas para áreas de especialidade é definido pelo CH, de forma a facilitar o acesso à observação médica adequada, em tempo útil (DGS, 2018).

O doente emergente (vias verdes e trauma), por norma era inscrito e triado posteriormente,

tinha acesso direto à Sala de Emergência (SE), também denominada de área vermelha, “área específica de abordagem, tratamento e observação de doentes críticos classificados de emergentes ou, nalguns casos, muito urgentes que apresentem quadro clínico de descompensação das funções vitais que coloque a vida em risco” (ACSS, 2019, p.7). A ativação da equipa de apoio da SE era, como preconizado, efetuada através de uma campanha a partir da entrada da SE (ACSS, 2019). A fim de fazer face aos problemas potenciados pela sobrelotação do SUMC, tinha sido criado em 2019, um procedimento aplicado à gestão do fluxo de doentes no CH, e à sobrelotação do SUMC, visando agilizar os internamentos dos doentes o mais precocemente possível, não devendo ultrapassar as 24 horas. Com o objetivo de agilizar esse programa de intenções, de forma mais eficaz e eficiente, foi recentemente criada a equipa de gestão de vagas e a Hospitalização Domiciliária, que obedecia a vários critérios específicos.

Apesar de legislado o direito de um acompanhante a todos os doentes dos serviços de saúde, por uma pessoa por si indicada (Lei n.º 15/2014, 2014), com a pandemia COVID-19 este direito foi suspenso na instituição, com base no relatório técnico da *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) (ECDC, 2020) e consequente norma da DGS, mantendo-se ainda em vigor na altura do EC.

O GIF, apesar de já existir anteriormente, ganhou neste contexto pandémico, uma importância fulcral no apoio aos familiares / cuidadores na obtenção de informação via presencial ou via telefónica.

O método de trabalho deve ser o mais indicado ao ambiente de trabalho, às necessidades dos doentes e às competências da equipa. Independente do método de trabalho adotado, cabe ao enfermeiro a grande responsabilidade no cuidado ao doente, quer na prestação direta de cuidados, quer na liderança da equipa, ou organização do serviço.

1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A UCI, “destina-se à observação e tratamento de doentes em situação crítica, mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais, onde são tratados em horário contínuo por pessoal médico e de Enfermagem especializado” (ACSS, 2013, p. 2).

A UCI é considerada pelo Ministério da Saúde, citado pela OE no seu Parecer n.º15/2018, como “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (OE, 2018, p.1).

Neste sentido a UCI assume a prevenção, diagnóstico e tratamento da PSC, com a integração das várias valências, a UCI e intermédios e as atividades dentro e fora da área geográfica das unidades, nomeadamente na SE do SUMC, na equipa de emergência intra-hospitalar, na consultadoria a doentes graves das enfermarias, na consulta de follow-up intra-hospitalar e de ambulatório (Paiva *et al.*, 2017)

O EC decorreu numa UCI polivalente, de nível III, de acordo com a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência (RNEHR), pois as suas camas eram destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais (potencialmente ameaçadoras da vida) e, assim, careciam de duas ou mais formas de suporte orgânico (Paiva *et al.*, 2017).

Embora a localização física da UCI nesta instituição não fosse próxima, como é recomendado pela ACSS (2013), dos serviços com que mais articulava (SUMC, Bloco Operatório e Imagiologia), estavam na mesma torre e o acesso aos mesmos era rápido e facilitado. Uma vez que os serviços de urgência e Bloco operatório são os serviços de origem da maioria dos utentes admitidos na UCI, a localização próxima justifica-se para tornar a transferência intra-hospitalar mais rápida e acessível ao doente e profissionais, evitando riscos de instabilidade hemodinâmica na PSC durante o transporte [Ordem dos Médicos (OM) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), 2020].

Este serviço era composto por 13 camas, o que está de acordo com as recomendações, que apontam para um intervalo ótimo de 12 a 16 camas (DGS, 2003). Destas, 10 eram destinadas a cuidados intensivos polivalentes e três encontravam-se num espaço separado, preparado para uma unidade de neurocríticos, que não se encontrava em funcionamento. Ou seja, a lotação efetiva da unidade era de 10 camas, das quais 4 eram em quartos de isolamento, dos quais 3 tinham adufa, todos com possibilidade de alternância de pressão negativa ou positiva. No contexto atual de pandemia, estes quartos alojavam os doentes com COVID-19.

A UCI foi construída com base numa lógica de área aberta, com uma sala ampla que continha dois balcões ao centro onde se localizavam as centrais de monitorização e os equipamentos informáticos para suporte aos registos de Enfermagem e médicos. A partir destes balcões era possível ter uma visão direta e generalizada das unidades dos doentes, como sugere o documento das Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos (ACSS, 2013). Existia também um balcão separado, para preparação de medicação e armazenamento de material para realizar procedimentos, conforme as mesmas recomendações, mas, no entanto, não existia, em conformidade, resguardo para proteção acústica desses balcões para as boxes (ACSS, 2013).

As unidades da PSC encontravam-se individualizadas por duas cortinas opacas, pretendendo garantir a privacidade do doente pela delimitação visualizar da unidade de cada doente, e o importante contributo para minimizar o risco de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), contribuindo para o cumprimento da Norma n.º 7/2019 da DGS, (DGS, 2019a), pela delimitação de cada unidade.

Cada unidade do doente estava preparada e equipada para receber doentes críticos. Era composta por duas colunas de equipamentos, de um lado, de monitorização de parâmetros vitais, ventilação mecânica, e rampa de aspiração; do outro lado, bombas e seringas perfusoras, rampa para fornecimento de ar comprimido e oxigénio, fonte de alimentação dos equipamentos, e móvel de apoio com dispositivos clínicos relacionados com a via aérea. A cama da unidade possuía colchão de pressão alterna.

O sistema informático utilizado é o *B-Simple®*, concebido especificamente para integrar métodos e dinâmicas de UCI, revelando-se completo, prático e intuitivo. Este sistema funciona como um integrador de sistemas, reúne as informações obtidas a partir dos monitores em rede. Permite assim integrar toda a informação clínica do doente, assim como a realização do plano de cuidados de Enfermagem e os registos dos cuidados prestados à PSC, de acordo com Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Na área da saúde, os cuidados intensivos são um dos contextos de trabalho mais complexos, que dão resposta a doentes críticos com necessidades imediatas de cuidados e vigilância rigorosa. Para atingir os seus objetivos, estas unidades utilizam equipamentos com tecnologia avançada e são constituídos por uma equipa multiprofissional e interdisciplinar composta por profissionais qualificados e treinados (Rabim, 2017).

Este serviço estava dotado de recursos humanos qualificados e meios tecnológicos sofisticados e diferenciados, sendo reconhecido pela OM para garantir formação a médicos internos da formação específica, constituindo esta uma atividade não assistencial de relevante importância. Constituída por quadros humanos próprios, assistência médica qualificada em presença física nas 24 horas, com acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários (Paiva, Fernandes & Granja, 2017).

A nível de recursos humanos, a equipa de saúde da UCI é constituída por 13 médicos, 33 enfermeiros, uma enfermeira gestora, sendo EEEMCPSC, 12 eram EEEMCPSC e 2 EE em Enfermagem de Reabilitação. De acordo com a enfermeira gestora, todos os enfermeiros possuíam formação em SAV. A equipa era ainda composta por 10 assistentes operacionais e 1 assistente técnica. Em todos os turnos existe um enfermeiro coordenador, que colaborava em toda a gestão do serviço, de equipamentos e medicação, assim como na gestão de conflitos.

A distribuição da Equipa de Enfermagem para cada turno de trabalho é realizada antecipadamente pela enfermeira gestora da equipa. O horário é rotativo (23h-8h, 8h-15h e 15h-23h) e a organização dos cuidados de Enfermagem é efetuada pelo método de Individual, em que cada enfermeiro assume a responsabilidade, na abordagem de assistência e dos cuidados, por um ou dois doentes no seu todo durante o turno (Ventura et al., 2021). Desta forma o planeamento dos recursos humanos respeita o que está preconizado pela OE (2019), onde se orienta para, no mínimo, um enfermeiro por cada duas PSC, no entanto, e sendo uma unidade nível III o recomendado seria o rácio de 1:1. Em todos os turnos, um dos enfermeiros estava de prevenção, inserido na Equipa de Emergência Intra Hospitalar (EEIH), assim como um médico, como preconizado pela DGS (DGS, 2010a).

Os doentes internados na UCI, podem ser provenientes de vários serviços da instituição, possuindo uma condição clínica potencialmente reversível e sujeitos a três tipos de critérios clínicos de admissão definidos no regulamento do serviço: prioridade, diagnóstico e/ou de parâmetros objetivos. A decisão de alta/transferência baseava-se em critérios clínicos relativamente à cura/controlo do processo patológico e instabilidade fisiológica que determinaram o internamento ou na convicção de que o doente já não beneficia de cuidados intensivos, segundo critérios explanados em procedimento interno do CH.

Durante a realização do EC, ainda em contexto pandémico, as visitas na UCI eram reguladas por um procedimento institucional baseado na orientação em vigor da DGS (DGS, n.º 038/2020), garantindo que as recomendações definidas eram respeitadas, permitia a presença de uma visita por dia, durante 30 minutos.

1.3. GRUPO COORDENADOR LOCAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS

O último EC foi desenvolvido no Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA).

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são um problema a nível mundial que devem ser alvo de atenção por todos os países e entidades, tal como reporta a DGS nos seus relatórios do programa prioritário do Programa de Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) ao longo destes anos.

O seu impacto nos doentes, famílias, unidades e profissionais de saúde é nefasto, aumenta a morbilidade e mortalidade, o número de dias de internamento e os custos em saúde. No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, o Ministério da Saúde,

reconhece que a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade, e uma parte dos quais evitável, pelo que a implementação de políticas e estratégias que reduzem estes incidentes, é reconhecida e constitui um objetivo estratégico, internacional e nacionalmente, como gerador de ganhos em saúde.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à PSC, da OE, a participação na conceção de um plano de prevenção e controlo de infeção e na definição de estratégias de prevenção e controlo de infeção, a liderança na implementação do plano de intervenção e controlo de infeção, a capacitação das equipas de profissionais na área de prevenção e do controlo de IACS à PSC, assume um papel de extrema importância (Diário da República, 2015).

De acordo com o Despacho 3635/2013, de 7 de março, a Comissão de Qualidade e Segurança (CQS) deve articular de forma estreita com o gabinete do cidadão, serviço de segurança e saúde no trabalho e comissão de controlo de IACS, devendo ser constituídas por equipas multiprofissionais.

Na instituição onde decorreu este EC, a CQS colabora com o sistema de acreditação da *Joint Commission Internacional* (JCI) e da *Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía*, nos centros de referência.

A CQS, baseia-se nas orientações emanadas pela DGS e pela JCI, com enfoque nas *Internacional Patient Safety Goals* (IPSG), instituindo procedimentos direcionados à prevenção da falha onde o risco de erro é maior. Desse sentido, definiu as responsabilidades no âmbito das áreas funcionais e das metas de segurança defendidas pela JCI: 1- identificação correta dos doentes; 2- melhoria da comunicação eficaz; 3- segurança da medicação de alta vigilância; 4- redução do risco de danos ao doente resultantes de quedas; 5- garantir a cirurgia segura; 6- reduzir o risco de IACS (JCI, 2020).

O Despacho do Secretário de Estado adjunto do Ministro da Saúde, n.º 10901/2022 de 8 de setembro, atualiza o PPCIRA, incluindo como objetivos, a redução da taxa de IACS, assim como, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de Microrganismos de Resistência a Antimicrobianos (RAM).

O GCL-PPCIRA tem uma natureza multidisciplinar entre membros consultivos que assessoram o grupo executivo de acordo com as suas competências, incluindo na sua composição, médicos (entre estes, um infeciologista, um patologista clínico/ microbiologista, a tempo parcial), farmacêuticos e outros técnicos de saúde ligados à área de intervenção, e 3 enfermeiras.

Quanto ao perfil das competências, a equipa de Enfermagem é composta, pela enfermeira gestora (a tempo parcial) EEMCPSC, recomendada pela OE, por uma enfermeira EEMCPSC, uma enfermeira com competência acrescida em Prevenção e Controlo de Infeção e uma enfermeira, perita nesta área. A equipa conta com os membros dinamizadores (elos em cada serviço) que colaboram na consecução dos objetivos.

O GCL-PPCIRA é um órgão de apoio e de referência. Todas as atividades estão focalizadas na segurança do doente/utente e profissionais bem como, na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Neste contexto, o parecer e as avaliações deste grupo são imprescindíveis em todas as áreas e atividades hospitalares, articulando direta ou indiretamente com todos os profissionais do CH, nomeadamente responsáveis do serviço.

O GCL-PPCIRA recebe diariamente, pela plataforma do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica e Controlo de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (HEPIC), os resultados de análises microbiológicas nas quais estão identificados os Microrganismos Multirresistentes (MR) e Microrganismos Epidemiologicamente Importantes (MEI). A Enfermeira regista essa informação no processo clínico, conforme as recomendações da DGS (2017) e comunica aos respetivos serviços os resultados e recomendações associadas.

Assim, seguindo o descrito no despacho n.º15423/2013, (atualizado pelo despacho n.º 10901/2022) e definido em regulamento interno deste CH, ao GCL-PPCIRA, compete supervisionar e incentivar as boas práticas locais de prevenção e controlo de infeção, garantir o cumprimento obrigatório dos programas de Vigilância Epidemiológica (VE) das IACS e RAM, Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS), dos MR e outros MEI, inquéritos de prevalência e estudos de incidência e garantir retorno de informação da VE aos serviços, informando as não conformidades detetadas, e as oportunidades de melhoria, com aconselhamento de estratégias de atuação. Compete-lhe a elaboração de recomendações de boas práticas, a formação (formal e informal) e informação, a realização de auditorias e consultadoria e apoio com emissão de pareceres.

A implementação efetiva, nas instituições hospitalares, das medidas preconizadas como necessárias à promoção e à efetividade de boas práticas na área do controlo de infeção e da gestão do risco/segurança do doente, representa uma condição indispensável para melhorar processos e resultados, minimizar as complicações potencialmente evitáveis, e reduzir a incidência de eventos, em acordo com a JCI (2017).

É também da responsabilidade do GCL-PPCIRA para além da VE (de processo, de estrutura e de resultado), inúmeras atividades de consultadoria e apoio. Salientam-se: articulação com o grupo de gestão do risco clínico e não-clínico (risco de prevenção infeção); Serviço de

Segurança e Saúde no Trabalho (nas áreas que são comuns e que se complementam); com o Serviço de Instalação e Equipamentos (Instalações e empresas concessionadas), com a CQS, Serviço de Patologia Clínica (área de microbiologia); com o Serviço Farmacêutico, na aquisição de antissépticos e desinfetantes; “*Stewardship*”/Consultadoria antibiótica (parar, diminuir espectro e número, reduzir duração, corrigir, ensinar); com o Serviço de Aprovisionamento no que se refere à aquisição de materiais, produtos e equipamentos (utilizados de limpeza, desinfecção), equipamentos de proteção (luvas, batas), material clínico e não clínico que interfere direta/indiretamente na prevenção e controlo da infeção (material de pensos, material de cateterização, material cirúrgico), na aquisição de materiais, produtos e equipamentos utilizados nos processos de esterilização; e no Caderno de encargos para seleção de empresas “*outsourcing*” (desinfestação, recolha de resíduos, lavandaria e alimentação).

O ambiente hospitalar é um reservatório potencial de microrganismos (Fonseca,2017). As diferentes áreas hospitalares são classificadas de acordo com o risco de infeccioso, de acordo com os critérios de *Spaulding*. O ambiente é um dos componentes das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e é considerado um dos critérios de qualidade. De acordo com um procedimento interno da instituição de saúde onde foi realizado o EC, para a desinfecção da unidade do doente infetado/colonizado por MR ou MEI, após a alta, existe a possibilidade do uso de peróxido de hidrogénio ou o uso do robô de desinfecção com radiação ultravioleta. No entanto, esta é muitas vezes um recurso como possibilidade alternativa ao processo de desinfecção preconizado devido à insuficiência de recursos humanos e à urgência da vaga, no entanto sempre sujeita à disponibilidade e avaliação do GCL-PPCIRA.

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No contexto da Enfermagem especializada, no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, é ressalvada a importância da mobilização de conhecimentos avançados e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e a utilização da evidência científica para avaliação das práticas implementadas (OE, 2019a).

Neste capítulo pretendeu-se descrever as atividades desenvolvidas, reflexão realizada e fundamentada numa base teórica e científica de apoio num intuito de aquisição e consolidação de competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEEMCPSC, baseado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º140/2019 (OE, 2019a) e no Regulamento das Competências Específicas do EEEMCPSC, n.º429/2018 (OE, 2018).

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do enfermeiro especialista "são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas (...) demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745). Este mesmo regulamento dita que o enfermeiro especialista, é aquele a quem se reconhece as competências definidas para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Estas competências encontram-se divididas em quatro domínios: "Responsabilidade Profissional, Ética e Legal", "Melhoria Contínua da Qualidade", "Gestão dos Cuidados" e "Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais".

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Na Declaração Universal dos Direitos Humanos, na Lei de Bases da Saúde e na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, está presente que todas as pessoas têm direitos, sendo estes indiscutíveis e inalienáveis [Entidade Reguladora da saúde (ERS), 2011]. A circunstância de estar a vivenciar uma situação de doença não perde nem vê diminuídos os seus direitos como cidadão e confere características pontuais a certos direitos fundamentais.

A Enfermagem, que lida diretamente com o indivíduo e com o seu bem jurídico mais valioso, a Vida, está sujeita a uma disciplina especial, regulada pela OE, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e respeitando o Código

Deontológico (CD). “O enfermeiro deve adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015, pp.101-102) garantindo o cumprimento do inscrito nos Padrões de Qualidade (OE, 2017).

O valor e o respeito pela dignidade humana e proteção da liberdade são apanágios universais e inalienáveis que suportam direitos consagrados de promoção e defesa dos que são cuidados. O dever de garantir, de proteger a saúde e de cuidar do bem-estar é inerente ao mandato social, jurídico e ético dos profissionais de Enfermagem (Duarte, 2019).

Durante os EC, foram inúmeros os desafios, e reflexão, continuando a pautar a prática por valores legais, éticos e deontológicos. Em ambiente muitas vezes perturbador, que provoca muitas vezes indignação ética, que coloca o profissional à prova, convidando-o a um cuidar, que na maioria das vezes, é marcado pela dor, pelo sofrimento e pela angústia da inevitabilidade da morte.

Em todos os contextos de EC na prestação de cuidados surgiram dilemas (bio)éticos. Na prática da Enfermagem é crucial o respeito pela vida e dignidade humana, pelo sigilo profissional, o dever de não discriminar e proteger os mais vulneráveis, não esquecendo, como descrito no modelo principalista de Beauchamp e Childress (2001), os quatro princípios bioéticos: autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência – fundamentais para a compreensão da abordagem atual da avaliação ética em saúde e na tomada de decisão (Sánchez & Macpherson, 2018).

Apesar de no EC desenvolvido no GCL-PPCIRA, não contactar diretamente com doentes, o processo reflexivo estendeu-se aos cuidados que de forma indireta se prestam aos doentes/família, e aos profissionais. O PPCIRA, é um órgão de apoio e de referência, todas as atividades têm como objetivo promover a segurança do doente e dos profissionais, bem como a qualidade dos serviços, e como tal é transversal a todos os contextos do cuidar. O doente internado tem direito à confidencialidade de toda a sua informação clínica e de todos os elementos identificativos que lhe digam respeito. O enfermeiro deve nos vários processos de prestação de cuidados, proporcionar aos doentes e família cuidados seguros, não comprometendo a liberdade, a autonomia e a dignidade humana onde também assenta o direito a ser informado (OE, 2015). Assim no enquadramento ético e legal, na definição e cumprimento dos padrões de qualidade, tem um papel determinante e decisivo na aplicação das medidas e conseqüentemente na estratégia de PPCIRA, para além de imperativo ético e deontológico.

A afluência de doentes ao SUMC é uma dinâmica, inconstante em número assim como na sua tipologia. A sobrelotação de doentes no SUMC, é um problema que se tem tornado

crescente, uma preocupação mencionada e difundida na literatura internacional, sendo definida como uma procura pelos serviços que ultrapassa os recursos disponíveis. É alvo de estudo, não limitado ao SUMC, desde a causa às consequências, e é uma problemática mundial já descrita como questão de saúde pública (Gonçalves, 2018). Acarreta também riscos morais para o doente, que se refletem ao nível da falta de privacidade e confidencialidade, da redução da qualidade dos cuidados, pelo atraso, e cria barreiras à participação na tomada de decisão para os tratamentos. Gonçalves (2018), apoiando-se em Crawford et al. (2014), refere que para a Enfermagem, o cerne da preocupação com as estratégias para ultrapassar a sobrelotação, prende-se com o manter o equilíbrio entre garantir a segurança do doente e assegurar a qualidade dos cuidados.

A PSC, numa UCI, passa por um processo de separação e isolamento, separado da família/cuidador, dos seus bens e valores pessoais. Entra num local, desconhecido, associado a conotações de risco e negativas, restrito à presença de uma equipa que, para cuidar o vai expor, invade a sua privacidade, e executa técnicas, provocando por vezes dor, situação que fragiliza a PSC (Baggio, 2011). No contexto de UCI, os enfermeiros são confrontados diariamente com tomadas de decisão sobre temas complexos, como a manutenção ou suspensão do suporte de vida que os obriga a mobilizar conhecimentos de ordem ética e deontológica, na tomada de decisão que deveria envolver toda a equipa (Motta & Paulo, 2020). De facto, não é fácil para os profissionais de saúde aceitarem que deixar morrer também é cuidar do outro (Alves, 2015). Torna-se fundamental o EE ter presente os princípios éticos e deontológicos reguladores da profissão e sustentar-se num raciocínio crítico baseado em conhecimento, prática clínica e evidência científica, tal como mencionado pela OE (2019a), de forma a ser considerado um elemento catalisador na promoção de consensos na equipa multidisciplinar na tomada de decisões mais ajustadas à realidade emergente.

A tomada de decisão é fundamental na disciplina de Enfermagem. Esta competência não técnica apresenta um elevado impacto na qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados, através do delinear das intervenções que são implementadas e conduzidas pelo raciocínio crítico dos enfermeiros (Silva, 2011).

Desta forma ao longos dos EC, participei em processos de tomada de decisão, com a restante equipa multidisciplinar, fazendo valer para isso a colheita de informação, diagnósticos de Enfermagem, a avaliação sistemática do doente, bem como a avaliação das intervenções efetuadas, contribuindo de forma responsável e ética. Nesta relação de ajuda particular, cuidar da PSC está relacionado com a dualidade entre salvar uma vida e respeitar os valores individuais. Respeitar a dignidade da pessoa cuidada integra o reconhecimento dos valores e a promoção dos direitos da pessoa (Kérouac et al., 1994).

O SUMC é uma das principais portas de entrada no CH. O critério de acesso aos cuidados é o da gravidade, com a realização da triagem de Manchester a todas as pessoas inscritas. Assim perante o Princípio da Justiça, permite igual distribuição dos recursos em saúde a todos que apresentam necessidades em condições semelhantes, a toda a população que recorre a estes serviços (Bessa, 2013). No entanto, a explicação destes critérios aos doentes/ família e a comunicação, revelou-se importante, já que a interpretação pessoal da condição de saúde que leva à procura dos serviços difere de pessoa para pessoa e pode ser geradora de conflito. Perante a urgência do cuidar a PSC, as prioridades dos profissionais são terapêuticas e o foco da sua atenção dirige-se ao suporte dos sistemas (Nunes, 2015). Carel (2009) refere que, apesar de os enfermeiros não experienciarem a doença, testemunham continuamente o sofrimento e envolvem-se na tentativa de o limitar, sem questionar este impacto no seu dia-a-dia. Pacheco (2018) refletindo sobre o tema, refere que o enfermeiro deve aceitar a sua vulnerabilidade e tirar partido da mesma no cuidar ao outro. Desenvolver estratégias de modo a não ignorar os sentimentos dos doentes, evitando perda de identidade e autonomia, visto que estes, por momentos, são considerados incapazes de escolher, decidir ou expressar-se. Facto que não pude deixar de dar relevância e aplicar enquanto estudante EEMC-PSC. A evidência enfatiza que é necessária maior centralidade na pessoa, nas suas características de vida (Cardoso, 2015), mas, a rapidez necessária à tomada de decisão impede, por vezes, que os profissionais tomem consciência dos desejos e sentimentos das pessoas.

Sempre que possível, a prestação de cuidados e a resolução de problemas deve ser em parceria com o doente. O envolvimento do doente e da família, revela-se a melhor opção, pois nem sempre aquilo que o profissional pensa que é melhor para o doente, o é na realidade. O Princípio da Autonomia permite ao utente a liberdade de decisão fundamentada numa informação correta e esclarecida da sua situação (Rosa et al., 2016) na obtenção do consentimento informado, esclarecido e livre, verbal ou escrito, por parte do doente, como um dos deveres éticos e legais na prática clínica dos profissionais de saúde (DGS, 2013). Por outro lado, a Carta dos Direitos do Doente Internado (CDDI) prevê o direito de o doente aceitar ou recusar qualquer ato proposto (ERS, 2021). A necessidade de obtenção do consentimento informado assenta na proteção do direito à integridade física e moral da pessoa, no reconhecimento da sua autonomia e na capacidade deste, decidir livremente sobre si (Almeida, 2007). Consciente do dever de o respeitar e defender, os EC levaram a refletir sobre a importância das situações em que a pessoa não está capaz de participar na decisão, pela comunicação condicionada ou pela instabilidade inerente à situação crítica, e cabe ao enfermeiro decidir o que é o melhor, presumindo o consentimento (supor que a pessoa consentiria, se para tal tivesse capacidade ou competência) (DGS, 2015a). No entanto, desta

forma é também garantido ao doente o direito à proteção da saúde, estando a liberdade individual protegida pelo direito ao consentimento quando a pessoa não se apresentar consciente e não conseguir manifestar a sua vontade, convicções e desejos (Deodato, 2014).

Por outro lado, importa perceber a existência ou não de registo Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) (Lei n.º 25/2012, 2012), no Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV), requerendo assim um correto Registo de Saúde Eletrónico na Área do Profissional. É uma atitude fundamental para a manutenção do papel ativo do doente, não comprometendo o Princípio da Autonomia e do consentimento (Santos, 2019).

Num SUMC nada está pré-definido, é grande a diversidade de ocorrência de situações para as quais nem sempre estamos preparados, daí a importância da formação em PSC. Uma delas foi uma situação de Intoxicação Medicamentosa Voluntária (IMV), com suspeita de violação, em que houve necessidade de recolha e preservação de vestígios no cumprimento da cadeia de custódia, dentro da prioridade que é o salvar a vida. Foi importante o aporte teórico, não só em relação às diligências, a articulação entre saúde e justiça, mas sobretudo em relação a todos os aspetos éticos e deontológicos, que enformam a boa prática em enfermagem (OE, 2009).

Por certo que as UCI, transportaram a um outro paradigma de cuidados e de intervenção, ao permitir o suporte artificial de funções vitais. No entanto, só fazem sentido se tiverem por objetivo o tratamento com vista à recuperação da PSC para uma vida com dignidade e não para prolongar o processo de morrer. A obstinação terapêutica questiona o respeito pela dignidade e integridade da pessoa vulnerável, constituindo a fronteira entre o Princípio da Beneficência e o da Maleficência (Lima, 2006). Neste EC, verificou-se em algumas ocasiões, em equipa, a avaliação da evolução da situação da PSC, a discussão sobre os tratamentos excessivos / injustificados, sem o considerar como incapacidade ou fracasso. Impõe-se uma reflexão norteada por coordenadas éticas e centrada na realidade do doente, no sentido de evitar a ocorrência de obstinação terapêutica (D'Arco et al., 2016). Foi importante em termos de reflexão verificar que apesar de situações de alguma vulnerabilidade, os enfermeiros estão sensíveis a uma assistência determinada pelo cuidado humanizado, reconhecendo o limite da tecnologia.

Quando no desfecho de uma situação exista a deteção, precoce, de potencial dador de órgãos, inicia-se todo um dilema ético e deontologicamente complexo. Embora não o tenha experienciado, tinha sido uma situação que a equipa tinha vivido recentemente, proporcionando-se como alvo de reflexão. A certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação de funções do tronco cerebral e sua irreversibilidade. O modelo

jurídico português da doação de órgãos é o consentimento presumido, onde qualquer pessoa ao falecer é um potencial dador de órgãos ou tecidos para transplante, desde que em vida não se tenha manifestado contra esta possibilidade, através de inscrição no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) (Decreto de Lei 244/94, 1994). Em Portugal a colheita e doação de órgãos e tecidos é regulamentada pelo (Decreto de Lei n.º 12/93, 1993). Esta lei faz referência a alguns princípios éticos, nomeadamente o princípio da confidencialidade, da autonomia, solicitude, solidariedade, justiça distributiva e da gratuitidade, como o principal argumento ético/moral que apoia a colheita de órgãos. Quanto ao dador vivo de órgãos, o Decreto-Lei n.º 168/2015, de 21 de agosto, estabelece o regime de proteção em relação a eventuais complicações do processo de doação e colheita.

Os cuidados na manutenção do dador multiorgânico, implicam muito conhecimento e sensibilidade, sobre os fatores na sua otimização, e consiste no combate ao curso natural dos acontecimentos, de modo a preservar os órgãos a transplantar. E sem descurar o fundamental apoio à família, neste processo de perda e de luto. É de salientar que a percentagem de familiares que se opõem à doação é muito pequena. Ainda assim, se a família não tiver opinião favorável a que o seu familiar seja dador, não estando inscrito no RENDDA, este não será encaminhado para doação de órgãos. A tomada de decisão assume aqui um dilema ético, por um lado o que a Lei Portuguesa direciona na oportunidade de salvar uma ou mais vidas, por outro o respeito pela família e pelo seu processo de luto.

Neste ambiente de grande complexidade, no exercício das suas funções o enfermeiro deve, segundo Silveira (2014), manter o reconhecimento da singularidade do doente, seus valores e das suas crenças, o que requer respeitar profundamente a sua condição. Os cuidados prestados em EC pautaram-se por um rigoroso respeito pelos Princípios da Beneficência e Não Maleficência.

No SUMC, foi de salientar o esforço da equipa de Enfermagem, no sentido de humanizar o cuidado à PSC. Uma tarefa desafiante e árdua, em promover a privacidade e dignidade da pessoa, mesmo em situações mais críticas e com as especificidades deste serviço e da sua estrutura física, da sobrelotação das áreas, como alocar o doente noutra espaço para realização de algum procedimento, para que fossem garantidas as melhores práticas e privacidade. A privacidade é uma necessidade e um direito de todo o ser humano, sendo indispensável para a manutenção da dignidade que todos os profissionais demonstrem preocupação com a proteção da privacidade do doente nos cuidados (Morganheira et al. (2017).

Sem a existência de barreira sonora, revelaram uma conduta de respeito pelo doente na tentativa de confidencialidade e de segurança da informação, nomeadamente na transição de cuidados. A sobrelotação ameaça a segurança do utente, coloca a sua privacidade em causa, provoca atrasos no atendimento, aumenta a taxa de mortalidade e é fonte geradora de *stress* nas equipas hospitalares (Gonçalves, 2018).

O ambiente de UCI é marcado pelo alto desenvolvimento tecnológico, em que ocorre predominância da máquina (Sanches, 2016), os ruídos desconhecidos dos equipamentos, a luminosidade excessiva e constante, e as atividades de Cuidados, influencia a privação do sono em doentes críticos, altera o ritmo circadiano, o bem-estar físico e mental (Silva, 2021). Sempre que possível, os enfermeiros tentam respeitar as horas de sono, diminuindo a intensidade da luz, falar com um tom de voz mais baixo e reduzir o volume dos alarmes e telefones. É também reconhecível que a manutenção da privacidade da PSC é um desafio para a equipa, pela especificidade da assistência e pelas características físicas das UCI. Por tudo isto, é importante perceber que se torna necessário ao olhar para a pessoa a vivenciar uma situação crítica, considerar toda a estrutura que a compõe e não negligenciar os valores que completam o ser humano hospitalizado.

2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

A qualidade dos cuidados de saúde é um tema que tem ganho relevância ao longo dos anos. A garantia da qualidade dos cuidados é da responsabilidade de todos os profissionais que os prestam, e existe uma crescente consciencialização das pessoas pelos seus direitos e deveres, levando também a um aumento da expectativa sobre a qualidade dos cuidados que lhes são prestados. A preocupação com a qualidade é inerente ao ser humano e acompanha-o durante a sua evolução, ao longo da vida e segundo as circunstâncias.

O exercício profissional do enfermeiro como um processo essencial na construção de um sistema de melhoria contínua da qualidade passa pelo cumprimento dos padrões de qualidade, em que estão implícitos a satisfação do utente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado dos clientes, a readaptação funcional e a organização dos serviços de Enfermagem, referidos nos enunciados descritivos. Estes são alcançados diariamente através das intervenções de Enfermagem, autónomas ou interdependentes, traduzindo-se em ganhos em saúde (OE, 2017).

A OMS definiu os conceitos básicos da qualidade, declarando que os cuidados devem ser eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no doente, equitativos e seguros. A

segurança dos doentes é vista como um indicador do sucesso do sistema para a melhoria da qualidade (OMS, 2020).

Para enquadrar esta competência é importante referir que atualmente a qualidade em saúde surge, cada vez mais, como prioridade a nível das instituições de saúde e dos seus profissionais, dando resposta ao Despacho n.º 9390/2021 (2021). Este documento dá indicação para que os cuidados de saúde sejam equitativos e acessíveis a todos e, que consigam dar respostas às necessidades e expectativas dos cidadãos.

A segurança, é definida pela DGS, como a inexistência para o doente ou redução de risco de dano desnecessário ou dano potencial associado aos cuidados de saúde, à luz dos conhecimentos atuais e dos recursos disponíveis (DGS, 2011).

A melhoria da segurança dos utentes é uma responsabilidade de equipa que deve mobilizar competências individuais na gestão de todas as atividades. A promoção da segurança do utente requer um esforço coordenado de todos os envolvidos no processo de cuidados e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da cultura de segurança (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

A gestão da qualidade, através das suas políticas têm como base o Plano Nacional para Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026. Este plano constitui-se como uma ferramenta de apoio, exigindo um envolvimento ativo de responsabilidade de governação, coordenação e operacionalização nos diferentes níveis de cuidados, de modo a aumentar a segurança da prestação de cuidados de saúde, tendo presente o foco no doente e seus cuidadores (Despacho n.º 9390/2021, 2021). Tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, em particular no Serviço Nacional de saúde (SNS), incluindo em contextos próprios dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos. Estabelece ainda como objetivo estratégico reduzir as IACS e a RAM.

Este despacho realça também a importância da implementação de medidas de prevenção e estratégias nas instituições que garantam boas práticas. Isto poderá implicar mudanças organizacionais e comportamentais, quer dos profissionais, quer das instituições envolvidas.

A instituição onde decorreram os EC é acreditada pela JCI. Esta acreditação certifica a excelência e a qualidade dos cuidados de saúde prestados e rege-se por metas internacionais para a segurança do doente: 1- identificar corretamente os doentes; 2- melhorar a comunicação efetiva; 3- melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; 4- reduzir o risco de

lesões resultantes de quedas em doentes; 5- assegurar cirurgias com local da intervenção correto, procedimento correto e doente correto; 6- reduzir o risco de IACS (JCI, 2020).

De acordo com as áreas prioritárias de atuação, o enfermeiro gestor elabora um projeto para o biénio, de melhoria contínua para o serviço, integrando essas mesmas áreas e indicando estratégias que permitam monitorizar os indicadores de qualidade. Os indicadores são usados como guias orientadores na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde (Malta et al., 2019).

Na UCI, foi definida a “Incidência de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica Invasiva (VMI)” como indicador de qualidade do serviço. Constatou-se o empenho de toda a equipa em cumprir boas práticas de forma a diminuição dessa incidência, adotando a norma da DGS de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (DGS, 2015b). A responsabilidade com que toda a equipa assumia o cumprimento das normas, orientações e recomendações dos vários feixes de intervenções na sua dinâmica de prestação de cuidados à PSC, era notória, tornando-o fácil. E isso deve ser o objetivo da ação do EE.

No SUMC a “Taxa de conformidade na identificação correta dos doentes” é uma preocupação constante de toda a equipa de Enfermagem. Pois pela estrutura física e pela sobrelotação e pela grande rotatividade, os doentes poderiam estar alocados em diferentes zonas no mesmo turno, pelo que importava garantir a sua correta identificação, seguindo os princípios na identificação dos doentes preconizados pela DGS (DGS, 2011a). Os erros associados à não identificação inequívoca de doentes estão na base de erros com medicação, transfusões, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, realização de atos a pessoas erradas e outros incidentes de gravidade (DGS, 2011a).

A identificação inequívoca do doente deve acontecer sempre antes de qualquer abordagem ao próprio ou cuidado prestado. A confirmação é feita verbalmente, se o doente se encontrar orientado na pessoa, e através da observação dos dados da pulseira identificativa. Os dados devem ser fidedignos como o nome, o número de processo clínico e data de nascimento, para uma prática segura (DGS, 2011a). No entanto na UCI, como cada enfermeiro tem atribuído em média 1 a 2 doentes e estes permanecem internados durante longos períodos, a necessidade sentida pelos enfermeiros para a dupla verificação era menor. Mesmo entendendo o contexto, à semelhança do internamento onde exerço funções, considero que o cumprimento desta meta é uma etapa irrefutável para a segurança do doente.

A qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente, estando associada à continuidade de prestação de cuidados, à diminuição de Eventos Adversos (EA) e consequentemente ao decréscimo da mortalidade (DGS, 2017).

Assim, é recomendado que a transição de cuidados obedeça a uma comunicação efetiva e eficaz na transferência de informação entre as equipas, para segurança do utente, devendo ser normalizada utilizando metodologia ISBAR, acrónimo que corresponde a: *Identify*, (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações), aplicando-se a todos os níveis de prestação de cuidados (DGS, 2017). Trata-se de uma “metodologia padronizada, simples, flexível, concisa, e clara para comunicar informações desses cuidados” (DGS, 2017, p.6). Deve ser utilizada nos momentos de transição de cuidados, assim como na transferência dos doentes entre serviços, de forma a garantir a segurança da comunicação, evitando falhas e possíveis EA, na continuidade de cuidados. Nos contextos de EC, apesar desta metodologia estar instituída, nem sempre era cumprida por isso questionei e clarifiquei dúvidas. Na UCI, ao referirem a situação atual, para uma informação mais sistematizada faziam referência aos sistemas fisiológicos, pela especificidade, orientar avaliação e recomendações.

O dever de sigilo consta do artigo 106º do Código Deontológico do enfermeiro, na sua alínea b, é mencionado que o enfermeiro assume o dever de "partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, salvaguardando o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família" (OE, 2015, pp.84-85). É assim um direito que assiste o doente. A transmissão de informação relativa aos utentes que se encontram no SUMC ou internados no SMI, na transição de cuidados é realizada pela equipa de Enfermagem nos balcões, em espaço aberto para as unidades dos utentes. O cuidado a ter com a informação transmitida e na identificação do doente, a atitude profissional e comunicação efetiva adotada no momento é algo que não deve ser descurado, e que esteve sempre presente nos EC. Como sugere o parecer do Conselho Jurisdicional (CJ) da OE 20/2001 (OE, 2001), onde é mencionado que os locais de passagem de turno são geridos em contexto de trabalho, não estando em causa o local, mas o conteúdo das informações transmitidas diante terceiros. Os registos de Enfermagem testemunham a prática do cuidar, deixando traços de uma prática profissional humana (Hesbeen, 2001), preconizando uma observação apurada e um conhecimento profundo e holístico do doente ou pessoa significativa.

Existem informações importantes que, sendo omitidas, podem ser prejudiciais para o utente e sua recuperação. As tecnologias de informação e comunicação (TIC) desempenham um importante papel nesta área [Ministério da Saúde (MS), 2015]. Nos EC, o processo clínico do utente encontra-se informatizado no software SClínico, confuso nos primeiros dias de EC no SUMC, por ter uma configuração diferente da utilizada no serviço onde exerço funções, o que levou a um dispêndio de mais tempo na sua utilização. É importante a modernização dos

cuidados de saúde, acompanhando sempre a atualização tecnológica. Tal como Aleixo (2010) refere, a informática permite gerir, analisar e transmitir dados e conhecimentos importantes para os profissionais de saúde, tendo como principais objetivos, incrementar a produtividade em Enfermagem, alcançar eficiência e garantir resultados satisfatórios no utente.

Um dos objetivos estratégicos no âmbito da segurança dos utentes é também a prevenção da ocorrência de quedas e de úlceras por pressão, como referenciado no PNSD. A nível dos contextos dos EC, na prevenção de quedas na UCI, é realizada a avaliação do risco de queda na admissão da PSC no serviço utilizando a escala de *Morse*, e a escala de *Braden* para proceder à avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, e eram implementadas as intervenções de acordo com o procedimento interno da instituição, baseado nas Normas da DSG (DGS, 2011b, 2019c).

Apesar de existirem ferramentas para avaliação do risco de queda no SUMC como a escala *Kinder 1 Fall Risk Assessment Tool*, ou *Memorial Emergency Department Fall-Risk-Assessment Tool* (MEDFRAT), que incluem na avaliação outros critérios como a confusão/desorientação, intoxicação ou sedação, marcha prejudicada, uso de dispositivos de mobilidade assistida e eliminação (Ashley & Hochman, 2018), neste serviço, o risco de queda não era avaliado, sendo considerado em todos os doentes alto risco de queda. Factos que levaram, em momento de diálogo e de crescimento a troca de opiniões, pela percepção que tenho dos doentes que são internados no serviço de Medicina versus o tempo de permanência no SUMC.

Além das consequências negativas para PSC e sua família, a ocorrência de úlceras por pressão e de quedas conduzem a internamentos mais prolongados e a readmissões hospitalares, traduzindo-se num aumento dos custos para os serviços de saúde (DGS, 2011b). Existem ganhos em saúde através da avaliação e prevenção de quedas, dos fatores associados, da implementação de intervenções, da prática baseada na evidência, da investigação, da formação dos profissionais e da criação de guias de boas práticas (Almeida, et al., 2010).

A segurança do medicamento, sua preparação e administração, não descurando a conservação (controlo de temperatura e de humidade), foi uma meta, com especial atenção na prestação de cuidados em EC, sobretudo com os Medicamentos de Alto Risco. Estes medicamentos são usados com muita frequência na UCI e no SUMC e, o seu uso incorreto, apresenta grande probabilidade de causar danos graves, ou mesmo fatais, aos doentes. Percebemos que a concentração exigida não era facilitada, e que, o ruído externo permanente, múltiplos profissionais, solicitações constantes e número elevado de doentes,

são fatores que incrementam o erro, todos estavam presentes. Kane-Gill et al. (2017) afirmam que a PSC tem um maior risco de ocorrência de EA ou erros, uma vez que lhe é administrado em média o dobro dos fármacos do que os outros doentes. Face a isto, a organização e método de trabalho adotando estratégias para minimização do erro e a identificação inequívoca do utente, cumprindo as normas internas da instituição, são cruciais.

Reconhecendo a importância da notificação de incidentes de segurança, a DGS criou o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA) (DGS,2014a), que se juntou ao Sistema Nacional de Farmacovigilância, do INFARMED, e ao Sistema Português de Hemovigilância, do Instituto Português do Sangue e da Transplantação. O seu objetivo estratégico é aumentar a cultura de transparência da notificação, tal como promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do doente no sistema NOTIFICA (Despacho n.º 9390/2021, 2021). A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde (DGS, 2021).

O desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes é objetivamente educativo, uma vez que possibilita e facilita a aprendizagem, assim como a implementação de medidas de melhoria da segurança do doente (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

Reconhecida a importância da qualidade dos cuidados prestados, nos locais dos EC, existia um elo dinamizador da CQS e do GCL-PPCIRA, promovendo e monitorizando as boas práticas nas várias áreas da prestação de cuidados.

O GCL-PPCIRA onde decorreu o EC, disponibiliza, na perspetiva de melhorar a prestação de cuidados de Enfermagem, orientações sob a forma de procedimentos e/ou instruções de trabalho no âmbito da prevenção e controlo das IACS através da intranet. A existência de procedimentos e a sua divulgação na instituição é extremamente relevante quando se fala de qualidade em saúde, indo de encontro ao estudo de Figueiredo et. al (2017), onde concluiu que os cuidados de saúde protocolados, quando aplicados a uma equipa multidisciplinar, são fundamentais para uma uniformidade e qualidade dos mesmos, aumentando também a eficiência.

São realizadas auditorias internas através das quais se pode avaliar, de forma objetiva, o nível de implementação de políticas e procedimentos. Existem vários tipos de auditorias internas, como a observação da higiene das mãos (DGS,2019a), do uso de luvas que, geralmente, é

efetuada anualmente pelos elos dinamizadores de cada serviço, e a das PBCI (DGS, 2012), realizadas por um elemento do PPCIRA.

Constata-se que, as auditorias aos cuidados são de grande valor formativo e promotoras de melhoria contínua, permitindo identificar falhas ou fragilidades e a consequente adoção de medidas que minimizem essas falhas promovendo um ambiente terapêutico mais seguro. O EE, como elemento diferenciado na equipa tem o dever de acompanhar, motivar e até liderar estes processos de melhoria. O *feedback* sobre o desempenho pode melhorar a conformidade da prática de cuidados e a implementação de ações de melhoria (Despacho n.º 3844-A/2016, 2016). Ou seja, o retorno regular desses resultados, por parte das chefias, deve ser realizado de forma construtiva e educativa sempre com o intuito de aprendizagem e sentido de responsabilidade para que os profissionais possam identificar os problemas e melhorar o seu comportamento.

Na avaliação de risco de infeção, existe um mecanismo, pelo programa informático HEPIC e SClinico, aquando da admissão do doente portador de MEI, emite um alerta, possibilitando a alocação mais correta, apesar da sobrelotação, permitindo aos profissionais adotarem as medidas corretas. É muito importante o trabalho que a recente equipa de gestão de vagas estava a realizar com a colaboração do GCL-PPCIRA, para potenciar a rápida colocação/internamento dos doentes identificados com MEI ou MR, dentro do contexto geral dos serviços, em quarto ou coorte.

Sendo um grupo de consultoria, salientaram-se atividades que considero importantes na qualidade e segurança da PSC como a articulação com o grupo de gestão do risco clínico e não-clínico nas áreas que são comuns e que se complementam como por exemplo obras (pelo risco de disseminação de partículas e de microrganismos); novas instalações (circuito do doente, circuito limpos/ sujos, localização dos lavatórios, do local e forma de acondicionamento da roupa, do material clínico esterilizado ou não, a necessidade de controlo de temperatura e humidade, o local de acondicionamento e preparação de medicação), colocando questões e emitindo pareceres com base em evidência científica. Toda esta experiência mostrou-se gratificante, pois premiou o antecipar e potenciar das melhores condições do meio e do ambiente para a prática de cuidados seguros. Existiram vários momentos de reflexão e discussão com os diferentes profissionais, acrescentando visão enquanto futura enfermeira especialista.

2.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados

A gestão de Enfermagem tem duas dimensões: a administrativa e assistencial. A gestão de Enfermagem administrativa promove ações que são dirigidas para a organização do trabalho e dos recursos humanos, cujo objetivo é possibilitar as condições adequadas para a oferta dos cuidados e para a atuação da equipa de Enfermagem. Já a dimensão assistencial, tem como foco de intervenção do enfermeiro, as necessidades de cuidados de saúde com a finalidade de satisfazê-las. Desta forma a gestão de cuidados de Enfermagem é essencial para alcançar metas como a qualidade, segurança e eficácia nos cuidados de saúde prestados (Mororó et al., 2017).

O enfermeiro especialista deve ter competências de gestão, otimizando as respostas de Enfermagem e da equipa de saúde para garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019).

Neste domínio o EEMCPSC deve ser capaz de conduzir e otimizar a resposta da sua equipa, de acordo com as diferentes situações e contextos, garantindo sempre a qualidade dos cuidados, indo de encontro ao que o Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019) menciona, em que todo o EE deve ter capacidade de tomada de decisão para otimizar todo o processo de prestação de cuidados.

Com o intuito de adquirir esta competência, acompanhou-se durante alguns turnos os enfermeiros coordenadores nos diferentes locais onde foram desenvolvidos os EC. Assim ao longo deste percurso presenciou-se várias tomadas de decisão por parte destes, para colmatar as necessidades e escassez de material e recursos humanos, garantindo a melhor prestação de cuidados.

Tanto no SUMC, como na UCI, foi alvo de reflexão e de confronto de opiniões, o facto de, nem todos os coordenadores de turno serem detentores do título de EE, contrariamente ao que a OE refere em pareceres sobre o tema. O Parecer n.º 20/2015, conclui que, se as equipas dos SU apresentarem na sua constituição EEMCPSC, deverão ser estes a exercer as funções de chefes de equipa, e a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC) (2015) assim, no Parecer n.º 15/2018, esclarece e mantém o parecer em relação à equipa na UCI, na função de chefia/coordenação (MCEEMC, 2018).

No entanto constatou-se que todos os enfermeiros que exercem funções de coordenação no SUMC detêm uma longa experiência no serviço e possuem competências pessoais para a prática de coordenação (ao nível comunicacional/relacional, na gestão de equipas), respeitados pelos enfermeiros gestores e restantes elementos da equipa, independentemente de serem ou não EE. A capacidade de tomar decisões perante situações complexas é o que

diferencia o enfermeiro no que toca à sua perícia, alcançando o seu auge na passagem por cinco níveis: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). Denotou-se uma linha orientadora de Patrícia Benner que reconhece o valor da prática perita em Enfermagem e o seu impacto na qualidade dos cuidados prestados. A autora descreve o enfermeiro perito como aquele que detém uma vasta experiência e conhecimento, evidenciando um julgamento clínico, ágil e intuitivo na identificação dos problemas do utente/cuidadores, e que, habitualmente, o enfermeiro perito é muito respeitado "tanto pelos colegas como pelos outros profissionais da equipa multidisciplinar, pelas suas capacidades de julgamento e competências" (Benner, 2001, p.58).

Na UCI a liderança era alvo de algum debate, um aspeto que considerou de importante reflexão no processo de aprendizagem enquanto futura EE, tema para o qual sempre existiu alguma sensibilidade, mas ao qual nunca foi dispensado muito tempo.

Um líder, em Enfermagem, deverá para ser efetivo e bem-sucedido: compreender a reforma do sistema de saúde, ser visionário, pensar de forma estratégica, planear de forma eficiente, gerir a mudança e trabalhar de forma efetiva em equipas (OE, 2015). Um líder em Enfermagem deverá ter algumas competências interpessoais fundamentais, como a comunicação, a negociação, capacidade de motivar e influenciar os que o rodeiam e realizar gestão de recursos (OE, 2015). Existe uma interligação entre capacidade de liderança e inteligência emocional (Almeida Lima et al, 2023). A teoria de Hersey e Blanchard (1986) ou de liderança situacional, salienta que não existe um único modo de influenciar as pessoas. O estilo de liderança que um líder deve adotar, depende do nível de maturidade e da motivação do indivíduo que pretende influenciar, e que para tal precisa de ser dotado de sensibilidade e conhecimento da competência de cada elemento da equipa (Direitinho, 2021).

O papel do enfermeiro gestor e do enfermeiro coordenador é bastante relevante na gestão dos recursos, humanos e materiais, na sua operacionalização, e assim na gestão de desperdício e na conseqüente gestão de tempo, acrescentando valor. A gestão de cuidados é parte integrante da organização de qualquer serviço, englobando os recursos humanos, materiais e financeiros, para que se possam alcançar os objetivos delineados pelo serviço.

Na UCI, uma das funções era reunir com a equipa médica, registando decisões pertinentes, intervenções e plano de ação, que posteriormente transmitia ao enfermeiro responsável pela PSC em questão.

Por outro lado, conhecer cada profissional como único nas suas capacidades, tem um papel indiscutível na motivação das equipas e assumem uma postura de liderança capacitando os

pares no processo de gestão de problemas. O tipo de gestão é vital à dinâmica da equipa e impõe grau de satisfação nos profissionais.

A gestão de recursos humanos abrange a dotação e cálculo das equipas, recrutamento, seleção, integração, formação e ainda a avaliação do desempenho. O cálculo das dotações seguras em Enfermagem visa estabelecer quantitativa e qualitativamente o equilíbrio entre a equipa de Enfermagem e as necessidades de cuidados. O cálculo das dotações seguras para os SUMC “atenta a utilização dos postos de trabalho como base de cálculo, é necessário ponderar os elementos resultantes do conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, da semana e do mês, de cada SU” (OE, 2019, p. 144). No que diz respeito aos SUMC e às UCI, a OE (2019) recomenda que 50% dos enfermeiros sejam especialistas em Enfermagem à PSC, com formação em SAV, em permanência nas 24 horas.

No SUMC o cálculo das dotações seguras pode ser feito pelo número de postos de trabalho ou então pela contabilização das horas de cuidados segundo o Regulamento n.º 743/2019 da OE (2019). A sobrelotação do SUMC que se verificou durante o EC, levou a questionar se estariam a ser cumpridos os rácios preconizados para este serviço, encaminhando a reflexão para os riscos associados, da segurança dos e nos cuidados prestados ao doente e para o profissional.

A escassez de recursos é mais notória quando surge a necessidade de efetuar transportes para outras instituições, dado a inexistência, de uma equipa de transporte intra ou inter-hospitalar. O enfermeiro coordenador assume assim uma importante função na avaliação e alocação dos profissionais nas diferentes áreas de trabalho.

Sempre que se efetuava um transporte, o enfermeiro que acompanhava o doente, deixava um posto de trabalho a descoberto, cabendo ao coordenador de turno a responsabilidade de alocação dos restantes profissionais de acordo com as necessidades presentes no momento. O mesmo sucedia na UCI, com a EEIH quando ativada.

Apesar das recomendações da SPCI (2008) mencionarem que o transporte secundário deve ser realizado por profissionais com experiência em reanimação, manuseamento e manutenção do equipamento, indo de encontro à MCEEMC no Parecer n.º 09/2017 (2017) que atesta que o enfermeiro com melhor formação para integrar equipas de transporte de PSC ou EEIH é preferencialmente o EEEMCPSC, esta premissa era respeitada, sempre que possível, existindo uma escala para o efeito.

No SUMC prestam-se cuidados de acordo com o método individual e tarefa, no entanto, existe um maior risco de EA, pelo nível de confusão relacionado com a atribuição das responsabilidades na execução das tarefas (Martins & Trindade, 2021). Em algumas

situações relacionadas com a sobrelotação das áreas de cuidados, foram observados alguns constrangimentos na sua aplicabilidade.

Na UCI, dado que a dotação do serviço é variável, é importante que o enfermeiro responsável tenha estas competências, de modo a gerir adequadamente os recursos humanos disponíveis em função das necessidades apresentadas, indo de encontro às características e competências que estão presentes no Regulamento n.º 140/2019 do EE definido pela OE (2019).

Constatou-se e refletiu-se sobre a importância da comunicação na gestão e no equilíbrio da equipa. Os enfermeiros líderes são essenciais na criação de condições de trabalho afáveis, como afirmam Valle et al. (2021), que consideram a liderança exercida pelos enfermeiros sobre os pares um fator importantíssimo na satisfação no trabalho da equipa, permitindo melhorar os cuidados prestados e alcançar bons resultados institucionais.

No que diz respeito às UCI, a OE (2019) refere que o cálculo de dotações seguras deve ser realizado tendo em conta a tipologia da UCI. O rácio preconizado nos cuidados intensivos de enfermeiro/utente internado em nível III é 1/1 e dos utentes internados em nível II é 1/2.

A distribuição é feita tendo em atenção as necessidades de cuidados que cada doente apresenta, não sendo utilizada qualquer escala para análise da carga de trabalho. Assim apesar de estar preconizado a utilização da escala *Therapeutic Intervention Score System 28* (TISS-28), para definir a distribuição de doentes, no período do EC esta não era feita, tendo o enfermeiro responsável que se apoiar na sua experiência para melhor desempenhar este papel. Foi discutida a aplicabilidade deste instrumento e o seu abandono da utilização. Esta situação prendeu-se com o fato da sua utilização não influenciar a gestão de cuidados nesta UCI. O tratamento e interpretação dos dados obtidos acabava por não ser operacionalizado, e com o aumento significativo de doentes com COVID-19, o número reduzido de profissionais com competência para prestar cuidados a esta tipologia de doentes, abandonaram esta prática. Este instrumento permite medir a quantidade de tempo que cada enfermeiro despende na prestação de cuidados à PSC num período de 24 horas, tornando-se uma ferramenta importante na gestão das equipas de UCI, indo de encontro ao que Cabrita (2022) nos diz no seu trabalho. Por outro lado, a TISS-28, apenas dá enfoque aos procedimentos técnicos e não tem em conta o tempo despendido no acolhimento à família/cuidador, ou apoio ao doente, e contabiliza apenas a carga de trabalho das 24 horas anteriores, fato este que dada a grande instabilidade da maioria dos doentes internados na UCI, a tornou desatualizada. O *Nursing Activities Score* (NAS) surge como uma ferramenta essencial na gestão de cuidados intensivos, resultando de uma revisão do TISS-28 e é mais representativo

das intervenções de Enfermagem realizadas, não dependendo da gravidade do doente, mas sim dos cuidados autónomos e interdependentes de Enfermagem. “Contempla a prestação de cuidados diretos ao doente e família, como por exemplo procedimentos de higiene, mobilização e posicionamentos, apoio e cuidados aos familiares e doentes, inclui ainda a prestação de cuidados indiretos, ao nível das atividades administrativas e de gestão” (Macedo, 2017, p. 28). Esta não só ajuda na gestão adequada da carga de trabalho em Enfermagem, como promove as boas práticas de segurança, que contribuem para redução de EA e redução do risco de acidentes de trabalho (Cabrita, 2022).

A adoção de um método de trabalho pelo enfermeiro traduz uma perspetiva sobre os cuidados, assim como o modo de pensar e organizar esses cuidados na equipa de Enfermagem (Parreira et al., 2021). O método de trabalho utilizado no UCI era o método individual de trabalho. Este método de trabalho tem por base uma dinâmica em que um único enfermeiro é responsável pela idealização e execução dos cuidados globais a um ou mais doentes. A organização dos cuidados de Enfermagem reflete as necessidades do doente e foca-se nele (Martins & Trindade, 2021).

No momento de realização do EC no GCL-PPCIRA, os recursos humanos eram inferiores às reais necessidades do plano de atividades para garantir a promoção da qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente. Segundo o Despacho n.º 10901/2022 (2022), para além do enfermeiro em funções de gestão, deve ter outro enfermeiro em dedicação da totalidade do horário, por cada 150 camas hospitalares. Ressalve-se que uma das 3 enfermeiras partilhava as suas funções no PPCIRA na área da CQS-Controlo de Infecção. A dotação segura de Enfermagem atual encontrava-se em ajuste, as horas necessárias iriam ser distribuídas pelos elos dinamizadores PPCIRA dos serviços que colaboravam na execução das atividades propostas.

Dar ênfase ao apoio dos elos na implementação de medidas, representando a ponte entre o serviço e o PPCIRA permite uma colaboração mais estreita e uma delegação de tarefas, o que implica mais empenho por parte dos profissionais para assumirem mais responsabilidades em projetos desafiantes (Bechtoldt, 2015).

A liderança no PPCIRA, é fundamental para tomadas de decisão e para criar um grupo forte e coeso que possa influenciar comportamentos e enfrentar algumas resistências na implementação de medidas, na maximização da prevenção e do controlo de infeção.

A redução das IACS e RAM, são objetivos comuns. Para tal, o PPCIRA necessita de uma articulação entre os diferentes sectores, entre diferentes diretores e enfermeiros gestores, sendo imperativo comunicar, colaborar, coordenar as suas atividades e cooperar (JCI, 2017).

Constatou-se, a importância dos conhecimentos e capacidades do enfermeiro na gestão de intervenções e na interligação com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e dos diferentes serviços. Este acompanhamento permitiu ter uma visão mais crítica e reflexiva da qualidade em saúde, nos seus fatores condicionantes e da forma como o EEMCPSC pode ter um papel ativo e empreendedor, pois “gerir é essencialmente, fazer coisas através dos outros” (Apolinário, 2010, p. 3).

2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Pessoais

Os doentes exigem cada vez mais, cuidados avançados em qualquer contexto. A preparação que antecedeu os EC, passou pela reflexão, consciencialização dos locais dos EC, do papel que iria desempenhar (estudante /supervisado), sair da zona de conforto para a incerteza da situação gerou alguma ansiedade, mas o que poderia considerar dificuldades, foram facilmente contornadas pela integração, pesquisa bibliográfica, e relação com a equipa, potenciadoras de novas aprendizagens e de superação. É certo que o autoconhecimento é fundamental, pessoal e profissionalmente, o que nos sensibiliza, o que nos motiva, como reagimos, os valores que nos habitam, as nossas necessidades, os nossos paradoxos, a pessoa que somos.

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

O EE deve desenvolver o autoconhecimento, reconhecendo quais os fatores internos e externos que interferem no estabelecimento de relações terapêuticas e profissionais, em contexto singular, profissional e organizacional (OE, 2019).

Assim, objetivou-se questionar a prática e aperfeiçoar o saber-ser e saber-fazer, pois é no decurso do desenvolvimento pessoal e profissional, onde se integram os conhecimentos e as competências adquiridas com a experiência, que poderemos alcançar a especialização (Benner, 2001).

Benner (2001) assume que a teoria, base da intervenção do enfermeiro, oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas que a prática é sempre mais complexa e apresenta mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria.

O conhecimento que resulta da reflexão é essencial na formação dos enfermeiros, já que os orienta a readaptar cognitiva e emocionalmente os conteúdos, ideias e crenças, de forma a

construir novos saberes e ações. O resultado desta reflexão “será o aprimoramento e transformação da prática de Enfermagem” (Lopes et al., 2015, p. 55).

A partilha de conhecimento é um caminho que permite, enquanto equipa multidisciplinar, desenvolver competências e melhorar práticas (Papp, Markkanen, & Bonsdorff, 2003).

No SUMC deu ênfase ao desenvolvimento das competências relacionais, que são essenciais neste contexto, uma vez que o enfermeiro é frequentemente submetido a situações de pressão e *stress* relacionadas com doença súbita e morte, com questões éticas complexas e confronto com reações emocionais extremas com as quais nem sempre está preparado para lidar.

Esse EC no SUMC foi enriquecedor ao nível das aprendizagens pessoais, uma vez que fez rever o serviço onde se exerceu funções e agora reviver um serviço muito diferente. Despoletou a reflexão em diversas vertentes, com outra visão, maturidade e experiência, como enfermeira, como futura EEMCPSC.

Em contexto de urgência, a instabilidade clínica do doente, a necessidade de intervir e reanimar, leva a que a família seja muitas vezes colocada em segundo plano. Por outro lado, atender à condição crítica do doente que necessita de cuidados intensivos acaba por ser prioritário face à resposta à turbulência psicológica vivida pelos familiares. No entanto, intervir no sofrimento emocional da família não deixa de ser parte integrante de uma abordagem de cuidados críticos (Bailey et al., 2010). É pertinente desenvolver aptidões que permitam assistir a PSC e a sua família nas perturbações emocionais decorrentes da situação que vivenciam no momento, gerindo ansiedade, medo e reduzindo a vulnerabilidade. A família vivencia um processo de *stress* e instabilidade emocional extremo e incertezas, e é-lhe exigida a mobilização de competências e recursos até à data desconhecidos (Sá et al., 2015).

Cada vez mais, a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à PSC, envolve o recurso a tecnologia, de forma a garantir uma prática eficiente e segura, e que no SUMC e na UCI, são diferentes da realidade onde exerce funções. O avanço tecnológico, nos cuidados de saúde tem assumido um papel decisivo na melhoria dos dados e resultados (*outcomes*), sendo indispensável, pois assegura uma prestação de cuidados com um carácter cada vez mais qualitativo. Em parte, nesta diferente perspetiva de competência em Enfermagem, é esta tecnologia e este ambiente altamente dominado por equipamentos de suporte e alarmes que substituem a atenção dos profissionais para parâmetros fisiológicos importantes, afastando-o da pessoa cuidada. A perceção de que o enfermeiro tecnicamente competente não é dotado da capacidade de cuidar a pessoa como um todo, levou a refletir e a entendê-lo como uma expressão do cuidar. Assumir que a pessoa é cuidada em virtude da sua humanidade (Boykin

& Schoenhofer, 2013) e que o recurso à tecnologia não pretende apenas conhecer e monitorizar a parte lesada da pessoa, mas também conhecê-la enquanto ser humano único, com as particularidades que a caracterizam e que estão em constante mudança ao longo do processo de doença (Locsin, 2017). Encarar a tecnologia como um aspeto que aproxima o doente do enfermeiro, através dos benefícios que dela pode extrair, revelou que a competência tecnológica expressa uma manifestação de cuidado perante o conhecimento integral do outro enquanto pessoa (Locsin, 2020).

Foi um grande desafio conciliar esta aprendizagem da vertente técnica e relacional junto destes doentes e colegas. A observação de peritos na área, aliada à reflexão nas suas ações, permitiu, à luz da minha experiência, articular com clareza o raciocínio, as dúvidas e as opções no que respeita ao planeamento das intervenções.

Um profissional competente é capaz de agir com pertinência numa situação particularmente complexa e de saber igualmente fundamentar a sua ação (Sapeta, 2013).

No primeiro módulo, EC no SUMC, o foco principal foi o cuidado ao doente em emergência, com patologia respiratória ou cardíaca, vias verdes Acidente Vascular Cerebral (AVC), Sepsis e trauma. No EC em UCI, intensificou-se o estudo na área da VMI e da Terapêutica de Substituição Renal (TSR) e, no terceiro módulo, EC de opção, foi maximizar a prevenção e o controlo da infeção.

O EC, na sua globalidade, constituiu-se uma experiência única de oportunidades no que respeita a experiências de aprendizagem e desenvolvimento de competências de EEMCPSC. Mas para além da componente prática na prestação de cuidados, foi igualmente constituído por momentos formativos e de enriquecimento pessoal e profissional.

No SUMC, existiu a oportunidade de assistir à formação referente ao “Choque Séptico”, realizada pelos membros do grupo de trabalho da Via Verde Sepsis, que visa a sua operacionalização e implementação. Pelo impacto que tem na sobrevivência, é importante dar resposta à Norma n.º 010/2016 da DGS (2016).

Ainda no âmbito deste EC dinamizou-se um momento formativo, integrado na formação da equipa, cujos temas abordados foram: 1- A utilização do *Point-of-care Ultrasound* (POCUS) na abordagem do trauma na SE (formanda); 2- Abordagem da via aérea difícil na SE (formanda); 3- Comunicação no SUMC – estratégias na comunicação de más notícias e formas de lidar com as reclamações (como formadora) (Apêndice I).

Existiu igualmente a possibilidade de participar no Congresso Internacional de Feridas e Lesões Multiproblemáticas (CIFLM), com a apresentação de E-Póster/Comunicação: Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico nas IACS – Revisão Teórica (Apêndice II).

Já no EC em UCI, participou-se na formação referente a “Ostomias, cuidados de Enfermagem ao doente ostomizado”, tema pertinente dado o número de doentes cirúrgicos com as diversas ostomias, tal como, pelo protocolo relativo à PSC com entubação oro-traqueal, que, mantendo a necessidade de VMI ao fim de 5-7 dias, deverão ser submetidos a traqueostomia (DGS,2016b).

Assistiu-se igualmente à formação sobre o “Circuito do doente crítico”, que pretende reduzir o tempo de resposta à PSC; a um momento formativo sobre “Vantagens do uso da Capnografia”, tema pertinente e de reflexão dada a sua aplicabilidade e o reconhecimento das vantagens na prevenção de focos de instabilidade.

Elaborou-se ainda um instrumento de trabalho, para consulta na UCI, sobre “A manutenção da Analgesia Epidural em Cuidados Intensivos”, tema que despertou interesse, uma vez que o controlo da dor tem impacto na melhoria da capacidade respiratória e logo, da capacidade de recuperação, e posteriormente na incapacidade causada pela imobilidade (Apêndice III).

Fazendo uso essencialmente dos procedimentos instituídos pelo GCL-PPCIRA no CH referentes às PBCI e PBVT em conformidade com o microrganismo e que se encontravam disponíveis na intranet, mas que os profissionais referiam alguma dificuldade na pesquisa. Foi elaborado um trabalho, idealizado e concebido em formato de Livro de bolso, de consulta rápida (conforme o pedido solicitado) em impressão e em versão e-book, assim como um programa informático que relaciona microrganismo, MEI ou MR, as PBCI, as PBVT e as recomendações específicas (Apêndice IV).

Constatou-se ao longo dos três EC uma necessidade de adaptação constante de conhecimentos, pelo que a formação dos enfermeiros deve ser realizada na vertente teórico-prática, embora as necessidades de formação difiram, pois cada um é um ser único com diferentes motivações (Carvalho & Carvalho, 2006).

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

As competências específicas são definidas pela OE como aquelas que decorrem das respostas humanas aos diferentes processos de vida e problemas de saúde inerentes para

cada área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Assim, considerando que “a PSC é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018), as competências específicas do EEEMCPSC englobam três domínios: cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar respostas em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; e maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de 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).

2.2.1. Domínio do cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica

A experiência e o conhecimento adquiridos trazem sempre mais segurança e serenidade. Aspetos que ajudaram a reconhecer e a olhar para as limitações de uma forma natural, construtiva, e permitiram uma boa integração e interação com as diferentes equipas e com os doentes e famílias, na sua diferente tipologia.

De forma a colmatar as necessidades complexas da condição de saúde da PSC e/ou falência orgânica e da sua família/pessoa significativa, o EE deve abarcar um conjunto de conhecimentos e habilidades, quer na vertente biológica e instabilidade hemodinâmica, quer na gestão de prioridades, antecipação de eventos adversos, gestão da dor e da comunicação com a pessoa e elos sociais (OE, 2018). Os cuidados à PSC descrevem-se em contextos complexos, a um ritmo acelerado e em constante evolução, tornam-se um desafio.

Os doentes, pela sua complexidade, exigem cada vez mais cuidados avançados. Mas, como refere Cruz (2014), o cuidado avançado, baseado em evidência, é justamente o cuidado que respeita o doente, as suas subjetividades e é prestado por profissionais que são capazes de estabelecer uma relação de confiança, terapêutica, numa instituição de saúde cujo foco é a pessoa. Exige um profissional capacitado com conhecimentos, com competências técnicas e psicomotoras, na tomada de decisão e rapidez na sistematização do trabalho em equipa.

No decorrer dos EC foi possível colaborar com a equipa multidisciplinar em cuidados de alta complexidade. No SU, colaborou-se na triagem dos doentes, através da Triagem de Manchester, que tem como objetivo a atribuição da prioridade na atuação, identificando possíveis focos de instabilidade, por forma a analisar a necessidade de cuidados urgentes ou emergentes.

Muitas foram as oportunidades de aprendizagem no cuidado à PSC: prestação de cuidados à PSC com IMV; vítima de trauma; edema agudo do pulmão; insuficiência cardíaca; diabetes descompensada; coma hiperosmolar; situação de Paragem Cardiorrespiratória (PCR); situações com necessidade de cardioversão; e casos de ativação da Via Verde Coronária e da Via Verde AVC.

Na SE do SUMC o trabalho de equipa coordenado e rápido é fundamental, assim como a comunicação eficaz. Esta experiência repetiu-se no EC em UCI, numa situação de agravamento após desmame ventilatório e extubação, e numa situação de ativação da EEIH. Constatou-se que nestas situações o *Team Leader* estava bem definido, crucial neste tipo de abordagem, minimizado os tempos de atuação que são fundamentais para o sucesso dos cuidados e intervenções desenvolvidas, indo de encontro ao que Silva et al. (2014) referem. No entanto a nosso ver, se é importante o planeamento da ação em equipa, nos diferentes papéis, seria importante a realização de um *debriefing* após atuação. Surgiram momentos de reflexão com o orientador, abordando as nossas experiência e vivências. O *debriefing*, como referem Janicas e Narchi (2019), consiste numa reflexão sobre os procedimentos realizados durante o incidente e deve acontecer num clima agradável e de confiança. Estes autores consideram também, este momento uma oportunidade para promover o pensamento reflexivo onde se exploram emoções, e onde é feito um julgamento clínico permitindo reconhecer a conduta de Enfermagem mais apropriada à situação vivenciada.

No CH onde desenvolveu o EC está bem definida e implementada a Via Verde AVC cumprindo totalmente a Norma n.º 015/2017 da DGS (2017b). Considera-se que a aplicação das Vias Verdes essencial para a eficácia do tratamento, isto porque permite reduzir o tempo desde a apresentação dos primeiros sintomas, reduzindo as complicações e mortalidade associadas ao episódio. Percebeu-se que as Vias Verdes, Coronárias, Trauma e Sepsis (DGS, 2016a), recomendadas pela DGS, ainda não estavam a funcionar em pleno, e que todo o processo se encontrava ainda em preparação, assim como a atualização de protocolos.

Existia um protocolo para a Via Verde Coronária, ainda em desenvolvimento. A implementação desta via verde implica uma organização interna da instituição, com um modelo de assistência simples, rápido e eficaz, sem barreiras burocráticas e com equipas preparadas para as intervenções necessárias (DGS, 2001). Mas, estava definido que o enfermeiro do posto de triagem tinha autonomia para efetuar o pedido de eletrocardiograma de 12 derivações a todos os doentes com dor torácica de início súbito, de causa não traumática, e encaminhá-los para a SE. Surgiu a oportunidade de cuidar na SE de doentes com diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio que, após estabilização, foram transferidos para a Unidade de Hemodinâmica, para continuidade de cuidados.

As situações de trauma, de PCR e IMV permitiram aplicar na prática, conhecimentos teóricos em colaboração com a equipa da SE, priorizar as intervenções de Enfermagem segundo o algoritmo de suporte básico e suporte avançado de vida da *American Heart Association, Airways, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE)*, que se revela de extrema importância e aplicável a todos os doentes com um quadro crítico. Rodrigues et al. (2017) referem que em cenário crítico, esta sistematização da intervenção ajuda a economizar tempo e melhora o desempenho da equipa. Concluem que, ao nível da vítima politraumatizada, a causa de mortalidade mais rápida é a obstrução da via aérea, seguida de distúrbios na ventilação e hemorragia. Com uma visão mais ampla considerou-se a família uma parte integrante nos cuidados prestados, e importante incluir na avaliação ABCDE, o F – Família, de modo a envolvê-la nos cuidados. O que vai de encontro ao referido no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros que define a Enfermagem como a profissão da área da saúde que tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano são ou doente ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado (OE, 2015).

As situações de descompensação clínica grave nas diversas áreas de cuidados eram de imediato conduzidas para a SE para estabilização. Entre elas destacou, a situação de uma doente jovem que inicia um quadro de alteração do estado de consciência, desorientação súbita, com agitação psicomotora, pelo que houve necessidade de sedação, entubação endotraqueal, VMI, a realização de exames complementares de diagnóstico, sendo diagnosticada meningite bacteriana e transferida para a UCI. Uma outra situação, que após ter sido observada e tratada por queda da própria altura, inicia quadro de dor abdominal, e sinais de choque, regressa à SE, detetada hemorragia por lesão de artéria renal, após protocolo de controlo de hemorragia maciça, foi realizada transferência inter-hospitalar para a respetiva especialidade.

Através da reflexão sobre a ação, em diferentes contextos profissionais, apercebemo-nos que os cuidados que oferecemos e os registos que realizamos, nem sempre refletem o nosso cuidar nem uma atitude reflexiva para com o exercício. Moraes (2012) apoiando-se em vários autores, confirma esta ideia ao dizer que, dado o cariz invisível dos cuidados, grande parte dos enfermeiros canalizam a sua ação para os aspetos tecnológicos e fisiológicos, e subestimam o que é da sua competência e área de atuação. Reforça ainda essa perceção ao referir que apesar do desenvolvimento teórico-conceitual, existe uma crise de identidade que condiciona a autonomia da Enfermagem.

Temos como enquadramento da PSC o proposto pela OE (2010), onde PSC é definida como aquela cuja vida está ameaçada. Segundo Hesbeen (2001), a pessoa não se define pelo local onde se encontra, mas sim por si próprio. Já Afaf Meleis (1991) contribuiu de forma

significativa para definir o contributo da Enfermagem no cuidar da PSC. Para a autora, o propósito da Enfermagem é apoiar as pessoas nas situações de transição ou em antecipação de uma transição, como por exemplo nos casos de acidente ou de doença aguda/crónica com vista ao bem-estar inibem os processos de mudança. A potencial instabilidade resultante dos acontecimentos ou não acontecimentos para a pessoa, de natureza desenvolvimento, situacional, organizacional e de saúde/doença, justificam a intervenção dos enfermeiros. Agindo principalmente nas transições de saúde/doença, os enfermeiros dos SUMC, devem considerar mais que o bem-estar físico ou psicológico da PSC. Concorda-se que o conceito de PSC deve ser mais abrangente, contemplando a pessoa como um todo e não colocar só em ênfase nos aspetos biológicos e tecnológicos.

Estas experiências, são assim definidas como processo de transição, no entanto podemos reportar-nos à Teoria do Conforto de Kolcaba, em que o conforto é compreendido como uma experiência imediata e holística que é fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto-alívio, tranquilidade e transcendência, nos quatro contextos da experiência-físico, psicoespiritual, social e ambiental (Kolcaba, 1991, 2003).

Por outro lado, o conforto do outro, verbalizado ou percebido, é um indicador de qualidade dos cuidados de Enfermagem da PSC com dor. Ainda assim, Kolcaba (2003) enaltece o facto de os enfermeiros oferecerem cuidados reconfortantes de forma intuitiva, embora nem sempre seja efetuado o registo, documentado da sua intervenção como cuidado de conforto, nem o reconhecimento de que os cuidados de Enfermagem podem ser intervenções reconfortantes.

O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a humanização e melhoria contínua da qualidade (DGS, 2003). A dor aguda não controlada tem consequências fisiológicas e psicológicas, que podem ser responsáveis por disfunção orgânica e aumento da morbilidade e da mortalidade (DGS, 2012a). A dor na PSC é muito comum, sendo a sua avaliação fundamental para o reconhecimento e tratamento adequados (Ferreira et al., 2014), pois é um dos primeiros sinais de alerta em muitos processos patológicos. Sendo que o trauma e as doenças súbitas são situações que se encontram normalmente associados a dor e desconforto, a sua correta avaliação, gestão e controlo apresentam-se como uma prioridade na intervenção dos enfermeiros. Em doentes com capacidade de comunicar, foi implementada a Escala Visual Analógica, como recomendado pela DGS (2003). Para os doentes que se encontravam incapazes de autoavaliar a sua dor teria sido mais adequado usar a *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD), o que nem sempre se verificou. A PAINAD permite executar uma heteroavaliação da dor para pessoas que não comunicam, incluindo pessoas com demência (Pinto et al., 2015).

A PSC, por definição, não existe sozinha, tem consigo a família, que vivência alterações dos seus padrões habituais. Meleis (2010) refere que o propósito da Enfermagem à PSC é apoiar as pessoas e respetiva família, nas situações de transição, com vista ao bem-estar da pessoa cuidada. Segundo os padrões de qualidade de Enfermagem à PSC (OE, 2017) o enfermeiro deve gerir o impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela família.

Conforme Benner et al. (2011) referem, a família deve ser vista como uma “extensão do doente” sendo que, na maioria das situações críticas, é a família que vivencia de forma muito intensa e emocional todas as horas e alterações subtis no estado clínico do seu familiar. Face à situação de exceção, em que nos encontramos a vivenciar, a presença dos acompanhantes, continua a não ser autorizada no SUMC, embora em situações excepcionais seja autorizado pelas equipas de saúde a presença da pessoa significativa, nomeadamente, doentes com demência, certas incapacidades e em situações de fim de vida.

O enfermeiro alocado ao posto de GIF, tem um papel essencial na partilha de informação entre a pessoa e a sua família ou pessoa significativa. Confirmei que existe bastante sensibilidade pelos elementos da equipa, pelo papel do enfermeiro na transmissão de informação clínica via telefónica ou pessoalmente, com discurso cuidado e adotando estratégias de comunicação com a pessoa, esclarecendo, dando informação precisa, reduzindo ansiedade, muitas vezes até os tornando parceiros no cuidar. Outras vezes na comunicação de má notícia, ou de morte, sabemos que, a forma como é transmitida a informação influencia o processo de luto. Outras vezes ainda, por questões internas sensíveis, por exemplo, elevado tempo de espera para observação médica, ou decisão de encaminhamento, foi necessário ser “bom advogado” e mediar situações de insatisfação e de reclamação, adotando estratégias de gestão de conflito e gerir a queixa. Devemos enquanto profissionais de Enfermagem tirar partido pelo facto de os familiares verem em nós um recurso para partilhar os seus sentimentos, dúvidas e preocupações, aproveitando para o estabelecimento e reforço de relação terapêutica, fundamental na continuidade de cuidados e gerador de satisfação.

A necessidade de comunicação de notícias complexas ou más notícias surge frequentemente na prática diária dos enfermeiros que cuidam da PSC, como é o caso no SUMC ou na UCI. Ferreira e tal., (2018) referem que a informação que é transmitida deve ser compreensível, personalizada e completa. Apresentam ainda vários protocolos que facilitam a comunicação de más notícias, destacando o protocolo SPIKES *Setting Perception Invitation Knowledge Emotions Strategy*. Este pressupõe a realização de seis passos: preparar o contexto (*Setting*); perceber o que a pessoa já sabe (*Perception*); perceber o que a pessoa quer saber (*Invitation*); partilhar informação (*Knowledge*); responder às reações da pessoa (*Emotions*); e planear o

seguimento (*Strategy*). Este protocolo permite ao enfermeiro, perceber e avaliar o sistema de crenças e valores do doente e família, transmitindo a informação necessária e estabelecendo um adequado ambiente terapêutico. Assim sendo a comunicação é uma importante ferramenta que o enfermeiro possui e desenvolve no processo terapêutico (Phaneuf, 2005), o EE deve ser capaz de desenvolver diferentes formas de comunicar promovendo a relação de ajuda com quem cuida, incluindo a família. O enfermeiro deve garantir o sucesso da comunicação que utiliza no âmbito da prestação de cuidados, uma vez que níveis de comunicação eficazes conduzem a resultados positivos (Gomes et al., 2012).

As UCI estão direcionadas para o tratamento de doentes graves, com potencial de recuperação ou em risco de vida, exigindo monitorização constante das funções vitais do doente, a fim de despistar atempadamente ou prevenir possíveis complicações. Para tal, é necessário mobilizar recursos humanos e tecnológicos de elevada complexidade, e são exigidos aos profissionais de Enfermagem saberes e competências especializadas, que permitam prestar cuidados de qualidade à PSC. O foco de Enfermagem é a pessoa a quem são prestados os cuidados que deverão ser individualizados visando a humanização dos mesmos, implicando reconhecimento por parte dos enfermeiros em garantir cuidados de qualidade (Silva, 2012).

Durante este EC na UCI, houve oportunidade de mobilizar conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística à PSC. Na prestação de cuidados, verificou-se que na maioria das vezes, há uma uniformização na prática por parte dos enfermeiros, em muito, fruto da existência de protocolos de atuação, que conferem também mais autonomia, e rapidez de atuação. A panóplia de intervenções que tive oportunidade de acompanhar e executar na prestação de cuidados foi significativa e desafiante, levando a ter uma opinião clara do papel desempenhado pelos enfermeiros na identificação de focos de instabilidade. Urden et al., (2008) consideram que os doentes em cuidados intensivos apresentam um grande risco de instabilidade hemodinâmica ameaçando a vida, daí que o enfermeiro na UCI deve conseguir mobilizar os seus conhecimentos, de modo a identificar e resolver problemas de forma imediata, uma vez que o fator instabilidade e o risco de vida são uma constante neste tipo de doentes.

Teve a oportunidade de cuidar da PSC na sua globalidade, com diferentes diagnósticos, gravidade e com diferentes graus de instabilidade, desde a preparação da unidade, colaborar na admissão da PSC, avaliação, monitorização e vigilância contínua de parâmetros vitais, detetando sinais de instabilidade hemodinâmica a partir de monitorização invasiva, elaboração dos respetivos registos e atualização dos planos de cuidados. De entre as inúmeras situações, destacou-se: os cuidados ao doente com VMI na monitorização do

padrão respiratório, a deteção de secreções a aspiração assistida e a prevenção de riscos na aspiração de secreções pulmonares, o sistema de aspiração fechado permite evitar um desequilíbrio hemodinâmico na PSC e previne o risco de infeção associado ao manuseamento; a importância que a realização de gasometrias na monitorização das trocas gasosas, e a posterior análise dos valores, leva muitas vezes à intervenção precoce na reposição de níveis de cálcemia, ou do valor de glicémia a justar administração de insulina (protocolo de Yale), da correção da natrémia ou de pH, proporcionando o reequilíbrio metabólico. Toda a PSC está monitorizada, por norma monitorização invasiva, de parâmetros vitais, cardíacos e de débitos urinários, que permitem detetar precocemente eventuais focos de instabilidade hemodinâmicos e hidroeletrólíticos. Apresenta igualmente uma monitorização da dor *Behavioral Pain Scale* (BPS) em doentes sedoanalgesiados, uma avaliação do Índice Biespectral (BIS) em doentes curarizados, e da Pressão Intra-Abdominal (PIA). Sem esquecer o protocolo de alimentação entérica que todo o doente inicia entre as primeiras 24 a 48 horas na UCI.

Por outro lado, a utilização de um referencial teórico no delineamento de um plano de cuidados de Enfermagem é, sem dúvida, facilitador e estratégico. A experiência de um internamento em UCI é repleta de sentimentos de insegurança, dor, sofrimento e ansiedade que provocam desconforto à PSC (Faria et al., 2018) e na família, neste processo de transição. Também o processo de conforto junto da pessoa é feito a partir da interação entre o profissional, o contexto e a vontade dele acontecer. A evidência científica revela que as medidas de conforto mais implementadas em cuidados intensivos visam o alívio e a tranquilidade no contexto físico e psicoespiritual e as estratégias para o atingir são a gestão da analgesia/sedação, a realização de exercícios passivos e a comunicação da informação para a humanização dos cuidados (Faria et al., 2018).

Na UCI a maioria de PSC, necessita de suporte ventilatório numa fase inicial. A experiência com ventilação, ou na prestação de cuidados à PSC com VMI era parca, meramente académica e não permitiria uma autonomia na prestação de cuidados. Da mesma forma em relação ao processo de descontinuidade ou desmame ventilatório e vigilância, bem como na extubação. Com o apoio dos orientadores, essencial neste desbloqueio do saber-fazer, levou ao desenvolvimento de conhecimento. Constatou uma partilha de opiniões entre os vários elementos da equipa multidisciplinar com a finalidade de prestar os melhores cuidados possíveis.

A complexidade das situações registadas neste EC, foi elevada, e em muitas houve necessidade de escalar cuidados à PSC com tratamento de substituição renal, como por exemplo a implementação de Hemodiafiltração Venovenosa Contínua (HDFVVC). Nesta

situação tive oportunidade de contar com a preciosa ajuda do enfermeiro orientador, desde a colaboração na colocação do cateter, notas orientadoras sobre o funcionamento do tratamento dialítico na sua generalidade, modalidades e seu objetivo, montagem do equipamento com as soluções específicas, tipo de hipocoagulante, introdução dos parâmetros prescritos, parâmetros a monitorizar e as complicações do tratamento dialítico, foi sem dúvida enriquecedor. Também existiu a oportunidade de colaborar na reversão da *prone position*, alvo de alguma troca de ideias, pela técnica aplicada e pelas vantagens associadas, o que derivou em pesquisa bibliográfica, tendo sido enriquecedor. Colaborou-se na colocação de cateter venoso central, de linha arterial, de colocação de tubo orotraqueal e de traqueostomia.

A dificuldade ou incapacidade de comunicação verbal da PSC é também um obstáculo à avaliação da dor pelos profissionais de saúde (Li et al., 2008). No entanto o enfermeiro é o profissional privilegiado pela proximidade e tempo de contacto com o utente para promover e intervir no controlo da dor, sendo dever como profissional e um direito de qualquer pessoa nos serviços de saúde (OE, 2017). A capacidade de gestão da dor na PSC neste EC em UCI, revelou-se importante, com o intuito de promover o conforto da pessoa e a efetividade dos cuidados de Enfermagem prestados e como facilitador em todo o processo de transição do doente e família. A avaliação da dor e tratamento são primordiais na medida em que o seu controlo pode reduzir complicações na PSC (Teixeira, 2016).

Um doente, submetido a VMI não consegue emitir sons devido à presença de um tubo endotraqueal ou pelo nível de consciência reduzido, vai veicular as sensações e as emoções por sinais corporais. A ferramenta de avaliação da dor que se preconiza para avaliar doentes não-comunicativos e sedados na UCI é a BPS, sendo que esta permite monitorizar a adaptação ventilatória, a expressão facial e o movimento dos membros. A SPCI (2018) recomenda que a dor deve ser por rotina monitorizada em todas PSC na UCI. São igualmente, aplicadas medidas farmacológicas (sedação e analgesia) e não farmacológicas. Poder-se-ia ainda reduzir os estímulos sonoros dos alarmes (Silva, 2012).

Os doentes sob sedo- analgesia durante um longo período, podem apresentar complicações como o delírio, que tem impacto negativo nos doentes, familiares e profissionais de saúde. Nesta perspetiva entendeu-se a importância da existência de um protocolo para a gestão de sedativos, analgésicos e ajustes dos ritmos de perfusão, para promover a autonomia do enfermeiro e potenciar os cuidados à PSC, como também sugere Bugedo et al. (2013). Por outro lado, havia a necessidade de o identificar rapidamente, através de escalas, e agir de forma célere segundo protocolos (Faria et al., 2013). Apesar de existirem várias escalas para avaliação do delírio na PSC, como a *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) ou a *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (Gusmão et al., 2011), na

UCI não era efetuado através de escala, nem existia nenhum procedimento institucional nesse sentido. No entanto, foram desenvolvidas intervenções para a sua prevenção como: melhoria do sono, orientação do doente, gestão da dor, estimulação cognitiva, avaliação de má nutrição e défices sensoriais, redução do ruído, diminuição da exposição à luz artificial no período noturno (Pincelli, et al., 2015).

De acordo com Silva (2012), a humanização dos cuidados em Enfermagem é baseada numa relação de ajuda, em que o enfermeiro assiste o ser humano como um ser único, e com direito a que lhe sejam prestados cuidados holísticos. Quando o silêncio se impõe, o toque é uma ferramenta fundamental para comunicarmos com os doentes/famílias, demonstrando atenção e preocupação para com eles, notando a nossa presença e diminuindo sentimentos como a solidão, a insegurança e o medo.

A PSC tem consigo família ou pessoas significativas que vivenciam alterações dos seus padrões habituais. O acolhimento das visitas na UCI é sempre para mim um aspeto importante. A receção dos familiares é feita na sala de espera e, de seguida encaminhada junto da pessoa, pelo enfermeiro responsável pela pessoa naquele turno. O acompanhamento da família neste primeiro momento torna-se uma intervenção de Enfermagem fundamental, com o objetivo de esclarecer dúvidas, desmistificar mitos e tranquilizar o familiar (Martins, 2012). Previamente é dada informação relativamente ao impacto visual e situação clínica que a pessoa apresenta naquele momento, demonstrar disponibilidade e preocupação em responder às questões que são colocadas, de forma segura e verdadeira são as principais ferramentas promotoras de confiança, e claro a não menos importante sensibilização para a desinfeção das mãos antes e depois da visita, assim como a pertinência da utilização do material de proteção individual. Aspeto apoiado também por Meleis (2010) quando refere que o propósito da Enfermagem à PSC é apoiar as pessoas e respetiva família, nas situações de transição, com vista ao bem-estar da pessoa cuidada. Segundo os padrões de qualidade (OE, 2017) o enfermeiro deve gerir o impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela família. Constatou-se com agrado a sensibilização da equipa e de um grupo de trabalho na formulação de protocolo de apoio à comunicação de más notícias, pela vantagem de apoio também às dificuldades da própria equipa.

No EC no GCL-PPCIRA, o desenvolvimento de aprendizagem na aquisição desta competência pautou-se não pela prestação direta de cuidados ao doente, mas sim pela reflexão e sobre alguns instrumentos de trabalho existentes que podem ser importantes ferramentas de apoio e na tomada de decisão, no processo de prevenção de ocorrência de situações mais complexas no espectro da prevenção e controlo da infeção. Os doentes críticos encontram-se mais suscetíveis às IACS não só devido à sua debilidade imunológica,

mas também porque se encontram sujeitos a monitorizações e procedimentos invasivos. Assim, considera-se que face aos múltiplos contextos de atuação, às comorbidades do doente crítico e aos recursos de diagnóstico e terapêutico, frequentemente invasivos, a incidência de IACS é elevada. De acordo com a DGS (2007), todo o doente pode constituir reservatório ou fonte potencial para a transmissão de microrganismos.

A prestação de cuidados de saúde envolve riscos, de natureza e montante diversos, quer para o doente, quer para os profissionais de saúde, não se podendo negligenciar esses riscos, qualquer que seja a sua escala (Fragata, 2011). Para Amaral (2013), o ambiente da prática é constituído por um conjunto de características organizacionais que podem facilitar ou constringer a prática dos cuidados.

Um passo essencial é reconhecer os riscos a nível de cada organização de saúde, a fim de adotar as medidas necessárias para reduzir /controlar os riscos relacionados com as IACS e as RAM (Duarte, 2019). As atividades de VE permitem identificar problemas e prioridades locais e avaliar a eficácia das atividades de prevenção e controlo de infeção pelo GCL-PPCIRA e da instituição de medidas corretivas. Mas para que a VE seja uma ferramenta eficaz, é necessário manter o programa ativo e para tal, o registo de dados é vital, o que cria alguns constrangimentos pois nem sempre é executado. A equipa, GCL-PPCIRA, tem aqui um trabalho árduo de sensibilização ao cumprimento da introdução de dados nas respetivas plataformas. O retorno dos dados traduzidos em recomendações e medidas adequadas à situação, emanadas pelo GCL-PPCIRA, faz deste, um colaborador por excelência da prestação de cuidados ao doente.

Quando refletimos no impacto das boas práticas de controlo de infeção na qualidade e segurança do doente, o nosso foco de atenção recai sobre o rigor e excelência profissional dos enfermeiros, cujo código de Ética determina a obrigação de procurar, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude, bem como procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa (Duarte, 2019).

Cabe também aos EEMCPSC ter a capacidade de se questionar sobre a necessidade de um doente ser submetido a um procedimento invasivo, nomeadamente cateterismo venoso ou central, vesical ou entubação nasogástrica, assim como à adoção de boas práticas de modo a minimizar o risco da IACS, seja na colocação, manutenção e/ou na substituição / remoção dos equipamentos invasivos (Duarte, 2019).

O controlo da infeção e a resistência microbiana são dois assuntos intimamente relacionados, pelo que passaram a ser tratados de uma forma global e integrada com a criação do PPCIRA, com os 3 objetivos: diminuição da taxa das IACS; promover a adequada utilização dos antimicrobianos; diminuir a taxa de microrganismos resistentes aos antimicrobianos (Despacho n.º 15423/2013, 2013).

As IACS têm sido abordadas de diversas maneiras, segundo o risco, de acordo com a frequência, gravidade, mortalidade, custos. Assim embora as infeções urinárias sejam mais frequentes, as infeções da corrente sanguínea e as pneumonias estão associadas a maior mortalidade e custos, principalmente em hospedeiros mais suscetíveis (Duarte, 2019). A redução das IACS, assenta, principalmente, com base na estratégia de promoção de boas práticas a nível das PBCI, das PBVT e na implementação dos quatro feixes de intervenções: as recomendações para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico (DGS, 2022a); para a Prevenção de Pneumonia associada à Intubação (DGS, 2022b); para a Prevenção de Infeção do Trato Urinário Associado a Cateter Vesical (DGS, 2022c); e para a Prevenção de Infeção Associado ao Cateteres Vasculares (DGS, 2022d). Segundo a DGS (2022a, 2022b, 2022c, 2022d), os “Feixe de intervenções” são um conjunto de ações que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhores resultados, ou seja, uma redução das IACS, contudo, é dinâmico, refletindo o conhecimento e as características dos serviços.

A implementação dos feixes contribui para a prevenção de infeções e para a redução da prescrição desnecessária de antibióticos e a sua respetiva resistência (Duarte, 2019).

Apesar do conhecimento de que os feixes de intervenções garantem a segurança do doente e fornecerem diretrizes baseadas em evidências científicas para a prática clínica (*Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2017*), verifica-se que são insuficientemente implementados nos serviços clínicos de uma forma geral, no entanto na UCI cumpre-se de forma exemplar.

O risco de infeção do local cirúrgico abrange variáveis que vão desde fatores inerentes ao doente até aos fatores inerentes ao procedimento, exigindo deste modo, abordagens multifatoriais e multidisciplinares para a sua prevenção (Duarte, 2019). O ECDC (2017) atualizou o indicador de processo relativos ao período de VE na infeção do local cirúrgico após colocação de implante, que passou de 1 ano para 90 dias.

Assim, numa busca contínua de prestação de cuidados de excelência, a educação para a saúde é fundamental para capacitar os enfermeiros, na área da prevenção e controlo de infeção (OE, 2017), assim como na mudança de comportamentos. De facto, a prática de Enfermagem incorpora também um aspeto pedagógico que pode direcionar as ações

educativas, a formação e o treino da equipa de Enfermagem, ao doente, à família e à comunidade, tornando-se elemento essencial para a eficiência e para a qualidade do cuidado de Enfermagem e da saúde. O PPCIRA tem a responsabilidade de supervisionar todas as atividades de prevenção e controlo de infeção adquiridas, pelos profissionais através da educação para a saúde (JCI, 2017).

2.2.2 Domínio da dinamização da resposta em emergências, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Todos os dias, pela facilidade de difusão da informação a nível global, existe a sensação de que somos cada vez mais vulneráveis, enquanto país, região ou comunidade, a eventos exceção e catástrofe, sejam eles de origem natural ou humana. Com a realização da Unidade Curricular de Catástrofe e com o primeiro EC, ficou-se ainda mais desperto para este tema.

Segundo a Lei de Bases da Proteção Civil (2015), uma catástrofe é um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.

Existe no CH onde desenvolveu os EC um Plano de Emergência (PE), não sendo um documento do SUMC está centrado no mesmo. Foi realizado para garantir por parte do CH uma atuação eficaz em caso de receção de multivítimas, reduzindo a mortalidade e morbilidade. O plano pode ser ativado em 3 níveis, encontrando-se definido para cada nível a reestruturação do SUMC e restantes serviços do CH.

O aumento de doentes no SUMC, obriga os profissionais a grande capacidade de gestão de espaço e de definição de prioridades. Ora, em situação de catástrofe, causaria um maior desequilíbrio, condicionando a atuação da equipa. Tão importante quanto a atualização do plano, é a realização de formação e simulação, para permitir aos profissionais da instituição adquirirem o treino adequado e para aferir a eficácia do plano.

Em reunião com a Enfermeira Coordenadora, foi proposto a realização de um *tabletop* de situação de Catástrofe, com o intuito do desenvolvimento desta competência não só pela consulta do plano de catástrofe deste CH, de forma a ter conhecimento do mesmo, bem como dos intervenientes, fases de ativação, gabinete de crise e estruturas de apoio (apêndice V).

Foi sem dúvida muito interessante este exercício. Refletir sobre a ação em cada fase: que tipo de ocorrência; o que podemos esperar; o que agilizar; quem contactar e quando; o que prevenir; que recursos humanos e matérias precisamos; que fármacos vamos precisar; sem

nunca esquecer que o SUMC tem de continuar a funcionar e a prestar cuidados aos doentes que estão nas áreas.

Neste tipo de exercício, a reflexão com base numa situação (real ou não) capacita-nos das dificuldades e do que devemos fazer para as superar, melhorando o exercício das nossas funções, gerando competência. Os *tabletop* são essenciais para a preparação e prontidão em situações de catástrofe ou emergência multivítimas, uma vez que permitem que, quando o evento ocorra, os intervenientes apliquem as suas habilidades, conhecimentos e recursos da melhor forma (Evans et al., 2019).

Tomou-se conhecimento do PE, de instruções especiais de evacuação da UCI, pois as suas características e localização acrescentam-lhe uma maior dificuldade. Da discussão e reflexão sobre a temática, com alguns profissionais do serviço, concluiu-se que o plano devia ser mais conhecido de forma a incrementar sentimento de segurança e preparação em caso de necessidade.

Tão importante quanto a atualização do plano, é a realização de formação e simulação para permitir aos profissionais da instituição, adquirirem o treino adequado e para aferir a eficácia do PE (Godinho, 2020). A reflexão com base numa situação, capacita-nos das nossas dificuldades e do que devemos fazer para as superar, melhorando o exercício das nossas funções, gerando competência. No final foi realizado um *debriefing*, que é parte fundamental nos simulacros (Godinho, 2021) e que permitiu a assimilação e reflexão sobre todo o processo.

A DGS esclarece na sua Orientação n.º 007/2010, que as instituições de saúde devem ter elaborado um PE, dado que este é uma ferramenta essencial na avaliação dos meios de reação de cada instituição face a uma situação de crise.

O PE deste CH foi alvo de revisão, foi sugerida a criação de uma bolsa de formadores internos, devidamente certificados, para dotar os profissionais de competências no combate a incêndios, dado que no PE está indicada a necessidade desta competência por parte das equipas de primeira intervenção (equipas compostas por todos os colaboradores presentes), facilitando o processo formativo neste âmbito.

Constatou-se que, com a atual crise pandémica, o PE deste CH apenas se encontrava direcionado para situações de multivítimas, na sua maioria de trauma. No entanto, para dar resposta à situação pandémica, foi criada uma *Task Force* que desenvolveu um plano de resposta para COVID-19. Tomou-se conhecimento que depois da dissolução da mesma não foi feita uma análise retrospectiva da sua atuação. No entanto esta análise a meu ver seria uma etapa importantíssima, estudar as diferentes tomadas de decisão e desenvolver um PE para

atuar no futuro de um modo mais eficaz e eficiente perante situações idênticas. Foi assunto alvo de reflexão em contexto do EC no GCL-PPCIRA, pois a análise, permitiria identificar forças e fraquezas no decorrer desta situação pandémica, potencializando a estratégia a adotar numa outra situação futura. Por outro lado, percebeu-se que o espaço no SUMC, pensado para receber doentes com suspeita de doença altamente transmissível, estava a ser reestruturado.

Nas epidemias e pandemias, nas crises humanitárias e nas catástrofes naturais, uma comunicação dos riscos eficaz permite às pessoas em risco compreenderem e adotarem comportamentos de proteção [*World Health Organization (WHO)*, 2018]. Nesse cenário, a WHO tem desenvolvido um sistema de vigilância efetivo com o intuito de identificar as emergências em saúde pública, operacionalizado através do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE).

O SINAVE é considerado uma ferramenta fundamental para evitar a entrada de doenças já controladas em território nacional e detetar, precocemente, surtos ou emergências em tempo real (Despacho n.º 5855/2014, 2014). Este sistema obriga os médicos e, desde 2016 o laboratório, a notificar, respetivamente, as doenças transmissíveis de carácter obrigatório e os microrganismos de declaração obrigatória às autoridades de saúde, de forma rápida, segura e confidencial (DGS, 2016). Contudo, apesar das notificações serem obrigatórias, esse procedimento não é realizado de acordo com as normas da DGS, sendo que existe uma subnotificação, por vários motivos de diversa ordem, humanos e materiais.

É importante que os representantes das várias instituições de saúde sejam promotores de condições para cumprir as orientações da DGS n.º 007/2010 (2010), no que diz respeito às formações recomendadas como: reação das equipas em caso de um alerta; gestão em situações de crise e formação de líderes em gestão de crise.

Santos (2017), no seu estudo e validação do *Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET®)*, reflete a pertinência atual sobre a preparação e necessidade formativa do enfermeiro, uma vez que impacto das catástrofes é cada vez maior. Todos os enfermeiros devem ter conhecimentos suficientes e competências para identificar uma potencial catástrofe e saber atuar perante a mesma, isto é, devem saber proteger-se, proteger os outros, analisar a situação e providenciar cuidados e recursos necessários. Assim, perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista deve atuar concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência (OE, 2018).

Por outro lado, perante uma PSC, o EE gere o impacto emocional imediato, a ansiedade e medo decorrente dessa vivência pela pessoa/família (OE, 2017), e que pode comprometer o quadro clínico, deteriorando o prognóstico da PSC.

O EEEMCPSC concebe, planeia e gere a resposta, perante emergências, exceção e catástrofe, não descurando, também a preservação dos vestígios de indícios da prática de crime (OE, 2018). A preservação dos vestígios e indícios de práticas de crime significa cooperar com a investigação criminal, com a justiça e com a sociedade no apuramento da verdade (Ferreira, 2018). No SUMC o enfermeiro, na identificação, na recolha e preservação das provas médico-legais (preservação da cadeia de custódia), desempenha um importante papel na investigação do crime, podendo ser um fator decisivo para a decisão judicial (Ferreira, 2018).

Deste modo, os EE devem ser agentes promotores de formações nas suas equipas e difundir junto das mesmas o PE, catástrofe e exceção, criando condições no serviço para testar os mesmos, no mínimo, uma vez por ano (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica

A prevenção e controlo de infeção é uma área que sempre despertou bastante interesse, por ser elo da GCL-PPCIRA no serviço onde exerce funções. A prevenção e controlo de infeção é transversal a toda a prática de Enfermagem e é um dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem especializados (CEEMC, 2017).

Define-se a IACS "como a infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade", abrangendo todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde e todos os profissionais envolvidos (DGS, 2007, p.4).

As IACS são cada vez mais uma preocupação a nível mundial. Estas aumentam o tempo de internamento e conseqüentemente os custos associados, sendo por isso alvo de intervenção a nível mundial. As IACS dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbimortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários. No entanto, cerca de um terço são, seguramente, evitáveis (DGS, 2014).

A nível nacional, e seguindo orientações internacionais, a DGS desenvolveu algumas estratégias para dar resposta a esta problemática implementando o PPCIRA (DGS, 2007).

Para que na prática clínica da prestação de cuidados, se possa fazer da prevenção de infeção uma arma, é necessário existir uma incorporação das noções básicas como a cadeia linear de transmissão e sua interrupção. É fundamental termos noção dos fatores de risco associados ao desenvolvimento de infeção, os relacionados com o indivíduo e os associados aos cuidados de saúde. É importante existir noção que as IACS já deixaram de ser preocupação apenas das políticas de saúde, chamando a atenção dos agentes económicos, incluindo a cimeira do G7, pelas projeções internacionais da mortalidade em consequência direta das resistências aos antimicrobianos (ECDC, 2019). É imperativo regular o uso do antibiótico, fazendo um trabalho multidisciplinar, é urgente adotar medidas e travar a disseminação de microrganismos MR e MEI. É urgente que o comportamento dos profissionais seja congruente com as políticas nacionais e institucionais.

O PNSD 2021-2026, incluído no Despacho n.º 9390/2021 (2021), estabelece como objetivo estratégico reduzir as IACS e as RAM. O PNSD tem como metas para 2026: 95% das unidades hospitalares com VE de IACS, CAM e RAM; 95% das unidades hospitalares com implementação de Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos (PAPA); reduzir em, pelo menos, 30% a incidência da infeção urinária associada a cateter vesical, da infeção da corrente sanguínea associada a Cateter Venoso Central (CVC), da pneumonia associada à ventilação e da infeção do local cirúrgico, em cada unidade hospitalar ou unidade de saúde (quando aplicável); reduzir para menos de 10% a taxa de *K. pneumoniae* resistente aos carbapenemos; reduzir em, pelo menos, 10% o consumo de antibióticos em ambulatório; e 95% das unidades de saúde com adesão ao primeiro momento da higiene das mãos.

De acordo com a DGS (2013), todo o doente pode constituir reservatório ou fonte potencial para a transmissão de microrganismos. A PSC encontra-se mais suscetíveis às IACS, não só devido à sua debilidade imunológica, mas também porque se encontram sujeitos a monitorizações e procedimentos invasivos. A prestação de cuidados de saúde envolve riscos, de natureza e montante diversos, quer para o doente, quer para os profissionais de saúde, não se podendo negligenciar esses riscos, qualquer que seja a sua escala (Fragata, 2011). Para Amaral (2013), o ambiente da prática é constituído por um conjunto de características organizacionais que podem facilitar ou constringer a prática dos cuidados.

Um primeiro passo essencial, é reconhecer o risco de infeção a nível da organização de saúde, a fim de adotar as medidas necessárias para reduzir ou controlar os riscos relacionados com as IACS e as RAM (Duarte, 2019).

Todas as atividades estão focadas na segurança do doente e profissionais bem como, na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Neste contexto, o parecer e as avaliações do

GCL-PPCIRA como órgão de apoio e de referência são imprescindíveis em todas as áreas e atividades hospitalares, articulando direta ou indiretamente com todos os profissionais dos serviços. Assim, compete ao GCL-PPCIRA supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção, garantir o cumprimento obrigatório dos programas de VE sobre as IACS e das RAM, garantir retorno de informação de VE às unidades clínicas e assegurar um funcionamento eficaz do PAPA promovendo um uso racional dos mesmos.

Recebe diariamente, pela plataforma HEPIC, resultados de análises microbiológicas nas quais estão identificados os microrganismos MR. O enfermeiro do PPCIRA regista essa informação no processo clínico, conforme as recomendações da DGS (2019b) e comunica aos respetivos serviços os resultados e recomendações associadas. Compete-lhes realizar a VE (de processo, de estrutura e de resultado), a elaboração de normas e recomendações, a formação (formal e informal) e informação, a realização de auditorias e consultadoria e apoio com emissão de pareceres.

Relativamente à VE, existiu a oportunidade de, com base na informação fornecida pelo laboratório da patologia clínica (resultados microbiológicos), através do programa HEPIC, efetuar o registo no SClínic, colaborando na inserção de dados no processo do doente, colaborando na investigação do percurso do mesmo, verificando quais as medidas de isolamento mais adequadas, quais as dificuldades ou constrangimentos e como poderia o PPCIRA ser suporte.

A redução das IACS, assenta também na promoção das PBCI (DGS, 2012), como o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) (DGS, 2020b), alocação de doentes e ambiente, e especial ênfase na higienização das mãos (DGS, 2019a), sendo a medida mais eficaz, mais simples e mais económica de prevenir as IACS (Duarte, 2019).

Considero que as auditorias às PBCI, são de grande valor formativo e promotoras da melhoria contínua, dado que esses momentos, permitem obter uma visão abrangente dos cuidados realizados ao doente, permitem identificar falhas ou fragilidades e adotar medidas que minimizem essas falhas e promovam um ambiente terapêutico seguro. O EEMCPSC, como elemento diferenciado na equipa tem o dever de acompanhar, motivar e definir estratégias, liderando estes processos de melhoria.

O *European Centre for Disease Prevention and Control* (2017) afirma que os doentes admitidos nas UCI têm um risco 5 a 10 vezes maior de adquirir uma IACS devido a fatores intrínsecos (imunodepressão) e extrínsecos (ventilação mecânica, cateter vascular central, cateter urinário). Pelo que o aparecimento de surtos é uma situação acautelada (pelo rastreio inicial na admissão do doente) e de intervenção imediata, com instituição de medidas rápidas

e em várias vertentes desde o rastreamento do microrganismo, dos doentes em contacto, dos equipamentos e instalações, e de todo o procedimento de limpeza e descontaminação. Foi muito importante ter acompanhado um processo destes, com reforço da importância que se deve dar ao rastreio inicial.

No SUMC, a prevenção e controlo de infeção na vítima de trauma é crucial já que as lesões do trauma, associadas à quebra de mecanismos de defesa imunológica e colonização por microrganismos patogénicos, favorecem o risco para o desenvolvimento de infeções e consequente aumento da morbilidade e mortalidade, nesta tipologia de vítimas (Watanabe et al., 2015).

Também foi alvo de reflexão a constante sobrelotação do SUMC, sobre o cumprimento da meta 6, que visa a redução do risco de IACS, não só pela limitação de espaço, o número elevado de usuários que dificultam a correta higienização entre utilizações, assim como a excessiva movimentação de macas (Norma n.º 007/2019, 2019). A ausência de profissionais que se dediquem exclusivamente a doentes infetados e/ou colonizados, a sobrelotação e transferências frequentes de doentes, são atividades que potenciam o risco de infeção cruzada de IACS (Pina et al., 2010). Assim, como a ausência de descontaminação das áreas antes de alocar um novo doente e a não existência de profissionais responsáveis pela prestação de cuidados a doentes em isolamento eram fatores que aumentavam o risco de IACS.

A avaliação de risco de infeção do doente e isolamento, apesar de existir um mecanismo de alerta, pelo programa HEPIC, aquando da admissão do doente portador de MEI, a alocação correta pela sobrelotação não era possível. É muito importante o trabalho que a recente equipa de gestão de vagas está a realizar e da colaboração do GCL-PPCIRA, para potenciar a rápida colocação / internamento dos doentes identificados com MEI ou MR, dentro do contexto geral dos serviços deste CH. A capacitação, nas PBCI e nas PBVT em complemento, de todos os profissionais envolvidos e definição de planos de melhoria, como estratégia na prevenção da transmissão cruzada em fontes muitas vezes desconhecidas.

No âmbito da UCI notou-se uma grande sensibilização por parte dos profissionais, em cumprir as normas. Verificou-se a existência de aspetos facilitadores do cumprimento das PBCI, tais como: existência de sensores automáticos nos lavatórios para água e gel de mãos, existência de sensores automáticos de abertura de portas, existência de um carro de apoio de uso exclusivo em cada unidade com o material necessário à prestação de cuidados, EPI's em local de fácil acesso, existência de fardamento adequado e suficiente para troca, e o acesso condicionado e restrito ao serviço. Existia solução alcoólica em todas as unidades e alertas

para os momentos da higienização das mãos, com especial ênfase ao momento com maior taxa de incumprimento, isto é, antes do doente.

No contexto, durante o EC, na UCI, os quartos individuais estavam reservados para doentes com COVID-19, cumprindo as PBVT indicadas pela DGS. O fluxo do ar contaminado é extraído e encaminhado para o exterior, após passar por um sistema de filtragem (*International Health Facilities Guidelines*, 2017), diminuindo riscos de contaminação para os profissionais, doentes e visitas.

Esta situação levou a que os doentes infetados ou colonizados com um ou mais microrganismos MR, apesar do que está preconizado (DGS, 2012), não eram alocados em quarto individual, mas na prestação de cuidados existia uma preocupação acrescida no cumprimento das precauções baseadas nas vias de transmissão.

Na admissão da PSC é efetuado por rotina um rastreio séptico que comporta, rastreios microbiológicos a *Klebsiella Pneumoniae* produtora de Carbapenemases (KPC) (DGS, 2017c) e *Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus* (MRSA) (DGS, 2014c), hemoculturas e urocultura, a fim de avaliar o estado infeccioso do doente, e com o intuito de monitorização e deteção precoces de focos de infeção no doente. As recomendações relativas à avaliação do risco de colonização, eram integralmente cumpridas, um doente só é considerado não colonizado após três amostras consecutivas negativas, colhidas com intervalo de 48 horas (DGS, 2017c), neste sentido existia o cuidado do registo diário dos rastreios efetuados, dos resultados e do planeamento das intervenções em plano de cuidados.

Na admissão do doente à UCI a DGS (2014c), com o objetivo de prevenir a colonização e infeção por MRSA, recomenda o seu rastreio e descolonização do doente, com banho com clorohexidina a 2% nos primeiros 5 dias, acompanhado de higiene oral também com clorohexidina a 2%, no mesmo período, o que era efetuado.

Durante este EC, observaram-se procedimentos direcionados à prevenção de infeção como: a fixação do cateter vesical; a substituição dos sistemas de perfusão; a realização de técnica asséptica na desinfeção do local de inserção do CVC; o cuidado de avaliar diariamente possíveis sinais inflamatórios no local de inserção da linha arterial e CVC; a manipulação realizada sob técnica assética, descontaminando os pontos de acesso dos sistemas e prolongadores com solução de cloro-hexidina a 2%, e realizando a mudança de penso cumprindo a técnica assética e o intervalo recomendado.

Implementou-se igual cuidado na prevenção da pneumonia, com a higiene oral no doente com VMI, que era realizada 1 vez por turno, onde na recente atualização da norma da DGS (2022) a utilização de gluconato de clorohexidina a 0,2% para a lavagem da cavidade oral deixou de

ser recomendada, e a alteração da instrução de trabalho do serviço estava em curso. Observou-se a implementação da elevação da cabeceira destes doentes entre 30° e 45°, assim como a aspiração de secreções somente foi realizada quando necessária e cumprindo a verificação da pressão do *cuff* do tubo endotraqueal entre 20-30 cm de água. Em determinadas situações de maior risco a utilização de circuito fechado foi uma prática. Os circuitos ventilatórios só eram substituídos quando visivelmente sujos (ou disfuncionais).

Como enunciado anteriormente, a implementação dos feixes de intervenções preconizados e o seu cumprimento foi uma prática observada com efetividade no EC realizado na UCI (DGS 2022).

O ambiente hospitalar é apontado como um reservatório potencial de microrganismos, considerado um dos critérios de qualidade e um dos componentes de precaução básica de controlo de infeção. A limpeza de rotina é, de acordo com os critérios de *Spaulging* [Entidade Reguladora da Saúde (ERS), 2018], uma ação que reduz a carga microbiana das superfícies, contaminação ambiental e minimiza o risco de transmissão de infeção prevenindo a IACS.

As INCS são uma importante causa de morte, sendo a deteção dos microrganismos no sangue essencial no tratamento dos doentes. A realização de hemoculturas constitui o *gold standard* para o diagnóstico. Contudo, uma percentagem significativa das hemoculturas positivas pode traduzir contaminações. Isto pode levar à prescrição desnecessária de antibióticos, com aumento dos custos hospitalares e de efeitos adversos como o desenvolvimento de RAM. Foi importante fazer parte de todo este processo, no sentido monitorizar a taxa de contaminações, e o retorno dessa informação aos respetivos serviços com o reforço de aspetos técnicos relacionados com a realização de hemoculturas de forma a aumentar a sua rentabilidade.

De forma global, o EEMCPSC deve responder eficazmente na prevenção e controlo de infeção, tendo em conta os múltiplos contextos de atuação (Regulamento 140/2018, 2018), promovendo o envolvimento de todos na implementação de projetos essenciais para a redução e controlo da infeção. De acordo com a DGS (2017), os EEMCPSC são reconhecidos como elementos-chave na resposta à necessidade de cuidados seguros da PSC. A mudança é um processo que exige esforço e vontade. Tal como refere Deodato (2010, p. 34) “as ações, encontram assim fundamento na vontade, porque é esta que determina as escolhas.”. A tomada de decisão implica que o EE incorpore os resultados da investigação na sua prática.

Com o olhar de futura EE há maior responsabilidade no sentido de questionar, procurando a evidência científica para justificar e fortalecer as decisões, promovendo o inscrito nos padrões

de qualidade na prática de cuidados de Enfermagem especializados (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

1. A COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA DA PESSOA INTERNADA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA: INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A segunda parte deste Relatório apresenta o projeto de investigação/ação desenvolvido no local de trabalho, estando organizado de acordo com os capítulos enunciados pelos *Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence* (2015). A temática central do mesmo é a Comunicação com a Família da Pessoa Internada num Serviço de Medicina Interna: Intervenção Especializada de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

1.1. RESUMO

Enquadramento: A complexidade do contexto da prática e do confronto diário com barreiras limitadoras a uma comunicação efetiva, sugere repensar a melhoria da prática das intervenções de enfermagem na comunicação com a família da pessoa a vivenciar situações complexas de doença, em internamento.

Objetivo: Implementar um protocolo de comunicação com a família da pessoa internada num Serviço de Medicina Interna da região centro de Portugal; avaliar a utilidade e aplicabilidade deste mesmo protocolo de comunicação.

Metodologia: Desenvolveu-se um projeto de investigação-ação, baseado num estudo do tipo quantitativo-descritivo, com a participação de enfermeiros e familiares da pessoa internada num Serviço de Medicina Interna da região centro de Portugal.

Resultados: A maioria da equipa tinha menos de 30 anos e 80% foi classificada nos níveis de aquisição de competência, conforme o modelo de Patrícia Benner, como competentes, proficientes e peritos. Mais de 65% dos enfermeiros envolvidos no estudo foram favoráveis à implementação do novo protocolo em todas as suas vertentes e a totalidade dos familiares revelaram estar satisfeitos com a utilização deste método de transmissão de informação, protocolado para um Serviço de Medicina Interna.

Conclusão: A utilização do protocolo proposto aporta confiança e motivação aos enfermeiros, organiza e credibiliza a informação transmitida ao familiar do doente, ganha tempo relativamente ao método tradicional e colmata as necessidades de informação à família da pessoa internada, melhorando a sua satisfação e a cordialidade da comunicação para com o Serviço.

Palavras-chave: comunicação; família; doente; cuidados de enfermagem; estratégias de saúde.

1.2. ABSTRACT

Background: The intricate nature of healthcare practice contexts, coupled with the persistent challenges hindering effective communication, necessitates a comprehensive reevaluation of nursing interventions in communicating with the families of individuals grappling with complex illnesses during their hospitalization.

Objective: To implement a communication protocol with the families of patients admitted to an Internal Medicine Service in the Central region of Portugal and to assess the utility and applicability of this communication protocol.

Methodology: We conducted an action research project based on a quantitative-descriptive-correlational study involving nurses and family members of patients admitted to an Internal Medicine Service in the Central region of Portugal.

Results: The majority of the team members were under 30 years of age, and 80% were classified according to Patricia Benner's competence acquisition model as competent, proficient, or expert. More than 65% of the nurses involved in the study were in favor of implementing the new protocol in all its aspects. All family members expressed satisfaction with the use of this protocolized method for information transmission within an Internal Medicine Service

Conclusion: The use of the proposed protocol instills confidence and motivation in nurses, organizes and enhances the credibility of information conveyed to patients' families, saves time compared to traditional methods, and addresses the information needs of families of hospitalized individuals, thereby improving their satisfaction and the overall quality of communication with the service.

Keywords: communication, family, patient, nursing care, healthcare strategies.

1.3. INTRODUÇÃO

A transição num processo saúde/doença, exige que a pessoa incorpore conhecimentos novos, altere comportamentos e modifique a definição do indivíduo no contexto social (Meleis, 2010). Nessa vivência de mudanças complexas, a pessoa/ família, entre sentimentos de medo, ansiedade e incerteza, têm necessidades de suporte, de proximidade, de informação e de garantia de cuidados, às quais o enfermeiro na sua prática diária se empenha em dar resposta, como acrescentam Ramos et al. (2018) no seu estudo. A família tem necessidade de informação, e compete ao enfermeiro apreciar em concreto esta necessidade e em que

medida poderá informar, operacionalizando os fundamentos éticos, deontológicos e jurídicos, no contexto e no dever do informar (Correia, 2020a).

É constatação diária na complexidade do contexto da prática profissional, o confronto com as condicionantes da gestão de tempo, disponibilidade, stress, entre outras barreiras limitadoras a uma comunicação efetiva, pilar preconizado para o sucesso das interações com a pessoa e família. É inevitável a dispersão da informação pelas inúmeras solicitações e telefonemas diários efetuados pelos familiares, que por esse facto, revelam que não são efetivos na satisfação da informação obtida, para além de produzirem desgaste nos enfermeiros e na gestão de tempo para a prática do cuidar.

Face ao exposto, este projeto de investigação/ação, consistiu na realização de um projeto de melhoria contínua da qualidade (PMCCQ), num serviço de Medicina Interna, de uma instituição de saúde da região centro de Portugal, sob a temática *A Comunicação com a Família da Pessoa internada num Serviço de Medicina Interna – Intervenção Especializada de Enfermagem Médico-Cirúrgica*, e teve como finalidade, a melhoria da prática das intervenções de enfermagem na comunicação com a família da pessoa internada, na partilha de informação por telefone.

1.4. ENQUADRAMENTO

As transformações políticas, socioeconómicas e culturais ao longo do tempo, alteraram na sociedade a representação da família, a configuração e o seu significado. O conceito é definido pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) como uma “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais” (CIPE, 2011, p.120).

A OE (2018) evidencia o dever de assistir a pessoa e família nas perturbações decorrentes da situação crítica do processo saúde/doença. Essa vivência, afeta todo o núcleo familiar, pela fragilidade que lhe é imposta (Cabete, 2019), pelo que a necessidade de comunicação terapêutica lhe é transversal. A gestão desta inscreve-se nos domínios de competências do enfermeiro, no âmbito das intervenções autónomas. É através dela que se obtém a partilha de informação, crucial à aceitação, à confrontação da doença e à adaptação às mudanças que ocorrem, Borges (2015a). É um instrumento fundamental no processo de relação interpessoal que resulta da necessidade e direito de informação por parte do doente /família, mas também do dever de informar dos enfermeiros. O ponto 6 da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes Internados (Direção Geral da Saúde, s/d) menciona o direito a ser informado. O dever de informar o doente / família sobre o cuidado de enfermagem encontra-se previsto no

artigo 105.º da Deontologia Profissional inscrita no Estatuto da OE, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. “Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicitação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (OE, 2015, p.33).

A obtenção de informação atempada e credível, reduz o risco de desenvolvimento de sentimentos de vulnerabilidade e incerteza, promovendo a coesão e segurança e satisfação. A informação é determinante na gestão do projeto de saúde ao fundamentar a tomada de decisão (Correia, 2020b). A satisfação do doente / familiar é por isso considerada um importante indicador de saúde e de qualidade para a melhoria dos cuidados prestados, enquanto medida de resultado (Chaves et al., 2016). A compreensão do seu valor pode assim, ser contributo na obtenção de ganhos em saúde e na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Cuidar e comunicar apresentam-se, inevitavelmente ligados (Coelho, 2015a).

No cuidar, o enfermeiro identifica os problemas reais e potenciais, agindo nas suas intervenções autónomas ou interdependentes (OE, 2007), o método de trabalho adotado conduz a tomada de decisão tendo em consideração a interação entre os enfermeiros (Ventura-Silva, 2021). Nessas intervenções a inclusão e envolvimento da família, para Wright e Leahey (2013), decorre, à semelhança do modelo Dreyfus, de acordo com os diferentes níveis de perícia (Benner, 2004), o enfermeiro generalista concetualiza a família como um contexto para a sua intervenção e o enfermeiro especialista trabalha com a família a um nível sistémico, concebendo-a como unidade de cuidados.

Atendendo à literatura, a interação com a família constrói-se em quatro momentos chave: o acolhimento, o fornecimento de informações, na presença da família e nos processos de tomada de decisão (Borges, 2015b). Para Mendes (2015) o acolhimento deve ser entendido como um processo contínuo no internamento hospitalar, não se limitando à admissão é enfatizada uma cultura de humanização. Ayora (2021) da sua vivência durante a pandemia COVID-19, diz-nos que não devemos esquecer que a comunicação não se limita a humanizar os cuidados, é o que a torna possível. Nesse sentido Cabete (2019), refere-a como um desafio para os enfermeiros, apontando dificuldades, não só na gestão da informação sincera e honesta sobre o estado de evolução do doente, enquanto tentam manter a esperança, como também na falta de confiança ao abordar a família.

Coelho (2015b) faz referência a Bandler & Grinder (1982) e afirma que não há erros na comunicação, só há resultados, uma vez que o significado da comunicação que se faz é a resposta que se consegue. É necessário que os enfermeiros desenvolvam conhecimentos e habilidades que permitam comunicar de forma terapêutica. Não existe uma forma correta de comunicar, no entanto existem estratégias facilitadoras, protocolos de atuação que suportam a intervenção, tornando o processo mais estruturado (Santos, 2017), como a metodologia ISBAR ou o protocolo de comunicação SPIKES.

As tecnologias de informação e comunicação (TIC) na área da saúde foram globalmente valorizadas e vantajosas na experiência pandémica recente, sem colocar em causa os direitos e os deveres tanto do doente / família como do profissional de saúde (Rodrigues et al., 2022). Sabemos que a comunicação se manifesta nas dimensões verbal e não-verbal. A comunicação verbal, defende Phaneuf (2005), é a forma que tomam as nossas trocas quando fazemos intervir a palavra. O que reforça a necessidade do enfermeiro se exprimir de forma a ser compreendido, adotando uma comunicação funcional, caracterizada pela simplicidade, concisão, precisão, clareza, pertinência e flexibilidade, adaptada ao contexto, dentro do domínio da área de competência (Borges, 2015).

A OE definiu o uso das TIC “na prestação de cuidados de enfermagem, nos quais o enfermeiro interage com o cidadão de forma remota, com o intuito de prevenir, avaliar, diagnosticar e intervir” (OE, 2020, p.1). A transmissão de informação ao familiar por telefone, é esclarecida pela OE no Parecer jurídico nº. 08/2008. O Conselho de Enfermagem da OE no Parecer nº. 53/2021, acresce que a teleconsulta de enfermagem é um recurso de proximidade ao cidadão a otimizar para responder às necessidades em cuidados de enfermagem. Ressalva, a consciência das limitações que a interação digital traz e das medidas para as mitigar, no respeito dos princípios fundamentais da prática profissional, a independência de opinião do profissional e a autonomia do doente/ família mantendo a confiança mútua, assegurando a confidencialidade (OE, 2020).

O Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde (PENTS) 2019-2022, menciona como principais vantagens da telessaúde, como consulta remota, que possibilita a partilha de informações entre o profissional de saúde e o doente/ família, o aumento da comodidade do cidadão, evitando deslocações e conseqüente poupança de tempo, dinheiro e diminuição do absentismo, racionalizando recursos humanos e materiais.

Fagan (2021) refere no contacto remoto a pessoa/ família podem sentir-se mais confortáveis para o esclarecimento de dúvidas uma vez que se encontram num ambiente possivelmente mais controlado e relaxado do que o ambiente hospitalar.

Os estudos efetuados (Shuen et al., 2018; Wright, 2018; Carvalho, 2021) corroboram com a existência desses benefícios da teleconsulta após a alta, incluindo o aumento da satisfação dos doentes. Também Woods et al. (2019), na revisão sistemática de 10 estudos, revelaram efeitos positivos após implementação de teleconsulta de *follow-up* e aumento do grau de satisfação.

Martins e Lopes (2010) na Unidade da Dor do Hospital Garcia de Orta, efetuaram um estudo para compreender o processo de cuidados implícito na consulta telefónica de *follow-up* em cirurgia de ambulatório ao doente com dor crónica e concluíram que essa consulta era referida como um recurso importante para o doente / família.

Tendo em linha de conta os aspetos apresentados pelos diversos autores na literatura e atendendo ao objetivo deste PMCQ, é importante redefinir a prática diária dos enfermeiros, na forma com proporcionamos informação à família em comunicação terapêutica, e garantir o inscrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE). O envolvimento dos enfermeiros nesses projetos/programas tende a ser gerador de progresso pessoal, profissional e institucional (Rêgo & Porto, 2005a). No entanto, em contexto de instabilidade, gerir a mudança e PMCQ, é um desafio, ao nível das respostas dos colaboradores à mudança já que a motivação põe em causa a sua eficácia, pelo que o desenvolvimento do processo motivacional nas organizações é um elemento-chave de uma gestão estratégica e de resultados, Rego et al., (2016). Uma política institucional demarcada por oportunidades de participação de todos, enfatiza a importância da sua participação na formulação de estratégias e ações implementadas para a melhoria da qualidade em saúde (Rêgo e Porto, 2005b).

1.5. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

“Qual é a utilidade e exequibilidade da implementação de um protocolo de comunicação com a família da pessoa internada num Serviço de Medicina Interna da região centro de Portugal?”

1.6. METODOLOGIA

Os PMCQ, no contexto dos PQCE, partem da identificação de um problema, interpretado como uma oportunidade de melhoria (OE, 2013). Perante o que se definiu anteriormente, o desenvolvimento do projeto assenta no ciclo da gestão da qualidade que pressupõe diferentes etapas na consecução dos seus objetivos.

Serviu de suporte ao desenvolvimento deste estudo quantitativo-descritivo, um projeto de investigação/ação desenvolvido em cinco fases (diagnóstico de situação, construção do

protocolo, validação do protocolo, implementação do protocolo, avaliação da implementação do protocolo).

A população-alvo foram os enfermeiros dum Serviço de Medicina Interna, tendo a amostra sido constituída por 20 participantes, após obtido o seu consentimento informado, livre e esclarecido. Como critério de inclusão foi definida a obrigatoriedade de ter participado na aplicação da IT, com realização de comunicações telefónicas aos familiares de referência da pessoa internada.

Como população-alvo foram também incluídos os familiares de referência das pessoas internadas, cuja admissão ao serviço foi efetuada entre o dia 24/05/2023 e o dia 30/06/2023. Para além dos contactos telefónicos realizados aquando da presença da pessoa no internamento, foram realizados contactos de *follow-up*, após alta hospitalar, até ao dia 24/07/2023. Definiram-se como critérios de exclusão os familiares de pessoas autónomas (aos quais a informação era fornecida aos próprios). Participaram 30 familiares de referência. No questionário do contacto de *follow-up* foram aplicados como critérios de exclusão: o óbito da pessoa internada e o não atendimento da chamada por parte do familiar de referência, num total de 7. Assim, a amostra foi constituída por um total de 23 familiares. Em ambas as populações-alvo foi obtida uma amostragem não probabilística por conveniência.

Face às vivências diárias foi efetuado um *brainstorming* em equipa, apresentadas e discutidas as dificuldades sentidas. Identificada a necessidade, em equipa propôs-se para resolução do problema a elaboração de um protocolo de comunicação com a família da pessoa internada num Serviço de Medicina Interna, e apresentada a intenção da conceção de um PMCQ. Criados consensos, com o objetivo da elaboração de um instrumento de trabalho/ protocolo, definindo tema, dimensão e conceitos, enquadramento ético e legal, com a finalidade de operacionalizar a comunicação na partilha de informação com a família da pessoa internada num Serviço de Medicina Interna. Na sua construção foi definido: quem executa o telefonema; quando (as fases de contacto: admissão ao serviço, durante o internamento, alta e *follow-up*) são realizados os contactos; a quem (definição de familiar de referência da pessoa internada) executa os contactos; o que se comunica e como se comunica. Foi incluído igualmente um guia orientador da instrução de trabalho (IT) de comunicação estruturada com o familiar de referência da pessoa internada, tendo como apoio ao processo de comunicação a metodologia ISBAR (DGS, 2017) e o protocolo SPIKE (Santos, 2017).

A apreciação e validação da IT, foi efetuada através de um *Focus Group*. Foi solicitada a colaboração e o contributo de 6 enfermeiros peritos num Serviço de Medicina Interna, para a sua análise, relativamente ao seu conteúdo, clareza, compreensibilidade e adequação, sendo

efetuada a sua validação após concordância. Os dados recolhidos foram tratados com confidencialidade e anonimato, tendo sido destinados exclusivamente ao estudo em causa. Foi solicitado parecer sobre a IT à Enfermeira Gestora e Diretor de Serviço, tendo sido aprovada e solicitada codificação temporária ao gabinete da qualidade, da instituição de saúde envolvida.

A implementação da IT foi efetuada após realização de um momento formativo para a apresentação e explicitação das principais etapas / intervenções a realizar na sua aplicação.

Foi elaborado um questionário aos enfermeiros do Serviço, com o intuito de conhecer a caracterização socioprofissional e académica e a opinião sobre a sua participação no estudo, recorrendo-se a uma escala de resposta tipo *Likert*, na intenção de avaliar o protocolo quanto à facilidade de utilização, pertinência, ao tempo gasto em relação ao processo tradicional, à confiança e cordialidade na comunicação, à interação com os familiares, à satisfação dos enfermeiros, à perceção da satisfação dos familiares de referência da pessoa internada, à gestão de tempo útil e ainda quanto ao número de contactos telefónicos efetuados e respetiva duração média, bem como aos recursos disponíveis.

Um segundo questionário foi aplicado aos familiares de referência no contacto do follow-up, após o seu consentimento informado, livre e esclarecido ter sido validado, na intenção de avaliar quanto ao processo de comunicação/informação e a sua satisfação quanto ao protocolo de comunicação/ informação e à sua implementação.

O projeto de investigação/ação mereceu aprovação da Comissão de Ética da instituição onde foi aplicado (Ref.CE-Nº4/23). Posteriormente a esta aprovação foi solicitada adenda para inclusão dos familiares de referência no estudo (Ref.^a 53/2023). Tanto os enfermeiros, como os familiares que participaram neste estudo, fizeram-no após obtido o consentimento informado, livre e esclarecido.

Efetuamos o tratamento dos dados com recurso ao *Statistical Program for Social Sciences*® (SPSS®) versão 28.0. A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva: frequências absolutas (n) e frequências relativas (%), medidas de tendência central [média (M) e mediana (Md)] e medidas de dispersão ou variabilidade (desvio padrão (s) e amplitude (valor mínimo, valor máximo)).

1.7. RESULTADOS

A apresentação dos resultados encontra-se organizada pela caracterização socioprofissional e académica dos enfermeiros; avaliação pelos enfermeiros quanto ao protocolo implementado;

grau de satisfação com a comunicação telefónica realizada pelos enfermeiros; e avaliação das comunicações realizadas pelos enfermeiros, na perspetiva dos familiares.

1.7.1. Caracterização Socioprofissional e Académica dos Enfermeiros

Com recurso aos dados apresentados na Tabela 1, observa-se uma distribuição etária bastante heterogénea, dos 22 aos 61 anos de idade, sendo que se trata duma equipa relativamente jovem, tendo em conta a média de 34 anos de idade (34,20±11,28). Não obstante o facto de se tratar de uma equipa jovem, a sua experiência é relevante, tendo em média 11,34 anos do curso de formação em Enfermagem e 6,90 anos no Serviço, ainda que as suas medianas se situem nos 7 e nos 3,75 anos respetivamente.

Tabela 1
Idades e Experiência dos Enfermeiros Participantes

	Idade	Experiência (anos)	
		Enfermagem	Serviço
Frequência	20	20	20
Mínimo	22	0,75	0,50
Máximo	61	36	35
Média	34,20	11,34	6,90
Mediana	30	7	3,75
Moda	25	6	1
Desvio Padrão	11,28	10,73	9,35

Para confirmar estes valores, os resultados apresentados na Tabela 2 mostram-nos que 50% da equipa tem idade inferior a 30 anos, sendo predominante o sexo feminino.

Tabela 2
Distribuição por Grupo Etário e Sexo

Grupo Etário	Sexo				TOTAL	
	Feminino		Masculino			
	N	%	n	%	N	%
[20-29]	8	40%	2	10%	10	50%
[30-39]	6	30%			6	30%
[40-49]	2	10%			2	10%
>= 50	2	10%			2	10%
TOTAL	18	90%	2	10%	20	100%

Quanto ao grau académico alcançado, 85% dos participantes não foram além da licenciatura, conforme exibido na Tabela 3.

Tabela 3
Distribuição por maior grau académico alcançado e categoria profissional

Grupo Etário	Grau académico						Categoria	
	Licenciado		Pós-graduado		Mestrado		Enf. Gestor	Enfermeiro
	N	%	N	%	n	%	Frequência	
[20-29]	8	40%	2	10%				10
[30-39]	6	30%						6
[40-49]	2	10%						2
>= 50	1	5%			1	5%	1	1
TOTAL	17	85%	2	10%	1	5%	1	19

Os resultados reforçam ainda que 80% dos enfermeiros estão classificados, segundo o modelo de Benner, nos 3 níveis de competência mais altos (Tabela 4).

Tabela 4
Distribuição por nível de Experiência segundo o modelo de Benner

Experiência		em Enfermagem		no Serviço	
Nível	Tempo	Frequência	%	Frequência	%
Iniciado	] 0 > 6] meses	0	0%	3	15%
Iniciado avançado	] 0,5 > 2] anos	4	20%	6	30%
Competente	] 2 > 4] anos	3	15%	2	10%
Proficiente	] 4 > 7] anos	3	15%	2	10%
Perito	mais de 7 anos	10	50%	7	35%
TOTAL		20	100%	20	100%

Nesta amostragem, todos os enfermeiros participaram de igual forma, levando, assim, os menos experientes a participar numa atividade que, até à data, era desempenhada, na sua maioria, pelo coordenador de turno.

Durante a implementação deste protocolo, foram efetuadas 122 chamadas, o que representa uma mediana de 6 chamadas (6,10±1,997), embora haja quem tenha feito apenas uma chamada (mínimo) e quem tenha realizado dez (máximo). A duração média de cada chamada foi de 5 minutos e 27 segundos (5,45±2,946). A chamada mais longa durou aproximadamente quinze minutos.

De uma forma global, podemos referir que grande parte dos enfermeiros estabeleceram o mesmo número de contactos (6) e que, normalmente, demoraram 5 minutos em cada chamada.

Na tentativa de aprofundar a análise às opiniões dos participantes relativamente à utilização deste protocolo, além das estatísticas referentes à globalidade dos questionados, desenvolveu-se o mesmo estudo por nível de competência definido no modelo de Benner.

1.7.2. Avaliação pelos enfermeiros quanto ao protocolo implementado

Sabendo de antemão que a probabilidade de utilização do método convencional por parte dos enfermeiros menos experientes, até 2 anos de profissão, é quase nula e atendendo a que 100% destes responderam que não concordam ter ganho tempo, como mencionado na Tabela 5, optou-se por excluir este grupo da análise dos resultados relativamente à opinião dos enfermeiros sobre o fato de terem ganho tempo em relação ao método tradicional (Tabela 6).

Tabela 5
Quanto ao protocolo testado: facilidade de utilização, pertinência e ganho de tempo

Afirmação	Concordo totalmente		Concordo		Sem opinião		Discordo		Discordo totalmente	
<i>Foi fácil de utilizar</i>	5	25%	12	60%	1	5%	2	10%	0	0%
<i>Foi pertinente na recolha e transmissão de informação</i>	7	35%	12	60%	1	5%	0	0%	0	0%
<i>Ganhei tempo em relação ao processo tradicional (ser o familiar a contactar o Serviço)</i>	3	15%	8	40%	1	5%	6	30%	2	10%

Tabela 6
Opinião dos enfermeiros mais experientes sobre o fato de terem ganho tempo em relação ao método tradicional (ser o familiar a contactar o Serviço)

Nível de Competência	Concordo totalmente		Concordo		Sem opinião		Discordo		Discordo totalmente	
Competente	1	33%	0	0%	0	0%	1	33%	1	33%
Proficiente	0	0%	2	67%	0	0%	1	33%	0	0%
Perito	2	20%	6	60%	1	10%	1	10%	0	0%
S/ Total Enf. experientes	3	18,75%	8	50,00%	1	6,25%	3	18,75%	1	6,25%

Nota: As percentagens apresentadas são referentes aos cabeçalhos das linhas.

Sendo um dos objetivos do projeto, a estruturação da comunicação e a autoconfiança do enfermeiro comunicador, não quisemos deixar de analisar o seu grau de satisfação quanto ao protocolo implementado (Tabela 7).

Tabela 7

Quanto ao protocolo testado: autoconfiança do enfermeiro, cordialidade e satisfação do familiar PSC

Afirmação	Concordo totalmente		Concordo		Sem opinião		Discordo		Discordo totalmente	
<i>Permitiu-me uma maior confiança na comunicação com o familiar</i>	4	20%	14	70%	2	10%	0	0%	0	0%
<i>Melhorou a cordialidade da comunicação</i>	6	30%	10	50%	3	15%	1	5%	0	0%
<i>Incrementou a interação e a satisfação por parte do familiar PSC</i>	6	30%	12	60%	2	10%	0	0%	0	0%
<i>Foi importante para a melhoria da comunicação entre o enfermeiro e a família</i>	8	40%	10	50%	2	10%	0	0%	0	0%

1.7.3. Grau de satisfação com a comunicação telefónica realizada pelos enfermeiros

Sendo a comunicação telefónica o ponto de honra de todo o processo implementado e, na prática, a única ação em que intervêm em simultâneo enfermeiros e familiares, além da análise à opinião sobre a utilização do protocolo, julgou-se pertinente analisar as opiniões sobre a forma como correram as chamadas telefónicas (Tabela 8). Assim, a título de exemplo, enquanto na análise anterior se analisou o grau de satisfação com o método de comunicação, nesta analisa-se o grau de satisfação com a comunicação propriamente dita.

Tabela 8

Opinião dos enfermeiros quanto ao grau de satisfação com a chamada telefónica

Opinião	Muito satisfeito		Satisfeito		Sem opinião		Insatisfeito		Muito insatisfeito	
Enquanto profissional	4	20%	13	65%	2	10%	1	5%	0	0%
Que perceção teve em relação ao familiar?	6	30%	12	60%	1	5%	1	5%	0	0%
Relativamente o tempo despendido com a chamada	1	5%	12	60%	3	15%	4	20%	0	0%

Como se pode verificar, com recurso à Tabela 9, nove em cada dez enfermeiros considera que os recursos humanos disponíveis são insuficientes ou muito insuficientes. Já em relação aos recursos materiais, as opiniões dividem-se, o que já era expectável, uma vez que não foram adicionados equipamentos para levar a cabo esta missão.

Tabela 9
Quanto ao grau de satisfação com os recursos disponíveis

Recursos	Muito satisfeito	Satisfeito	Sem opinião	Insatisfeito	Muito insatisfeito
Humanos	0 0%	2 10%	0 0%	9 45%	9 45%
Materiais	2 10%	8 40%	1 5%	9 45%	0 0%

Registaram-se 15 sugestões por parte de 75% dos questionados, em que a grande maioria refere a necessidade de mais recursos humanos, conforme exposto na Tabela 10.

Tabela 10
Sugestões dos enfermeiros participantes no projeto

Sugestões	Frequência	Percentagem
Sem sugestões	5	25%
Comunicação na admissão e, apenas, se existir alteração do estado clínico	1	5%
Necessidade de mais recursos humanos	13	65%
Necessidade de melhores recursos materiais	1	5%
TOTAL	20	100%

Em complemento, exibem-se os seguintes gráficos com o confronto das opiniões dos enfermeiros relativamente a todo o processo (Gráfico 1, Gráfico 2 e Gráfico 3).

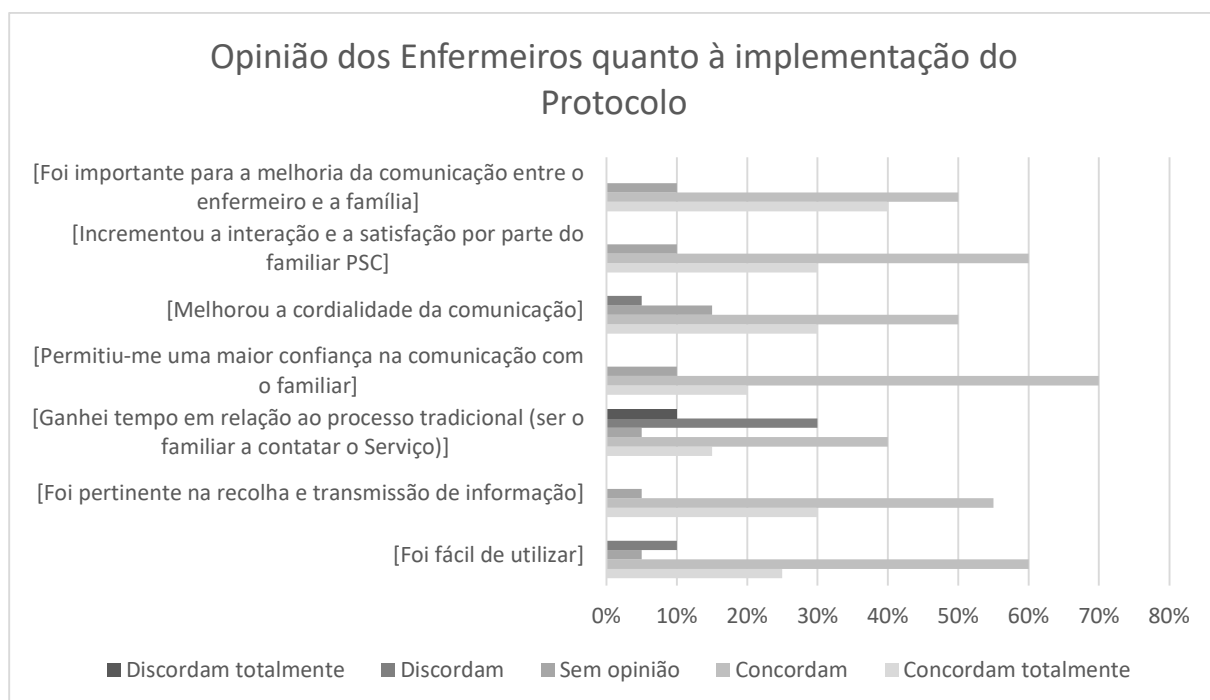


Gráfico 1 - Opinião dos Enfermeiros quanto à implementação do protocolo

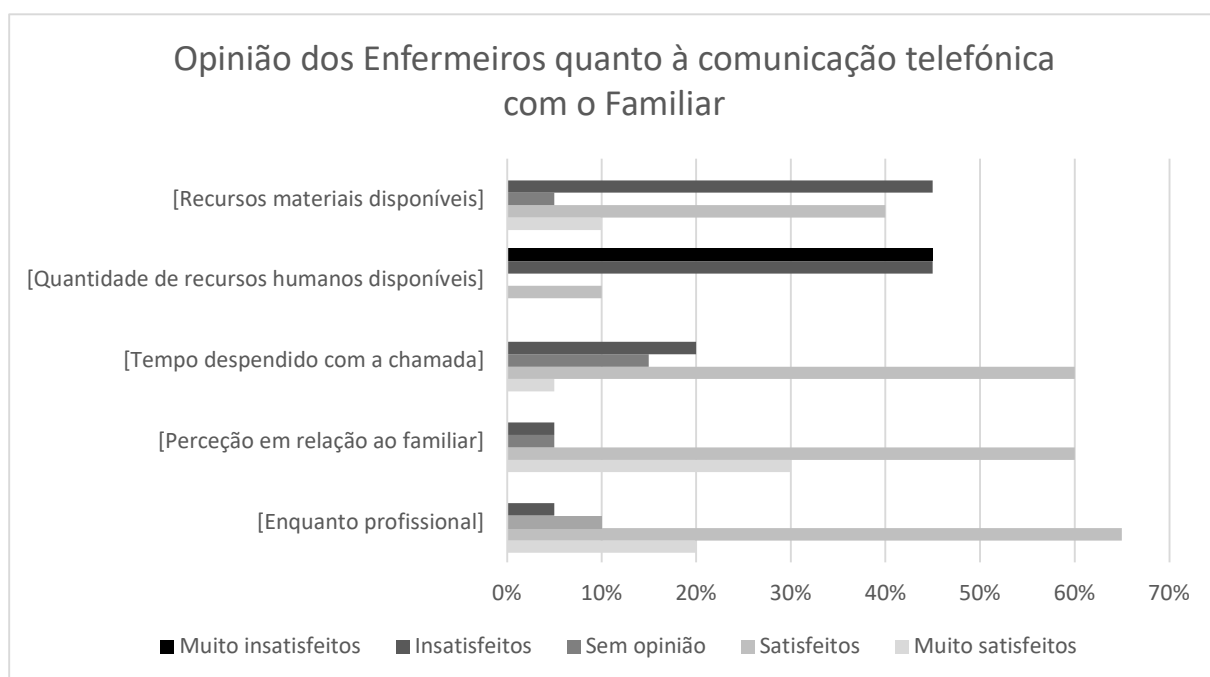


Gráfico 2 - Opinião dos Enfermeiros quanto à comunicação telefónica com o familiar

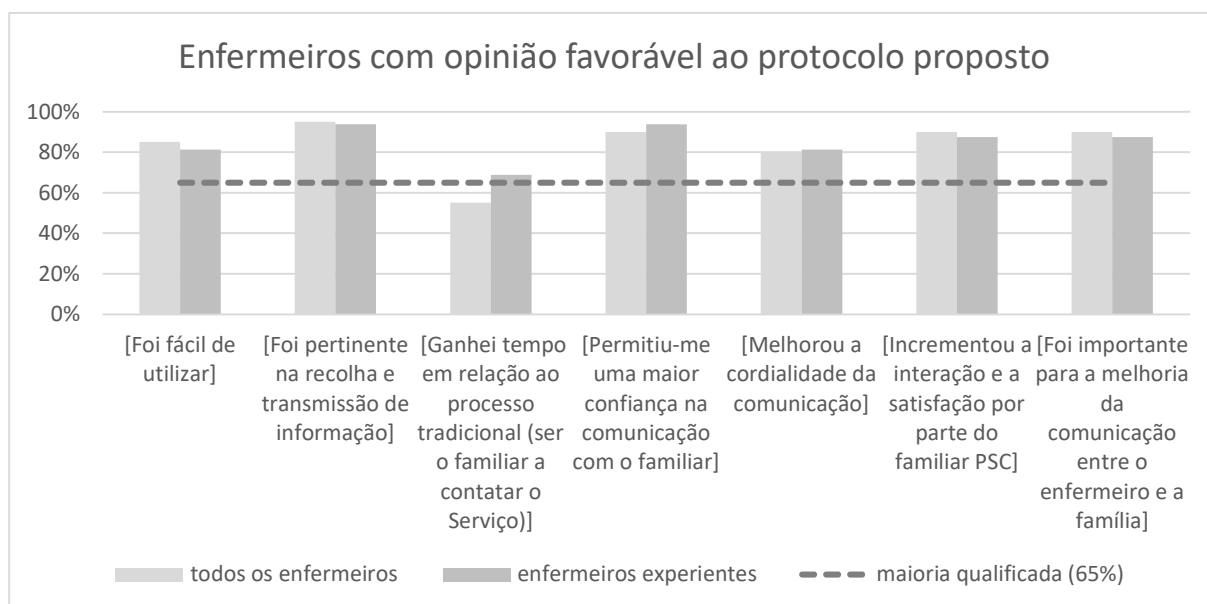


Gráfico 3 - Enfermeiros com opinião favorável ao protocolo proposto

1.7.4. Avaliação das comunicações realizadas pelos enfermeiros, na perspetiva dos familiares

Nesta investigação estiveram envolvidos os familiares de 30 doentes internados, dos quais cinco acabaram por falecer e que, por uma questão ética e de oportunidade, uma vez que o questionário de opinião foi elaborado no último contacto com o familiar (follow-up) que, por razões óbvias, não foi efetuado. Dos restantes 25, 2 não atenderam as respetivas chamadas de follow-up, pelo que, nesta análise foi considerada uma frequência de 23 indivíduos.

Durante o projeto, foram efetuados contactos na admissão do paciente, diariamente para informar o estado e a evolução, na alta do Serviço e uma chamada de Follow-up, ocorrida até 72 horas depois da alta, que foi, também, aproveitada para a elaboração do questionário de opinião, cujos resultados são mostrados nas Tabelas 11 e 12.

Tabela 11
Opinião dos familiares quanto ao processo de comunicação / informação

	Concordo totalmente		Concordo		Sem opinião		Discordo		Discordo totalmente	
Sentiu-se informado	17	74%	6	26%	0	0%	0	0%	0	0%
Responderam às suas dúvidas	19	83%	4	17%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabela 12
Satisfação dos familiares quanto à abordagem do enfermeiro e implementação do processo

	Muito satisfeito		Satisfeito		Sem opinião		Insatisfeito		Muito insatisfeito	
Abordagem efetuada pelo enfermeiro	18	78%	5	22%	0	0%	0	0%	0	0%
Implementação do processo	21	91%	2	9%	0	0%	0	0%	0	0%

Como se pode verificar, a grande maioria dos familiares mostraram-se muito satisfeitos com a utilização deste novo método, reforçando, ainda, a sua opinião com os dados expressos na Tabela 13, onde foram analisadas as suas sugestões.

Tabela 13
Sugestões dos familiares intervenientes no projeto

Sugestões	Frequência	Percentagem
Sem sugestões	8	34,8%
Dar continuidade a este Projeto	11	47,8%
Aplicar este Projeto a todos os Serviços	2	8,7%
Ligar, também, quando existir alteração do estado clínico	1	4,3%
Transmitir uma informação mais precisa sobre o doente	1	4,3%
TOTAL	23	100%

1.8. DISCUSSÃO

Não obstante o empenho na procura de estudos paralelos, em contexto de internamento hospitalar, que pudessem servir de orientação, reforço ou contraposição a este, não foram encontradas referências, pelo que se sugere o desenvolvimento de novos estudos neste âmbito. Foram encontrados estudos referentes ao acompanhamento por telefone por parte de equipas médicas, vários estudos desenvolvidos no período pandémico impulsionados pela necessidade de alteração da interação doente/família/ profissional, ditada pela exigência de isolamento físico, como nos diz o estudo de Ayora (2021), e que nos orientaram pelas vivências sociais atuais. Sabendo que as TIC na área da saúde podem ser vantajosas (Rodrigues et al., 2022), sendo um recurso de proximidade ao cidadão a otimizar para responder às necessidades do cuidar em enfermagem, ressaltando a consciência das suas limitações e das medidas para as mitigar (OE 2020), assim, vários estudos referentes a teleconsultas de follow-up, de acompanhamento de doentes em cuidados paliativos, de controlo da dor, de doente submetido a tratamento cirúrgico, em pós-operatório (Shuen et al.,

2018; Wright, 2018; Carvalho, 2021; Martins e Lopes, 2010) bem como estudos de revisão sistemática da literatura (Woods et al., 2019) nos serviram de referência e nos motivaram na elaboração e concretização deste. Todos estes estudos corroboram os benefícios da teleconsulta, ou uso de TIC, entre outras conclusões também referidas como vantagens pelo PENTS (2019-2021) incluído a satisfação do doente e família.

É sabido que o facto da comunicação para obtenção de informação sobre o doente internado ser despoletada por parte do familiar e que, por ser feita de forma aleatória, recai, quase na totalidade das vezes, sobre um enfermeiro que não está a par da situação atual do doente e que tem de se deslocar para interpolar o colega que se encontra a cuidar deste, provoca espera na chamada telefónica, ocupa dois enfermeiros durante o processo e, naturalmente, motiva a insatisfação no familiar, quanto à confiança e à garantia de obtenção de informação fidedigna e que esta situação promove a falta de cordialidade na comunicação, tão nefasta para o enfermeiro, que está certo de estar a prestar um serviço competente, dando-lhe, pela injustiça das críticas, mais um motivo para a desmotivação, com implicação para o bom desenvolvimento das restantes funções, tal como é referido por Coelho(2015), Ramos et al. (2018), Cabete (2019), Correia (2020) e Rego et al. (2016) nos diferentes aspetos.

Com a utilização do protocolo como PMCQ, aprendeu-se que o facto da comunicação ser iniciada pelo enfermeiro, o obriga a ter a informação a transmitir preparada, incrementando a confiança enquanto o faz e a do seu interlocutor relativamente à credibilidade do que lhe é transmitido, como diz Borges (2015) e Mendes (2015). Esta situação, além de evitar a repetição de chamadas ao longo do dia, anula por completo o tempo de espera e dá a noção realista da preocupação com o doente internado e a sensação, sempre satisfatória, de um tratamento personalizado, anulando, por completo, qualquer tipo de insatisfação por parte do familiar. Aprendeu-se, também, que o facto de ter uma comunicação estruturada por parte do Serviço, com vantagens suportadas por Santos (2017), Ayora (2021) e Rodrigues et al. (2022), reduz significativamente o tempo necessário para a concretizar, medido em 5 minutos pelo presente estudo e que, com a adaptação de procedimentos ao longo da experiência, ainda pode ser melhorado. Considera-se, também, relevante o facto de o protocolo envolver todos os enfermeiros do Serviço, reduzindo a carga sobre os poucos que o faziam até então e incrementando a motivação e tornando mais inclusivo o processo de integração dos enfermeiros menos experientes, corroborado por Rego et al. (2017).

Tendo em conta as sugestões apresentadas pelos enfermeiros, acreditamos que, apesar dos recursos humanos serem escassos para a missão geral do Serviço, se ganhará tempo com a implementação deste protocolo, conforme confirmado por 68,75% dos profissionais experientes que utilizaram os dois métodos.

Relativamente à sugestão para que os familiares sejam apenas contactados na admissão do doente e só quando houver alteração ao estado clínico, depois de ser devidamente ponderada, pensa-se que, ao implementá-la, os familiares não se sentiriam devidamente acompanhados e, conseqüentemente, continuariam a ligar para obtenção de informações, além de que, de cada vez que o telefone identificado com o número do Serviço tocasse, ficariam apreensivos em relação à notícia que iriam receber.

Por se optar por uma exigência severa quanto à análise de resultados, decidiu-se satisfatório o uso de uma maioria qualificada de 65%, de acordo com a mais restritiva maioria utilizada pela Comunidade Europeia.

Tendo em conta a existência de questões que implicavam o conhecimento do método tradicional, a que os enfermeiros menos experientes não tiveram acesso, fez-se a mesma análise por nível de experiência segundo o modelo de Patrícia Benner, excluindo os níveis iniciados, enfermeiros com menos de 2 anos de experiência, e juntando competentes, proficientes e peritos num grupo que apelidámos de enfermeiros experientes.

Independentemente da severidade da avaliação que nos impusemos, foi-nos bastante grato concluir que o projeto foi amplamente satisfatório nas suas três vertentes estruturais: motivação da equipa de enfermagem, incrementando a sua confiança e o reconhecimento por parte das famílias dos doentes; grau de satisfação dos profissionais com o uso do novo protocolo, reforçado com redução de tempo despendido relativamente ao processo tradicional; e, no seu cerne, a satisfação de 100% dos familiares quanto à opinião sobre o método aplicado, tendo mais de 90% divulgado estarem muito satisfeitos com o projeto, e que vai ao encontro dos resultados mencionados nos estudos de Fagan (2021) e do descrito por Carvalho (2021). A obtenção de informação atempada e credível, reduz o risco de desenvolvimento de sentimentos de vulnerabilidade e incerteza, promovendo a coesão e segurança e satisfação (Cabete et al 2016), assim como é determinante na gestão do projeto de saúde ao fundamentar a tomada de decisão (Correia, 2020).

Embora se tenha constatado o empenho da equipa no teste deste novo protocolo, como PMCQ (Rêgo e Porto, 2005), acredita-se que a falta de recursos humanos, tão evidente na missão global do Serviço, a resistência, humanamente compreensível, a qualquer mudança de método, a desmotivação de alguns elementos, como suporta Rego et al. (2017), e o facto de existir uma boa parte de enfermeiros que não tiveram contato com o processo tradicional, que tentámos contrariar com a análise feita, apenas, aos enfermeiros experientes, possam ter sido limitações à excelência deste estudo (DGS, 2017).

1.9. CONCLUSÃO

O presente estudo contemplou um universo heterogéneo de enfermeiros que, não obstante 50% terem idades inferiores a 30 anos, 80% são considerados experientes, segundo o modelo de Benner (2004), pelo que se pode concluir, que a tipologia do Serviço é similar à da grande maioria dos Serviços do SNS.

Conforme explicitado na discussão dos resultados, considera-se amplamente satisfatória a aplicação deste protocolo, que respondeu positivamente a todos os objetivos a que nos propusemos, dando resposta à questão de investigação “Qual é a utilidade e exequibilidade da implementação de um protocolo de comunicação com a família da pessoa internada num Serviço de Medicina Interna da região centro de Portugal?”.

Neste sentido, conscientes de que a comunicação terapêutica é transversal a toda vivência do processo de transição de saúde /doença que afeta todo o núcleo familiar, a sua gestão inscreve-se nos domínios de competências do enfermeiro, como foco de cuidados no âmbito das intervenções autónomas e que é através dela que se obtém a partilha de informação, crucial à aceitação, à confrontação da doença e à adaptação às mudanças que ocorrem. Foi criado um instrumento fundamental no processo de relação interpessoal que resulta da necessidade e direito de informação por parte do doente /família, mas também do dever de informar dos enfermeiros. Cuidar e comunicar apresentam-se, inevitavelmente ligados. A compreensão do seu valor pode assim, ser contributo na obtenção de ganhos em saúde e na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Sabemos que o envolvimento dos enfermeiros em PMCQ tende a ser gerador de progresso pessoal, profissional e institucional, no entanto, gerir a mudança é de facto um desafio, ao nível das respostas dos colaboradores à mudança já que a motivação põe em causa a sua eficácia, pelo que o desenvolvimento do processo motivacional nas organizações é um elemento-chave de uma gestão estratégica e de resultados.

Por outro lado, no cuidar, o enfermeiro identifica os problemas, agindo nas suas intervenções autónomas ou interdependentes. Nelas a inclusão e envolvimento da família, decorre de acordo com os diferentes níveis de perícia, como um contexto para a sua intervenção ou, concebendo-a como unidade de cuidados. Compete ao enfermeiro apreciar em concreto a necessidade de informação e em que medida poderá informar, operacionalizando os fundamentos éticos, deontológicos e jurídicos, no contexto e no dever do informar. O método de trabalho adotado no Serviço conduz a tomada de decisão, tendo em consideração a interação entre os enfermeiros.

Assim, aplicação prática deste protocolo, de idealmente, pressupõe: consciencialização da necessidade e direito, bem como do dever de informar o familiar por parte do enfermeiro,

incluindo-o como foco no cuidar; e recursos materiais como telefone e computador, afeto ao projeto.

Para otimização e manutenção deste protocolo, sugerem-se as seguintes ações futuras: discutir, adaptar e otimizar, de forma continuada, a lista de procedimentos utilizada na comunicação, baseando-se na experiência anterior, de forma a colmatar lacunas que só serão evidenciadas com a utilização deste processo; formação aos enfermeiros, no sentido de os habilitar de estratégias que lhes permitam, agilizar a comunicação no confronto com as condicionantes da gestão de tempo, disponibilidade, stress, entre outras barreiras limitadoras a uma comunicação efetiva, pilar preconizado para o sucesso das interações com a pessoa e família; e reforço com o desenvolvimento de estudos paralelos, para confrontar a atualidade deste.

Para finalizar, na consecução dos objetivos deste PMCQ, achamos que foi importante, sensibilizar os enfermeiros e redefinir a prática diária na forma com proporcionamos informação à família em comunicação terapêutica, garantindo o inscrito nos PQCE.

1.10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayora A, Nogueras C, Jimenez-Panes S, Cortinas-Rovira S. (2021). Comunicações telefónicas com familiares de pacientes hospitalizados com Covid-19 por equipa especializada de apoio familiar: lições aprendidas. *J Med Ética Hist Med*. 3 de dezembro de 2021; 14:18. doi: 10.18502/jmehm.v14i18.8178. eCollection 2021 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9038988/>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora <https://pt.scribd.com/document/374182193/De-Iniciado-a-Perito>
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus model of skill: a acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bulletin of science, technology & society*, 24 (3),188-199. <https://eric.ed.gov/?id=EJ689876>
- Borges, D. (2015). *A Comunicação com a Família em contexto de Cuidados Intensivos*. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health careprofessionals*.Baltimore: Cabete,G. (2019). *Emotional support to the family of the critically ill patient: Nursing interventions*. In *Revista de Enfermagem Referencia* (Vol. 2019, Issue 20, pp. 129–138). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://doi.org/10.12707/RIV18062>
- Cabete,D., Fonte,C., MatiasM.,Patricia,H., Siva,A.& Silva ,V. (2019). Emotional support to the family of the critically ill patient: Nursing interventions. In *Revista de Enfermagem Referencia* (Vol. 2019, Issue 20, pp. 129–138). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra <https://doi.org/10.12707/RIV18062>
- Carvalho, S. (2021). Satisfação de médicos e doentes com a Teleconsulta. Universidade do Porto. https://sigarra.up.pt/faup/en/pub_geral.show_file?pi_doc_id=299430
- Chaves, C; Duarte, J. & Amaral, O. (2016). Satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários com os cuidados de enfermagem - amostra da região centro de Portugal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 1, núm. 2, pp. 339-346. <https://www.redalyc.org/journal/3498/349851778037/html/>
- Coelho, T. (2015) *Comunicação Terapêutica Em Enfermagem: Utilização Pelos Enfermeiros*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82004/2/33990.pdf>
- Conselho de Enfermagem. (2021). Parecer nº53/2021 - Consulta de enfermagem e teleconsulta de enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consultaenfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf
- Correia, S. (2020). Desafios ao dever de informar: no presente inovar o futuro. *Cadernos de Saúde*Vol.12 Número especial 2020 pp.36-37 <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10243>
- Diário da República, 2.a série-N.o 135-16 de julho de 2018*. (n.d.). *Direitos E Deveres Dos Utentes Dos Serviços De Saúde*. (N.D.). www.ers.pt.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Guias da Saúde - Teleconsulta. <https://www.sns24.gov.pt/guia/teleconsulta/>
- Fagan, S. (2021). Post-discharge Phone Calls in the Emergency Department: Do Follow-Up Calls Increase Patient Satisfaction and Reduce Post-Discharge Complications? University of South Carolina.

- https://scholarcommons.sc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=dnps_projects
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-Range And Situation-Specific Theories In Nursing Research And Practice*.
- Martins, M. & Lopes, M. (2010). Consulta telefónica como intervenção de enfermagem ao doente e família com dor crónica, numa unidade de dor. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 39-57.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23961/1/2010_14_1_39-57%284%29.pdf
- Ordem dos enfermeiros. (1998). *REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro*.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Enunciado de Posição 02/07 de 15 março de 2007 da Ordem dos Enfermeiros. Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem. 1-8*;
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Enunciado_Posicao15Mar2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Parecer CJ 8-2008- informações telefónicas*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer8_2008_%20informacoes_telefonicas.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código deontológico. Inserido no Estatuto da OE Republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro*, 9–13.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Codigo_Deontologico.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. 1-112;
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros,
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento no. 429/2018 de 16 de julho de 2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República 2ª Série, Nº.135 (16/7/2018) 19359-19370*;
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (sd) CIPE®, *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-a-pr%C3%A1tica-de-enfermagem-cipe/>
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *Telemedicine: opportunities and developments in member states*.
https://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures:Lusodidacta;
https://www.researchgate.net/publication/303894988_Comunicacao_Clinica_e_Relacao_de_ajuda

- Ramos, et al. (2018). Vivências da família do doente crítico: um estudo quantitativo: Cadernos de Saúde Vol.10 Número2,2018p.5-10
<https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/7230>
- Rego, A., Rodrigues, M. & Araújo, B. (2017). Motivação para o trabalho em enfermeiros após transição do modelo de gestão hospitalar. *Servir* 78_Vol.59, Nº 5-6, Set-Dez 2017
<https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/23470>
- Rêgo, M., Porto, I. (2005). Implantação de sistemas da qualidade em instituições hospitalares: implicações para a enfermagem *Acta Paul Enferm.* 2005;18(4):434-8
<https://www.scielo.br/j/ape/a/fFsn3dCZG4w5JNtt6SfhPtH/?lang=pt&format=pdf>
- Rodrigues, M., Hercules, A. & Gnatta, J. (2022). Teleconsulta como prática avançada de enfermagem na pandemia de COVID-19 à luz de Roy e Chick-Meleis. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 56(spe):e20210438.
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/xVLtxNqr67DmzFYjkmVpw9f/?format=pdf&lang=pt>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde & Centro Nacional de Telesaúde (2019). PENTS Plano Estratégico Nacional para a Telesaúde 2019-2022.
https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/PENTS_portugu%C3%AAs.pdf
- Santos, P. (2017). *Comunicação de Más Notícias em Contexto de Urgência: Práticas e dificuldades da equipa de saúde*. Escola Superior de Saúde de Leiria. Dissertação de mestrado. Leiria;
<https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3685/1/TESE%20FINAL%20Ana%20Paula%20Santos.pdf>
- Shuen, J., Wilson, M., Kreshak, A., Mullinax, S., Brennan, J., Castillo, E. ... Vilke, G. (2018). Telephone, texted, or typed out: A randomized trial of physician-patient communication after emergency department discharge. *The Journal of Emergency Medicine*, 55(4), 573-581
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0736467918307418>
- Ventura-Silva, J., Martins, M. & Trindade, L. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*. 2021 jul-dez; 6(2):278-295
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1349325/document-7.pdf>
- Warnock, C., Tod, A., Foster, J., & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: Role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1543–1555. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05325.x>
- Woods, C. Jones, R. & O’Shea, E. (2019). Nurse-led postdischarge telephone follow-up calls: A mixed study systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19-20), 3386-3399.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31162748/>
- Wright, A., Grady, K. & Galante, J. (2018). Automated postdischarge trauma patient call program. *Journal of Trauma Nursing*, 25(5), 298-300.
<http://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000391>
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). São Paulo: Editora Roca.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de todos estes anos de exercício de Enfermagem, concretamente 35 anos, tornou-se evidente a necessidade constante de prestar cuidados cada vez mais especializados, seguros e de maior qualidade. A aprendizagem ao longo da vida profissional, faz-se de abertura, de sensibilidades, de saberes e competências, de motivação e melhoria contínua, bem como, em assumir a responsabilidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão e da ciência de enfermagem. Deve ser concebida como um percurso e não um ponto de chegada, é sem dúvida um processo contínuo ancorado na experiência.

Este Mestrado desafiou a saída da minha zona de conforto enquanto profissional de enfermagem e enquanto pessoa, e revelou-se muito positivo. A readaptação ao papel de estudante foi um processo de transição complexo e desafiante, exigiu, uma reflexão diária e autoconhecimento de forma a atingir os objetivos a que me propus.

Perante a PSC, surge por vezes uma preferência pelas atividades técnicas em detrimento das humanas. Foi mais uma vez uma oportunidade para refletir sobre as questões éticas e deontológicas, quando todos os minutos na atuação contam, prestar cuidados seguros e de qualidade no sentido de humanizar e proteger os direitos humanos, sem descuidar da sua condição de doente crítico e do que é esperado da enfermagem na área de especialização em PSC.

Abordar esta etapa, gerou reflexão sobre o percurso ao longo dos EC, desde a gestão das expectativas iniciais, às atividades realizadas, dificuldades encontradas e como as mesmas foram contornadas. Posicionou-se de entre a autonomia e a orientação, considerando que essa dialética permanente, decorrente da plena integração nas equipas, foi um desafio muito benéfico de confronto e crescimento, de discussão e fundamentação, de análise e decisão.

Despertou em mim a necessidade de desenvolver competências na área da investigação. O estudo efetuado, permitiu-me desenvolver alguma competência nesta área. Numa temática, a meu ver de enorme importância, pois permite promover cuidados de qualidade e excelência ao doente/ família, na sua humanização, constatando que dar resposta ao desafio abordado está ao nosso alcance.

Foi assim o término da jornada de aquisição de aptidões e competências para a prática especializada, segui pressupostos que considero essenciais para uma prática competente e diferenciada. Aliado ao desenvolvimento profissional, está sempre o crescimento pessoal e o aperfeiçoamento das capacidades humanas que nos permitem melhores desempenhos, ao evidenciar competência na iniciativa, na interpretação e na resolução de problemas da área de especialidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). Recomendações Técnicas para os Serviços de Urgência. http://www.acss.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf
- Ahtisham, Y. & Jacoline, S., (2015). Integrating nursing theory and process into practice; Virginia's Henderson need theory. Case study. International Journal of Caring Sciences, 8(2), 443-450 <https://scirp.org/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2333280>
- Alarcão. I (2001) Educação - Escola reflexiva - Métodos de investigação educativa.*
- Aleixo, T. (2010). Contributo de Enfermagem para a gestão. Centro Português em História e Trabalho Social <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/3-SI-gest%C3%A3o-Enfermagem.pdf>
- Almeida Lima, E. M., de Lima Coutinho, M. D. P., de Lima Pinto, A. V., & Costa, F. G. (2023). As conexões entre Inteligência Emocional e Liderança Transformacional: um estudo de revisão sistemática. *Research, Society and Development*, 12(3), e18512340638-e18512340638. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40638>
- Almeida, O. (2007). O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem. Universidade do Porto. <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O%20Consentimento%20Informado%20na%20Prtica%20do%20Cuidar%20em%20Enfermagem.pdf>
- Almeida, R., Abreu, C. & Mendes, A. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/32-163.pdf>
- Alves, M. (2015). Fim de vida em Cuidados intensivos: A(s) Prática(s) dos profissionais de saúde. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1453/1/Maria_Manuela_Alves.pdf
- Amaral, S. (2013). Influência do ambiente da prática no resultado dos cuidados Enfermagem <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:4699>.
- Apolinário, J.M. (2010). Pessoas, Trabalho e Funções: Reflexões fundamentais sobre a Política de Recursos Humanos https://www.iefp.pt/documents/10181/702845/DIRIGIR_111.pdf/55dca17f-4808-46a1-9425-69947def0b03
- Ashley, G. & Hochmam, S. (2018). Risk Management: Falls in the Emergency Department. <https://www.emra.org/emresident/article/falls-in-the-ed/>
- Assembleia da República. (2019). Lei n.º95/2019, de 4 de setembro. Lei de Bases da Saúde. Diário da República <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Baggio, M. Pomatti, D. & Bettinelli, L. (2011). Privacidade em Unidade de Terapia Intensiva <https://www.scielo.br/j/reben/a/jskVrQ4XHjVGhZqjgnXms4h/?lang=pt>

- Bailey, J. J., Sabbagh, M., Loiselle, C. G., Boileau, J., & Mcvey, L. (2010). Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive & Critical Care Nursing*, 26(2), 114–122. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20106664/>
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2001). Principles of Biomedical Ethics, 5th ed. Nova Iorque: Oxford University Press https://books.google.pt/books/about/Principles_of_Biomedical_Ethics.html?id=14H7MOW1o4C&redir_esc=y
- Bechtoldt, M. N. (2015). Wanted: Self-doubting employees—Managers scoring positively on impostorism favor insecure employees in task delegation. *Personality and Individual Differences* (86), 482-486. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.07.002>
- Beck, C. (2013). Routledge international handbook of qualitative nursing research. London. Routledge <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/RoutledgeHandbooks-9780203409527-chapter32.pdf>
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). Clinical wisdom and interventions in acute and critical care. A Thinking-in-action approach (2ª ed.). Springer publishing company. <https://www.worldcat.org/title/de-iniciado-a-perito-excelencia-e-poder-na-pratica-clinica-de-Enfermagem/oclc/63702286>
- Bessa, M. (2013). A densificação dos princípios da bioética em Portugal – Estudo de caso : a atuação do CNEVC <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71440/2/24891.pdf>
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2013). *Nursing as caring: a model for transforming practice*. London: Jones and Bartlett Publishers. <https://www.gutenberg.org/files/42988/42988-pdf.pdf>
- B-Simple (2020). BSimple – Produtos. [site web]. <https://www.b-simple.pt/produtos/>
- Bugedo, G. Tobar, E. Aguierre, M. Gonzalez, H. Godoy, J. Lira, M. ... Ugarte, H. (2013). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24213081/>
- Cabrita, C. V. (2022). *Tradução e validação para a população portuguesa da Individual Workload Perception Scale-Revised* (Doctoral dissertation). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44314/1/MEGE_10443_original.pdf
- Cardoso, R. (2015). As infeções associadas aos cuidados de saúde. <http://hdl.handle.net/10316/29677>
- Carel, H. (2009). A reply to “Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability” by Derek Sellman: vulnerability and illness. *Nursing Philosophy*, 10, 214–219 https://www.academia.edu/1496880/A_reply_to_Towards_an_understanding_of_nursing_as_a_response_to_human_vulnerability_by_Derek_Sellman_vulnerability_and_illness
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação. Loures: Lusociência.
- Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). Parecer Conjunto n.º01/2017: Atribuição de responsável de turno. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/mceem%C3%A9dico-cir%C3%BArgica-pareceres/>

- Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. (2001). Parecer CJ/20-2001 - Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- Correia, M. (2013). Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI
<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/7992>
- Correia, S.(2020)._Desafios ao dever de informar: protagonistas no presente a inovar o futuro
<https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/10243>
- Cruz, I. (2014). "Nurse's self-knowledge/Autoconhecimento do enfermeiro." *Journal of Specialized Nursing Care*, vol. 7, no. 1, Jan. 2014
<https://go.gale.com/ps/i.do?p=AONE&u=googlescholar&id=GALE|A468142210&v=2.1&it=r&sid=googleScholar&asid=47d2807f>
- D´Arco,c. et al. (2016)- Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática da Enfermagem <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-996662>
- Decreto-Lei n.º 12/93 de 22 de Abril- Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana Diário da República n.º 94/1993, Série I-A de 1993-04-22
<https://dre.pt/dre/detalhe/lei/12-1993-692651>
- Decreto-Lei n.º 244/94 de 26 de setembro- Regula o Registo Nacional de não Dadores Diário da República n.º 223/1994, Série I-A de 1994-09-26
<https://dre.p>
- Decreto-Lei n.º 168/2015 da Assembleia da República de 21 de agosto-Regime de proteção de dador vivo de órgãos.
https://pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2466&tabela=leis
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Coimbra: Almedina.
- Deodato, S. (2017). *Direito à saúde*. Coimbra. Almedina.
- Deodato, S.J. (2010). *Decisão ética em Enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir (tese de doutoramento)*. Lisboa, Portugal: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
<https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/4984>
- Despacho n.º 15423/2013, de 26 de novembro. Criação dos grupos de coordenação regional e local de controlo e de prevenção de infeção e de resistência aos antimicrobianos. Diário da República, série II, N.º 229/2013
<https://dre.tretas.org/dre/313300/despacho-15423-2013-de-26-de-novembro>
- Despacho n.º 5855/2014, de 5 de maio. (2014). Criação de um sistema de vigilância em saúde pública. Diário da República, série II, N.º 85, 11660.
<https://dre.pt/application/dir/pdf2sdip/2014/05/085000000/1166011660.pdf>.
- Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
- Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio. (2015) Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. Diário da República, Série II, N.º 102, 13550-13553.
<https://dre.pt/application/conteudo/67324029>.

- Despacho n.º 3844-A/2016- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde Diário da República n.º 52/2016, 1º Suplemento, Série II de 2016-03-15. <https://dre.tretas.org/dre/2537327/despacho-3844-A-2016-de-15-de-marco>
- Despacho n.º 8925/2020, do Instituto Politécnico de Leiria, de 17 de setembro. Diário da República: II série, N.º 182,256-259. 2020. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24716/despacho_89252020.pdf
- Despacho nº 9390/2021, de 24 de setembro (2021). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Plano Nacional para a segurança dos Doentes 2021-2026 Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24. <https://dre.tretas.org/dre/4672700/despacho-9390-2021-de-24-de-setembro>
- Despacho n.º 10901/2022, de 2 de setembro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 174, de 8 de setembro de 2022, que atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2022/09/08/atualiza-o-programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-ppcira/>
- DGS. (2001). Rede de Referência Hospitalar Urgência/Emergência https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf
- DGS. (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa n.º09/DGCG <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dqcg-de-14062003-pdf.aspx>
- DGS. (2003a). Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa. DGS. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- DGS. (2007). Programa nacional de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde. <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-2/>
- DGS (2010). Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. 1-125. Orientação n.º007/2010: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- DGS. (2010a). Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra hospitalar. Circular. Normativa N.º 15/DQS/DQCO <https://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=99>
- DGS. (2011a). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Norma n.º018/2011. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/segurancados-doentes/identificacao-inequivoca-dos-doentes.asp>
- DGS. (2011b). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação n.º17. Lisboa. Ministério da Saúde. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACA O%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf
- DGS. (2012). Precauções Básicas do Controlo de Infeção. Norma n.º029/2012 <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>
- DGS. (2012a). Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda. Norma n.º 003/2012. Lisboa: DGS. Disponível <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/i017846.pdf>

- DGS. (2013). Consentimento Informado, Livre e Esclarecido Dado por Escrito. Norma n.º 015/2013 https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf
- DGS. (2014). Prevenção e Controlo de Colonização por Staphylococcus aureus resistentes à meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados Norma n.º 018/2014 atualizada a 24/04/2015. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2014/12/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infeccao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados/>
- DGS. (2014a). Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA. Norma n.º 015/2014. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152014-de-25092014-pdf.aspx>
- DGS. (2014b). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. Norma 020/2014. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx>
- DGS. (2014c). Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus Aureus resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Norma n.º 018/2014. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx>
- DGS. (2015a). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Norma n.º 015/2013. https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf
- DGS. (2016a). Via Verde Sepsis no Adulto. Norma N.º 010/2016. <https://normas.dgs.minsaude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Via-Verde-Sepsis-no-Adulto.pdf>
- DGS (2016b). Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. Norma n.º 011/2016- atualizada a 03/03/2017. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2016/10/28/indicacoes-clinicas-e-intervencao-nas-ostomias-respiratorias-em-idade-pediatica-e-no-adulto/>
- DGS. (2017a). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma n.º 001/02017. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- DGS. (2017b). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Norma n.º 015/2017. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>
- DGS. (2017c). Prevenção da transmissão de enterobactérias resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos - Recomendação. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos.pdf>

- DGS (2018). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos Relatório Anual do Programa Prioritário. Lisboa: DGS.
https://www.anci.pt/sites/default/files/ppcirarelanual2018_v3.215112018_0.pdf.
- DGS. (2018a). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. Norma 002/2018. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- DGS (2018b). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>
- DGS (2019a). Norma:07/2019 de 16/10/2019. Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/10/16/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude/>
- DGS (2019b) - Vigilância Epidemiológica de IACS em Portugal. Lisboa, 2019.
https://www.apih.pt/jornadas_epidemiologia_hospitalar_lisboa_2019/dra_ana_lebre.pdf
- DGS (2019c). Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Norma 008/2019 <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- DGS. (2020). Norma n.º004/2020 [O6/07/2022]. Abordagem do doente com suspeita ou confirmação de COVID-19. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26675/norma-004-2020-covid-19-abordagem-das-pessoas-com-suspeita-ou-confirma%C3%A7%C3%A3o-de-covid-19-atualizada-a-06072022.pdf>
- DGS. (2020a). Norma n.º004/2020 [19/04/2021]. Abordagem do doente com suspeita ou confirmação de COVID-19.
https://covid19.minsaudef.pt/wpcontent/uploads/2021/04/Norma_004_2020_act_19_04_2021.pdf
- DGS (2020b). Norma 007/2020 - Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-ecirculares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>
- DGS (2021). Plano Nacional para a Segurança do Doente (2021-2026).
<https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes.aspx>
- DGS (2022a) - Norma: 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico.
www.dgs.pt
- DGS (2022b) - Norma: 021/2015 de 16/12/2015. Atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação www.dgs.pt
- DGS (2022c) - Norma: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical
www.dgs.pt
- DGS (2022d) – Norma: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central
www.dgs.pt
- DGS (2022e) - Infecções E Resistências Aos Antimicrobianos: Relatório Anual Do Programa Prioritário PPCIRA, 2021
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/infecoes-hospitalares-e-consumo-de-antibioticos-diminuiram-entre-2015-e-2020-pdf.aspx>

- DGS (2022f) - Norma: 013/2022 de 28/11/2022. Abordagem das Pessoas com suspeita ou confirmação de COVID-19
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27871/norma-013-2022-covid-19-abordagem-das-pessoas-com-suspeita-ou-confirma%C3%A7%C3%A3o-de-covid-19-28112022.pdf>
- DGS. (s/d). Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA.
<https://notifica.dgs.min-saude.pt/>
- Direitinho. (2021). O papel mediador da liderança na relação existente entre a cultura e os comportamentos de cidadania organizacional
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39605/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Daniela-Direitinho.pdf>
- Duarte, A. (2019). Controlo da Infecção Hospitalar. <https://www.wook.pt/livro/controlo-da-infecao-hospitalar-ana-duarte/22827398>
- Duarte, P. (2021). Pensar o desenvolvimento Curricular.
https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/19104/1/LIV_PedroDuarte_2021.pdf
- ECDC. (2019). Healthcare-associated infections in intensive care units - Annual Epidemiological Report for 2017. [site web]. Disponível em
https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017-HAI.pdf
- ECDC. (2020). (02.02.2020). Infection prevention and control for the care of patients with 2019-nCoV in healthcare settings. [site web]. Disponível em
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/nove-coronavirus-infection-preventioncontrol-patients-healthcare-settings.pdf>
- ECDC. (2023). Increasing risk of mosquito-borne diseases <https://www.ecdc.europa.eu/en>
- ERS, (2018). Reprocessamento de dispositivos médicos, resíduos Hospitalares
https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2412/WorkShop2.1.pdf
- ERS, (2021). Direitos e Deveres do Utentes dos Serviços de Saúde
https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publica%C3%A7%C3%A3o-ers_direitos-e-deveres.pdf
- Escola Superior de Saúde de Leiria. (2022) – Planeamento da Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Clínica com Relatório.
- European Center for Disease Prevention and Control. (2013). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/annual-epidemiological-report-2013-2011-data>
- European Center for Disease Prevention and Control. (2017). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/point-prevalence-survey-healthcare-associated-infections-and-antimicrobial-use-5>
- Evans, C. & Schwartz, R. (2019). Using Tabletop Exercises as an Innovative and Practical Teaching Strategy in Response to External Disaster Scenarios. Nursing Education Perspectives, 40(1), 62-64 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29629933/>
- Evans, C., & Schwartz, R. (2019). Using Tabletop Exercises as an Innovative and Practical Teaching Strategy in Response to External Disaster Scenarios. Nursing Education Perspectives, 40 (1), 62-64.
https://journals.lww.com/neponline/Abstract/2019/01000/Using_Tabletop_Exercises_a

[s_an_Innovativ
e_and.18.aspx](#)

- Faria, J., Pontífice-Sousa, P. & Gomes, M. (2018). O conforto do doente em cuidados intensivos – revisão integrativa. <https://ciencia.ucp.pt/pt/publications/comfort-care-of-the-patient-in-intensive-care-an-integrative-revi>
- Faria, J., Pontífice-Sousa, P. & Gomes, M. (2018). O conforto do doente em cuidados intensivos – revisão integrativa. *Enfermería Global*, n.º50, 490-502. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/pt_1695-6141-eg-17-50-477.pdf
- Ferreira, N., Miranda, C. & Revés, L. (2014). Dor e Analgesia em Doente Crítico. *Rev Clínica Hosp Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 2 (2), 17 – 20. <https://revistaclinica.hff.minsaude.pt/index.php/rhff/article/view/95/59>
- Ferreira, S. R., Araújo, A. L., & Madeira, N. (2018). Comunicação de más notícias. In *Psicologia na Medicina* (LIDEL Edição, pp. 527–538). <https://core.ac.uk/download/pdf/161804675.pdf>
- Ferreira, C. (2018). Conhecimento dos Enfermeiros sobre Práticas Forenses no intra-hospitalar https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5061/1/Cristina_Maria_Esteves_Ferreira_DM.pdf
- Figueiredo, T et al (2017). Construção de um protocolo de cuidados de Enfermagem: relato de experiência. <https://www.scielo.br/j/reben/a/NVt9jXTZYZmQFMZg6wPdMSD/?format=pdf&lang=pt>
- Fonseca, A. (2017). Hospital como reservatório e transmissor de microrganismos. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/35972/1/MICF_Ana_Luisa_Fonseca.pdf
- Fortin, M. (1996). O Processo de Investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência. Despacho n.º9390/2021, de 24 de setembro (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República, 2.ª série, N.º 187 <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes: uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9995262/>
- GCL-PPCIRA (2021). Relatório da Higiene das Mãos, PBCI e Uso das Luvas. Instituto Nacional de Estatística (2021). Plataforma de Divulgação de Censos RA 2019 https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt
- Fragata, J.I.D (2010). Erro Médico; segurança do doente: Indicador de qualidade em Saúde
- Gattinoni, L. (2023). Prone Positioning for Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v26i6.10799>
- Godinho, C. (2020). A aprendizagem em simulacros e a aquisição de competências na gestão de catástrofes universidade europeia. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36677/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Doutoramento%20em%20Gest%C3%A3o%20-%20C%C3%A1tia%20Godinho.pdf>
- Godinho, C. (2021) - A aprendizagem em simulacros e a aquisição de competências na gestão de catástrofes <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36677/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Doutoramento%20em%20Gest%C3%A3o%20-%20C%C3%A1tia%2>

- Gomes, F., Amendoeira, J. & Martins, M. (2012). A comunicação no processo terapêutico das famílias de doentes mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 54-60.
<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0080>
- Gonçalves, J. (2018). A Sobrelotação no Serviço de urgência: Estratégias de redução pela metodologia Delphi <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/3530>
- Grupo Português de Triagem. (2010). Triagem no Serviço de Urgência – Manual do Formando. 2ª ed. Amadora. Grupo Português de Triagem. Disponível em <https://pt.scribd.com/document/340667059/TriagemManchester-Manual-Formando-2ed-1>
- Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2017). Guideline for prevention of catheter associated urinary tract infections 2009. 1-9.
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/cauti/>.
- Hesbenn, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência
https://www.researchgate.net/publication/319212606_Cuidar_em_Enfermagem_-_Percepcao_dos_Utentes
- Instituto Nacional de Estatística (2019). Estatística da Saúde
[file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/ESaude_2019%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/ESaude_2019%20(5).pdf)
- Instituto Politécnico de Leiria. (2020). Despacho nº8925/2020, de 17 de setembro. Diário da República N. º182, 2ª Série, p.256-259.
<https://files.dre.pt/2s/2020/09/182000000/0025600259.pdf>
- International Council of Nurses. (2019). Core Competencies in Disaster Nursing Version 2.0.
https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf
- International Health Facilities Guidelines. (2017). Isolation Rooms. Part B, Versão 5, 19-28.
https://healthfacilityguidelines.com/ViewPDF/ViewIndexPDF/iHFG_part_d_isolation_rooms
- Janicas, R. de C. S. V., & Narchi, N. Z. (2019). Evaluation of nursing students' learning using realistic scenarios with and without debriefing. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.2936.3187>
- JCI (2017). Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais. 6ª edição.
[https://store.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-6thedition/?ref=JCIPR/#googtrans\(pt\)](https://store.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-6thedition/?ref=JCIPR/#googtrans(pt)).
- JCI (2020). Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Oak Brook. Brasil. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 16(7), 956–962.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263111/>
- Kane-Gill, S., Dasta, J., Buckley, M., Devabhakthuni, S., Liu, M., Cohen, H., ... & Smith, B. (2017). Clinical Practice Guideline: Safe Medication Use in the ICU. *Critical Care Medicine* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28816851/>
- Kérouac, S., Pepin, J. & Ducharme, F. (1994). *La Pensée Infirmière – Conceptions et Stratégies*. Québec: Éditions Vivantes.
<https://cmapsconverted.ihmc.us/rid=1PW1L866Y-N5LDQR-1BWJ/PEPIN%20-%20La%20pens%C3%A9e%20infirmi%C3%A8re%20-%20chap%201.pdf>

- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237- 240. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1937522/>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. https://books.google.pt/books?id=nduGie_ouQkC&printsec=copyright&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false
- Le Boterf, G (2003). *Desenvolvendo a Competência dos profissionais*. <http://docplayer.com.br/48796289-Competencia-desenvolvendo-a-dos-profissionais-guy-le-boterf-3-edicao-revista-e-ampliada-traducao-patricia-chittoni-ramos-reuillard.html>
- Lei n.º 15/ 2014 da Assembleia da República de 21 de março. Diário da República: I série, N.º15, 2127-2131. 2014. Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Lei n.º 95 /2019 da Assembleia da República de 4 de setembro. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Diário da República: I série, 55 –66. 2019. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Lei n.º 25/2012 da Assembleia da República de 16 de julho. Regula as diretivas antecipadas de vontade designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheIniciativa.aspx?BID=44504>
- Li, D., Puntillo, K. & Miaskowski, C. (2008). A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *The Journal of Pain*, 9(1), 2-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17981512/>
- Lima, C. (2006). *Medicina High Tech, obstinação terapêutica e distanásia* https://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_079_082.pdf
- Lima, S. M. S., Agostinho, M., Mota, L., Príncipe, F. (2018). Precisão dos profissionais de saúde das limitações do erro/evento adverso. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (19), 99 -106. <https://doi.org/10.12707/RIV18023>
- Locsin, R. (2005). *Technological competency as caring in nursing - A model for practice*. Indianapolis: S. T. T. International [https://nursing.fau.edu/uploads/docs/852/Locsin_Technological%20Competency%20Jerusalem\(5\).pdf](https://nursing.fau.edu/uploads/docs/852/Locsin_Technological%20Competency%20Jerusalem(5).pdf)
- Locsin, R. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing. *The Journal of Medical Investigation*, https://www.jstage.jst.go.jp/article/jmi/64/1.2/64_160/_pdf
- Locsin, R. (2022). Technological competency as caring in nursing: maintaining humanity in a high-tech world of nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8937586/>
- Lopes et al (2015). Reflexão Reflexiva da Formação da Enfermagem: discussão à luz Shön <https://doi.org/10.18764/2178-2229.v22.n1.p.47-58>
- Macedo, R. (2017). *Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa*. Instituto Politécnico de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4540>

- Malta, D. C., Cardoso, L. S. D. M., Teixeira, R. A., Carvalho, Q. H. D., Ribeiro, A. P., Freitas, P. C. D., & Hartz, Z. (2019). Avaliação das metas dos objectivos de desenvolvimento sustentável relacionadas à saúde nos países de língua portuguesa. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 18, 30-41.
[https://run.unl.pt/bitstream/10362/116577/1/Avalia o das metas dos objectivos de desenvolvimento sustentavel relacionadas sa de no pa ses de l nqua portuguesa.pdf](https://run.unl.pt/bitstream/10362/116577/1/Avalia%20o%20das%20metas%20dos%20objectivos%20de%20desenvolvimento%20sustentavel%20relacionadas%20sa%20de%20no%20pa%20ses%20de%20l%20ngua%20portuguesa.pdf)
- Martins & Trindade. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1349325/document-7.pdf>
- Martins, M. M. (2012). A família como foco dos cuidados de Enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo.
<https://www.scielo.br/j/reben/a/8hfjsNFHKfSDmZCdgBVJJCJM/?format=pdf&lang=pt>
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*.
https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Meleis, A. (2016). *Transitions theory: Middle range and situation-specific theories in nursing research and practice* [E-book].
[https://scholar.google.pt/scholar?q=Meleis,+A.+\(2016\).+Transitions+theory:+Middle+range+and+situation-specific+theories+in+nursing+research+and+practice+%5BE-book%5D.&hl=pt-PT&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar](https://scholar.google.pt/scholar?q=Meleis,+A.+(2016).+Transitions+theory:+Middle+range+and+situation-specific+theories+in+nursing+research+and+practice+%5BE-book%5D.&hl=pt-PT&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar)
- Mesquita, E. (2016). Formação e ação docente: desenvolvendo competências profissionais
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/13437>
- Ministério da Saúde. (2015). Despacho no 1400-A/2015 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário Da República*, 2.a série (28), 3882(2)-(10).
<https://dre.pt/web/guest/home/dre/66463212/details/maximized?serie=II&dreId=66463210%5Cnhttps://dre.pt/application/file/66457154>
- Morais. (2012). Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados
[file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/D2011_10001822012_2916022_1%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/D2011_10001822012_2916022_1%20(3).pdf)
- Morganheira, D. (2017). Preservação do direito à privacidade: Perceção do doente internado, revisão integrativa.
http://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/211/299
- Mororó, D., Enders, B., Lira, A., Silva, C., & Menezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em Enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista De Enfermagem*, 30(3), 323–332.
<https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
- Motta, O. & Paulo, A. (2020). Revisão de Literatura: Aspetos Bioéticos da Tomada de Decisão do Enfermeiro em Terapia Intensiva. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 2456-2474.
<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/8149/10399>
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Rev. Bioét*, 23 (1), 189-199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias - Parecer CJ/20 – 2001. *Ordem Dos Enfermeiros*, 3.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf

- Ordem dos Enfermeiros - Conselho Jurisdicional. (2007). Delegação - Tomada de posição. In Ordem dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros (2009). Estatutos da Ordem dos Enfermeiros- Lei n.º 111/2009
<https://data.dre.pt/eli/lei/111/2009/09/16/p/dre/pt/html>
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Linhas de Orientação para a elaboração de Catálogos CIPE® - Programa da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Disponível em
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Ordem Dos Enfermeiros, 1–9 www.ordemenfermeiros.pt
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Divulgar Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2015). Parecer nº20/2015: Competências do Enfermeiro Chefe de Equipa do Serviço de Urgência.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_20_Enfermeiro_ChefeServicosUrgencia.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2016). Parecer nº06/2016: Especificidade da área de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8251/parecer_06_13_12_2016_mceemc_valorizacao_cuidados_enfermagem_pessoa_situacao_critica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros, C. de E. e M. do C. da E. de E. M.-C. (2017). *Parecer Conjunto no. 01/2017: atribuição do responsável de turno* (p. 3)
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). Parecer nº09/2017 - Transporte da Pessoa em Situação Crítica.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaoCritica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-mc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Parecer N.º 15/2018: Funções Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Nas Unidades De Cuidados Intensivos/Serviços De

- Medicina Intensiva. *Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2018, 1–4
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%BA15_2018-fun%E7%F5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Parecer no14/2018 Alocação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Sala de Reanimação – Posto de Trabalho nos Serviços de Urgência/Emergência. *Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2016, 1–3.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-no-14_2018_rectificado.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.o 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de Enfermagem à. *Diário Da República*, 2o Série, no 135, 19359–19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2a Série, n o26, 4744–4750.
<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.o 743/2019: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem. *Diário Da República*, II Série (No 184 de 25-09-2019), 128–155.
<https://dre.pt/application/conteudo/124981040>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected - Interim Guidance.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331446>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde - Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Pacheco, M. (2018). A vulnerabilidade na pessoa em situação crítica Intervenção de Enfermagem especializada <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/27913>
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., ... Coutinho, P. (2017). Rede Nacional De Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Papp, Markkanen, & von Bonsdorff,(2003). Ambiente clínico como ambiente de aprendizagem: percepções de estudantes de Enfermagem sobre experiências de aprendizagem clínica <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12727093/>
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work methods for nursing care delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4)
<https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>
- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica. Subsídio para a construção do pensamento em Enfermagem. *Educare*, 20(1), 1-23.
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/ree/v20n1/1409-4258-ree-20-01-00189.pdf>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência. _

- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Temático(10) <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infecoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>
- Pincelli, E., Waters, C. & Hupsel, Z. (2015). Ações de Enfermagem na prevenção do delirium em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. *Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo*, 60 (3), 131-9. <https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/143/592>
- Pinto, M., Minson, F., Lopes, A., Laselva, C. (2015). Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão em português (Brasil) da escala de dor Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD-Brasil) em pacientes adultos não comunicantes. *Einstein*, 13 (1), 14-19. <https://journal.einstein.br/pt-br/article/adaptacao-cultural-e-validacao-da-reprodutibilidade-da-versao-em-portugues-brasil-da-escala-de-dor-pain-assessment-in-advanced-dementia-painad-brasil-em-pacientes-adultos-nao-comunicantes/>
- Pires, A.L. (2002). Validação Aprendizagens e de Competências. <http://hdl.handle.net/10362/1004>
- Rabim, F. (2017). Persoectiva Especializada em Enfermagem Especializada em Enfermagem na Abordagem ao Doente Crítico: da urgência aos cuidados intensivos cardiorácicos https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20989/1/Relat%C3%B3rio%20Final_%20Fatima%20Rabim.pdf
- Regulamento n.º 101/2015 da Ordem dos Enfermeiros (2015). *Diário da República: II Série*, (48). p. 5948– 5952. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf
- Regulamento N.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República: 2ª série*, n.º26 (2019). www.dre.pt
- Regulamento N.º 429/2018 de 16 de julho de 2018 da Ordem dos Enfermeiros, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República: 2ª série*, n.º135 (2018). www.dre.pt
- Rodrigues, M., Santana, L. & Galvão, I. (2017). Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado. *Medicina*, 96(4), 278-280. <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/123390>
- Rosa, I., Pais, D., & Consciência, J. (2016). Os princípios da bioética aplicados em urgência hospitalar. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(1), 18-23. https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n1_2016_18_23.pdf
- Sá, F., Botelho, M. A., & Henriques, M. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-46 https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23757/1/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

- Sanches, R. (2016) - Perceções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto.
<https://www.scielo.br/j/ean/a/BW3Gk8qG8BqCj6JG6LdKy9F/?lang=pt&format=pdf>
- Sánchez, R.; Macpherson. (2018). Análise da ética de princípios, 40 anos depois
<https://www.scielo.br/j/bioet/a/VdV3ByFcxmqryhixZLpv3wt/?lang=pt>
- Santos, C. (2017). Validação cultural do “Disaster Preparedness Evaluation Tools” DPET- Preparação dos Enfermeiros perante uma situação de catástrofe.
<https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2881/1/cap-4.pdf>
- Santos, L. (2019). A perspetiva dos profissionais de saúde sobre a diretiva antecipada de vontade. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2285/1/Lucia_Santos.pdf
- Sapeta, P. (2013). Desenvolvimento de competências: os saberes teóricos e os saberes práticos. Revista do Instituto Politécnico de Castelo Branco 3(4), 4-9.
https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/3079/1/R_IPCB4_1.p
- Silva, C. N., & da Silva Neta, U. P. (2021). Impactos da privação do sono na recuperação do paciente no ambiente de terapia intensiva. *Revista Atualiza Saúde*, 24.
<https://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2021/08/impactos-da-privacao-do-sono-na-recuperacao-do-paciente-no-ambiente-de-terapia-intensiva-v-9-n-9.pdf>
- Silva, F. D. (2012). Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva.
<https://www.scielo.br/j/ean/a/P5jZNYJqhhKsFYpxLjF9HVc/?lang=p>
- Silva, F. D. (2012). Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva.
<https://www.scielo.br/j/ean/a/P5jZNYJqhhKsFYpxLjF9HVc/?lang=pt>
- Silva, M. (2011). Intenções Dominantes nas Conceções de Enfermagem (Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa).
<https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8685>
- Silveira, S (2014) -O Impacto da Liderança no desempenho da equipe de Enfermagem, Coimbra
<https://eq.uc.pt/bitstream/10316/89596/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20feuc%20-%20st%C3%A9fane%20s.%20santos%20-%202018.09.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transporte de doente Crítico-recomendações <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Content of information exchanged by emergency room nurses during shift handover. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2019(21), 151–158. : <https://doi.org/10.12707/RIV19014> _
- Teixeira, J. & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Referência, série IV* (10), 135-142.
https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2616&id_revista=24&id_edicao=97 _
- Urden, L. et al (2010). *Critical care nursing: diagnosis and management* (7a). Missouri : Elsevier. <https://cat2.lib.unimelb.edu.au/record=b5173063~S30>
- Valle, R. B. L. R., Balsanelli, A. P., Taminato, M., Saconato, H., & Gasparino, R. (2021). A relação entre a liderança autêntica dos enfermeiros e o empoderamento estrutural:

revisão sistemática. *Journal of School of Nursing- University of São Paulo*, (n.º55), 1–8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X201902900366>

Ventura et al. (2021). Métodos de trabalho dos Enfermeiros em Hospitais - scoping review
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1349325/document-7.pdf>

Watanabe, E., Almeida, V. & Ottunes, A. (2015). Impacto das infeções relacionadas à assistência à saúde em pacientes acometidos por trauma. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 36 (1),
https://www.researchgate.net/publication/283430367_Impacto_das_infeccoes_relacionadas_a_assistencia_a_saude_em_pacientes_acometidos_por_trauma

APÊNDICES

APÊNDICE I – Comunicação no SUMC – Estratégias de Comunicação

Plano de Sessão

Designação da Ação:	Comunicação no Serviço de Urgência – Estratégias facilitadoras.	Duração	Total:
			1H00
Data:	2022.07.08	Local Realização:	Gefop
Formador (s):	Ana Monteiro Rodrigues Inês Damásio Silvia Domingues Alunas do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica		
Objetivo Geral <i>(indicar o propósito da formação)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar o conhecimento e a capacitação dos enfermeiros sobre estratégias facilitadoras da comunicação no serviço de urgência, na abordagem ao doente/família em situação de urgência/ emergência. 		
Objetivos Específicos <i>(Afetar os objetivos específicos a cada um dos temas)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer conceitos de comunicação; Compreender a especificidade e importância da comunicação na abordagem do doente / família em situação de urgência/ emergência; Conhecer estratégias facilitadoras da comunicação, em: <ul style="list-style-type: none"> - Comunicação de más notícias; - Gestão de conflitos; - Lidar com queixas; Capacitar os enfermeiros para na abordagem comunicacional do doente /família em situação de urgência/ emergência; Compreender a evidência científica do uso destas estratégias como facilitadoras da comunicação em situação de urgência/ emergência; 		
Temas a abordar <i>(indicar os temas a abordar)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Conceitos (comunicação, comunicação terapêutica); Fatores dificultadores da comunicação com o doente /família em situação de urgência/ emergência; Atitude do enfermeiro em comunicação terapêutica; Comunicação de más notícias, conceito e estratégias na abordagem doente /família em situação de urgência/ emergência; Gestão de conflitos, comunicação como instrumento estratégico; Lidar com queixas, comunicação como instrumento estratégico; Evidência científica do uso da comunicação como instrumento em comunicação terapêutica e estratégias facilitadoras. 		
Metodologias Adoptadas <i>(indicar com uma (x) as metodologias usadas)</i>	<p>Métodos Afirmativos</p> <ul style="list-style-type: none"> Método Expositivo X Método Demonstrativo <p>Métodos Interrogativos</p> <ul style="list-style-type: none"> Técnica de Perguntas___ Ensino Programado___ <p>Métodos Activos</p> <ul style="list-style-type: none"> Estudo de Casos__ Brainstorming__ Jogo de Papeis__ <p>Outros_ <i>Table top</i></p>		

GEFOP
GABINETE DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO PERMANENTE
(ACREDITADO PELO DESPACHO Nº 13019/98 (2ª SERIE) DE 29/07, DA SRA. MINISTRA DA SAÚDE)

Recursos Técnico-Pedagógicos <i>(quais os recursos usados)</i>	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação em PowerPoint (computador e projetor)
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none">• Que os enfermeiros do Serviço de Urgência compreendam as vantagens do uso de estratégias facilitadoras da comunicação na abordagem ao doente/ famílias em situação de urgência e emergência, na comunicação de más notícias, gestão de conflitos e ao lidar com queixas;• Capacitar os enfermeiros do Serviço de Urgência no uso de estratégias facilitadoras da comunicação na abordagem ao doente/ famílias em situação de urgência e emergência, na comunicação de más notícias, gestão de conflitos e ao lidar com queixas.

APÊNDICE II – Congresso Internacional de Feridas e Lesões Multiproblemáticas

CONGRESSO INTERNACIONAL DE **Feridas e Lesões Multiproblemáticas**

2 E 3 JUNHO

2022

ORGANIZAÇÃO

ixus

formação e consultadoria, lda.

Certificado

Certifica-se que **Ana Monteiro, Catarina Rodrigues, Dora Nunes, João Oliveira e Cátia Santos**, apresentaram a **Comunicação Livre em forma de Poster, PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE- REVISÃO TEÓRICA**, no **Congresso Internacional de Feridas e Lesões Multiproblemáticas, CIFLM2022**, que se realizou via On-Line.

Porto, 06 de junho de 2022



A Presidente do Congresso
Lígia Monterroso



O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais



APÊNDICE III – A Manutenção da Analgesia Epidural em Cuidados Intensivos

MANUTENÇÃO DA ANALGESIA EPIDURAL EM CUIDADOS INTENSIVOS

SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

3º Curso De Mestrado Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Especialização em Enfermagem À
Pessoa em Situação Crítica

Ana Monteiro

Catarina Rodrigues

Inês Damásio

Mónica Baptista

Leiria, novembro de 2022

Índice

INTRODUÇÃO	2
1. ANESTESIA EPIDURAL	3
2. INFUSORES ELASTOMEROS DRUG INFUSION BALLON (DIB)	4
3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM CATETER EPIDURAL	6
4. ATUAÇÃO PERANTE EVENTUAIS EFEITOS SECUNDÁRIOS	8
5. REMOÇÃO DO CATETER EPIDURAL	9
6. PATIENT CONTROLLED ANALGESIA E PATIENT CONTROLLED EPIDURAL ANALGESIA	10
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

SIGLAS

- **DIB** – *Drug Infusion Balloon* (bomba ou dispositivo elastomérico)
- **EN** – Escala Numérica da dor
- **PCA** – *Patient Controlled Analgesia*
- **PCEA** – *Patient Controlled Epidural Analgesia*
- **PIEB** - *Programmed Intermittent Epidural Bolus*
- **UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos
- **UCPA** – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos
- **RASS** – *Richmond Agitation-Sedation*

INTRODUÇÃO

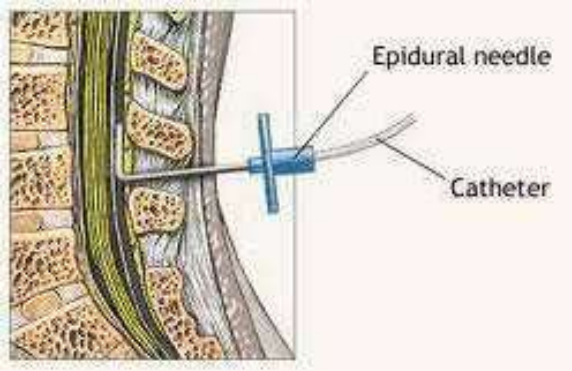
Cerca de 50% dos doentes não cirúrgicos graves referem dor durante o internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). As causas de dor são várias, nomeadamente, doença subjacente ao internamento, trauma, cirurgia, cuidados de enfermagem (mobilização, aspiração da via aérea, fisioterapia), imobilização prolongada e procedimentos invasivos terapêuticos, diagnósticos ou de monitorização (Guedes *et al.*, 2012). O método considerado mais confiável para a avaliação da intensidade da dor e da resposta à analgesia é a indicação pelo doente, com recurso a escalas objetivas (Escala Visual Analógica, Escala Numérica Visual, Escala Descritiva Visual) (Guedes *et al.*, 2012).

A presença do tubo endotraqueal, o nível de consciência e/ou a administração de fármacos sedativos dificultam a aplicação destas escalas. A observação de respostas comportamentais como a avaliação da expressão facial, agitação, postura bem como, das respostas fisiológicas ao *stress* como, o aumento da tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, diaforese, pressão intracraniana, podem constituir a única avaliação possível da dor (Guedes *et al.*, 2012).

A analgesia eficaz no doente crítico traduz-se em melhoria da função pulmonar e acelera o desmame ventilatório. Neste sentido, a analgesia epidural é a técnica regional mais frequentemente usada no doente crítico sendo particularmente eficaz na obtenção desses objetivos, sobretudo no contexto de analgesia multimodal, onde se reduzem as doses necessárias de opióides para minorar os efeitos colaterais. Está também descrito que a analgesia epidural reduz a incidência de íleos paralítico e melhora a analgesia e a satisfação do doente em situações de trauma torácico, cirurgias do foro abdominal, vascular, ortopédico de grande porte, cardíaco assim como, na pancreatite aguda (Guedes *et al.*, 2012).

1. ANESTESIA EPIDURAL

A **anestesia epidural** consiste na **administração de fármacos anestésicos ou analgésicos no espaço epidural**. Na realização desta técnica é utilizada a agulha de *Tuohy*, a ponta curva desta agulha diminui a possibilidade de punção acidental da dura e facilita a passagem do cateter.



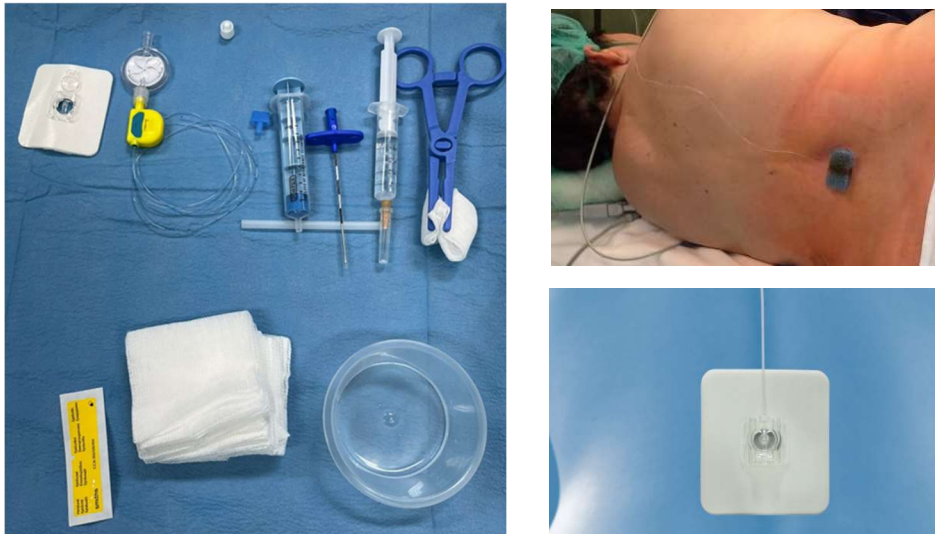
➤ Indicações Do Bloqueio Do Neuro Eixo

- Técnica anestésica: Cirurgias abdominais, pélvicas e dos membros inferiores;
- Adjuvante na analgesia em cirurgia *major* com anestesia geral;
- Controlo da dor aguda no pós-operatório;
- Tratamento da dor crónica.

➤ Complicações

	Cefaleias	Reação tóxica ao agente anestésico
	Náuseas e Vômitos	Analgesia ineficaz/incompleta
	Alterações hemodinâmicas e respiratórias	Hipotensão arterial
	Hematoma epidural	Prurido
	Bloqueio subaracnoideu	Tremores
	Retenção urinária	Depressão respiratória
	Parestesias/Síndrome neurológico transitório	Sedação
	Infeção (abscesso epidural, meningite, aracnoidite)	Obstipação

➤ **Kit de cateter epidural / Posição e Fixação de cateter epidural**



2. INFUSORES ELASTOMEROS DRUG INFUSION BALLON (DIB)

➤ Existem dois tamanhos de DIB nomeadamente, 100mL e 250mL



➤ **Componentes do DIB**



1 - Corpo do infusor - Elemento que protege o reservatório; **2 - Reservatório** - Membrana Elástica livre de látex, que contém o fármaco; **3 - Linha de infusão** - Incorpora um regulador de fluxo fixo ou variável (elemento que estabelece ligação entre o reservatório e o acesso efetuado ao doente via endovenosa, subcutânea ou epidural).

➤ **Preenchimento do infusor (procedimento geral)**

- Utilizar **técnica asséptica**;
- **Preencher o reservatório** de acordo com a prescrição médica;
- **Introduzir o Soro Fisiológico antes do(s) fármaco(s)**, ou preparar a perfusão em seringa e só depois preencher o DIB, pois será o primeiro líquido introduzido que irá preencher o prolongamento (fig.2);
- **Eliminar possíveis bolhas de ar** antes de introduzir a solução no reservatório;
- **Expurgar o sistema** de forma a não ser introduzido ar através do cateter no momento do início da perfusão (para expurgar o sistema, é só abrir a tampa do prolongador, fig.4);
- **Colocar no DIB rótulo** com a identificação e dosagem do fármaco, hora e data de preparação, identificação do utente a que se destina e do enfermeiro responsável pela preparação;
- **Adaptar o prolongamento do DIB ao filtro** do cateter epidural;
- **Regular o débito de perfusão** de acordo com a prescrição médica (fig.6);
- **Fixar o DIB** de forma segura, para evitar que se solte;



Figura 1



Figura 2



Figura 3

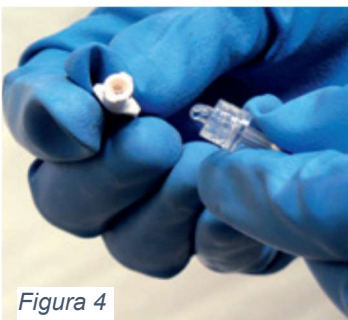


Figura 4



Figura 5



Figura 6



Precauções

- **Não reutilizar** os infusores elastoméricos;
- **Utilizar exclusivamente a linha de infusão que acompanha o infusor;**
- O fluxo nominal da infusão está calculado para condições de 32°C
- **Não encher o reservatório acima do volume indicado;**
- **Evitar um excesso de temperatura, de humidade ou uma exposição direta da luz durante o armazenamento dos infusores elastoméricos.**

➤ **Administração de bólus pelo cateter epidural**

- Higienizar as mãos;
- Realizar desinfeção da tampa do filtro com clorexidina 2% em álcool (deixar a solução secar totalmente);
- Introduzir a seringa de 5 ml vazia na tampa para injeção e aspirar: **Caso retorne sangue ou LCR límpido, suspender o procedimento e avisar o médico.** Se não houver retorno, proceder à administração do medicamento, conforme a prescrição.

3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM CATETER EPIDURAL

(com base no protocolo institucional disponível na intranet)

- Manter acesso venoso alternativo;
- Vigilância do penso e do local de inserção do cateter:
 - Refazer penso caso se encontre repassado;
 - não utilizar soluções alcoólicas para limpar a inserção do cateter, pois esse agente pode causar lesão nervosa em contato com o espaço epidural;
 - observar se existem sinais inflamatórios do local de inserção do cateter.
- Avaliação e registo da Escala de Avaliação de Bloqueio Motor de *Bromage* e da Escala de Sedação de *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS)

Escala de Bromage

Grau	Descrição
0	Sem bloqueio motor
1	Flete o pé e o joelho; incapaz de elevar a perna em extensão
2	Flete apenas o pé
3	Bloqueio motor completo da extremidade

Fonte: Protocolo PC.514.00

Escala de Sedação de RASS

Pontuação	Classificação	Descrição
+4	Combativo	Francamente combativo, violento, risco para a equipa
+3	Muito agitado	Agressivo, puxa tubos e cateteres
+2	Agitado	Movimentos não-intencionais frequentes, briga com o respirador (se estiver em ventilação mecânica)
+1	Inquieto	Ansioso, inquieto, mas não agressivo
0	Alerta e calmo	
-1	Sonolento	Não completamente alerta, mas mantém olhos abertos e contato ocular ao estímulo verbal por > 10seg
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente, e mantém contato ocular ao estímulo verbal por < 10seg
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos, mas sem contato ocular com o examinador
-4	Sedação profunda	Sem resposta ao estímulo verbal, mas tem movimentos ou abertura ocular ao estímulo tátil / físico
-5	Coma	Sem resposta aos estímulos verbais ou exame físico

Fonte: Ely EW, Truman B, Shintani A, et al. (2003). Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA 289(22):2983–2991. doi:10.1001/jama.289.22.2983

- **Verificar se o cateter ou prolongador não estão obstruídos ou dobrados** e se a pressão de perfusão (PCEA ou DIB) é a normal;
- Em caso de **hipotensão (decrécimo > 20% do valor inicial)**, administrar **soro cristalóide 500 ml IV em perfusão rápida (500 ml em 30 minutos)**, **interromper a analgesia** em curso e **contactar o Anestesiologista** de serviço (ext. 2404 das 8-20h / 2424 das 20- 08h);

- Se o doente apresentar **parestésias/ bloqueio motor, suspender elastómero durante 2 horas. Voltar a ligar com débito basal inferior** (perfusão contínua: menos 2ml/h do que definido previamente. Se bomba de PCEA: contactar o Anestesiologista de serviço (ext. 2404 das 8-20h / 2424 das 20-08h);
- **Manter todo o sistema em circuito fechado. Se desconexão acidental do filtro ou cateter, proteger a ponta com compressa estéril e contactar o Anestesiologista.**

4. ATUAÇÃO PERANTE EVENTUAIS EFEITOS SECUNDÁRIOS

- Náuseas e/ou vômitos: **Ondansetron 4 mg IV (injeção lenta), dose única.** Em caso de **persistência de vômitos, contactar o Anestesiologista** de urgência (2404 das 8-20h / 2424 das 20-08h);
- Prurido: **Ondansetron 4mg IV**; se não se verificar resolução e o prurido for severo, **administrar Naloxona 0,05 - 0,1 mg IV.**
- Sedação: **Naloxona 0,1 mg IV e repetir a cada 2 minutos** (dose máxima 0,6 mg). **Contactar o Anestesiologista** de urgência (2404 das 8-20h / 2424 das 20-08h);
- Bradipneia (frequência respiratória < 8 cpm): **Naloxona 0,1 mg IV e repetir a cada 2 minutos** (dose máxima 0,6 mg). Administrar **oxigenoterapia a 15L/minuto. Contactar o Anestesiologista** de urgência (ext. 2404 das 8-20h / 2424 das 20-08h);
- Retenção urinária: algaliação.

5. REMOÇÃO DO CATETER EPIDURAL

Retirar quando analgesia sistémica é eficaz no controlo da dor

- **Técnica:** Doente em decúbito lateral com flexão dos joelhos, com luvas esterilizadas desinfetar a zona de inserção do cateter com solução antisséptica, puxar o cateter em direção aos membros inferiores (se existir resistência, não continuar!);
- Verificar e registar presença de sinais inflamatórios ou outra anomalia no local de inserção do cateter (se sinais inflamatórios enviar a extremidade do cateter para microbiologia);
- Verificar a integridade da extremidade inserida do cateter aquando da sua remoção e cobrir o ponto de entrada com compressa estéril durante 24 horas;
- Monitorizar e registar o bloqueio sensitivo e motor até 24 horas após extração do cateter epidural;
- A remoção do cateter epidural deve respeitar as recomendações relativas à terapêutica anticoagulante:

	Tempo suspensão para retirar o cateter	Nova dose após retirar o cateter
Apixabano	≥ 24h	≥ 6h (24h se punção traumática)
Rivaroxabano	≥ 24h	≥ 6h (24h se punção traumática)
Dabigatrano	≥ 36h	≥ 6h (24h se punção traumática)
HBPM profilática	≥ 12h	≥ 6h (24h se punção traumática)
HBPM terapêutica	≥ 24h	≥ 6h (24h se punção traumática)
HNF sc	≥ 12h	≥ 1h
HNF ev	≥ 6h	≥ 1h

Aspirina, triflusal e AINEs

Sem necessidade de suspensão

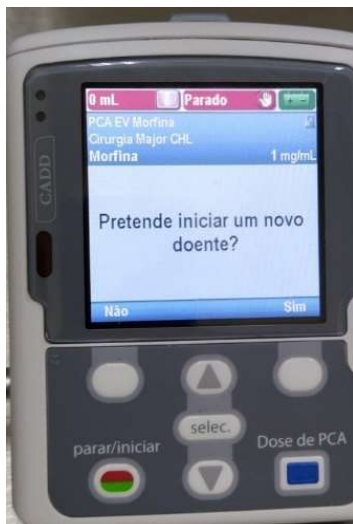
Fonte: Protocolo PC.514.00

6. PATIENT CONTROLLED ANALGESIA (PCA) E PATIENT CONTROLLED EPIDURAL ANALGESIA (PCEA)

Patient Controlled Analgesia (PCA)	Patient Controlled Epidural Analgesia (PCEA)
<ul style="list-style-type: none">• Administração de analgesia por via endovenosa• Opióides (morfina, por exemplo)	<ul style="list-style-type: none">• Analgesia fornecida por PCA via epidural• Opióides (sufentanilo ou morfina, por exemplo)

- ✓ Programada pelo enfermeiro ou anestesista (microprocessador) – com programas pré-estabelecidos (protocolos PCA/PCEA);
- ✓ Fornece uma dose pré-programada de fármaco de forma contínua;
- ✓ Permite a autoadministração de analgésico de forma intermitente, controlada pelo doente através da pressão no botão de controlo;
- ✓ Permite bólus suplementar pelo anestesista (com código);
- ✓ Permite estabelecer um intervalo entre bólus pedidos pelo doente (intervalo mínimo de 8 minutos);
- ✓ Limite de dose em 4 horas (morfina limite de 25 mg).

➤ Programação da PCA



1. Admitir novo doente



2. Iniciar novo doente



3. Selecionar terapêutica

PCA



4. Selecionar terapêutica
PCEA



5. Selecionar fármaco



6. Introduzir código



7. Aceitar os valores
pré-definidos



8. Selecionar volume do reservatório: 50 ml, 100ml ou
150ml

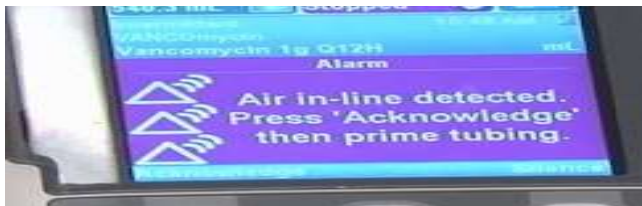
➤ **Selecionar relatórios para visualizar e contabilizar**

Permite avaliar:

- Dose infundida nas últimas 24h;
- Número de pedidos feitos pelo doente;
- Número de doses administradas.



➤ Erros de bomba parada

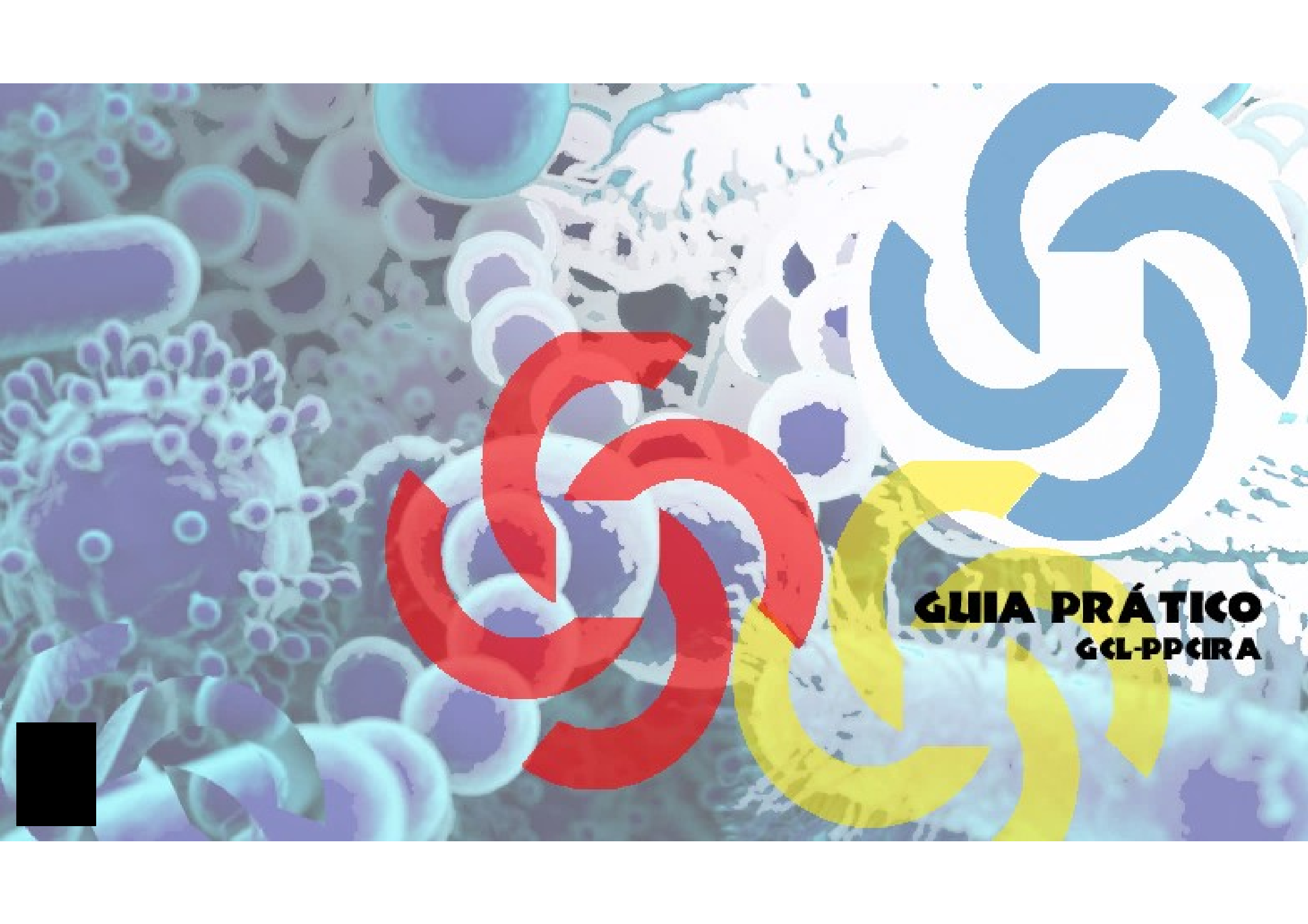


- Ar na linha;
- Oclusão a jusante/montante. Removê-la e reiniciar;
 - Verifique a obstrução:- torneira fechada
 - clampe fechado
 - prolongador dobrado
- Falta de bateria (PCA pode funcionar com pilhas);
- Quando se preenche o reservatório da PCA/PCEA e se coloca novamente no doente tem que se redefinir o volume do reservatório na programação da PCA;
- Sempre que necessário na SMI o Enfermeiro pode contactar o Anestesiista de urgência ou Enfermeiro da visita da dor aguda/UCPA.

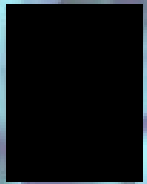
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2013). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. (3ª Edição). Ficha Técnica.
- Duarte, A.; Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. (1ª Edição). Lidel.
- Ely EW, Truman B, Shintani A, et al. (2003). Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA*, 289 (22), páginas 2983–2991. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/196696>
- Guedes, L.; Rebelo, H.; Oliveira, R.; Neves, A. (2012). Analgesia Regional em Cuidados Intensivos. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 62 (5), páginas 724-730. <https://www.scielo.br/j/rba/a/cvcR5r9ZT4XMvnrjtHsnkrp/?format=pdf&lang=pt>
- Machado, H. (2018). *Manual de Anestesiologia*. (1ª Edição). Lidel.
- Manica, J. (2018). *Anestesiologia*. (4ª Edição). Artmed Editora.
- Morgan, G.; Mikhail, M. (2017). *Anestesiologia Clínica*. (5ª Edição). Revinter.
- Sou Enfermagem. (2018, julho, 5). *Administração por via epidural (peridural)*. <https://www.souenfermagem.com.br/fundamentos/administracao-por-via-epidural-peridural>

APÊNDICE IV – Livreto – Guia Prático PBCI e PBVT



GUIA PRÁTICO
GCL-PPCIRA



“As infeções associadas a cuidados de saúde e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial, sendo que nenhum país e nenhuma unidade de saúde pode ignorar as implicações das infeções e o seu impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade, como o aumento da mortalidade e da morbilidade, prolongamento do tempo de internamento e o aumento dos custos em saúde.” (DGS,2018)

A prevenção e o controlo de infeção são da responsabilidade de TODOS os profissionais de saúde e são imperativos éticos e deontológicos. Prestar cuidados de qualidade, neste âmbito, só é possível quando cada um dos intervenientes desempenha individual e conscientemente o seu papel, contribuindo na prevenção e redução das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).

O Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) é o responsável no [REDACTED] pelos procedimentos e práticas que orientam a prevenção da infeção.

Em caso de dúvida, pode contactar-nos:

- Para a Extensão [REDACTED]
- E-mail: [REDACTED]
- No gabinete PPCIRA no piso 0
- Na intranet, seguindo:

[Órgãos de Apoio Técnico](#) > [GCL-PPCIRA](#) > [Manual de Procedimentos](#)

Documentos importantes:

- (PL. ██████████) - Política-PPCIRA.
- (PI. ██████████) - Precauções-Básicas.
- (PI. ██████████) - Colheita-de-produtos-para-Microbiologia.
- (PI. ██████████) – Imunodeprimido.
- (PI. ██████████) - Vigilância ativa dos microrganismos epidemiologicamente importantes.
- (PI. ██████████) - Avaliação inicial do risco de infeção/ colonização do doente.
- (PI. ██████████) - Isolamentos.
- (PI. ██████████) - Estratégia global do controlo de MRSA ██████████.
- (PI. ██████████) - Prevenção e o controlo da infeção transmitida por bactérias da família Enterobacteriaceae resistentes aos carbapenemes (ERC ou CRE).
- (PI. ██████████) - Internamento/ Referenciação de doentes ██████████, com necessidade de isolamento da via aérea.
- (PI. ██████████) - Procedimento de Higiene e Limpeza.
- (IT. ██████████) - Utilização de Equipamentos de Proteção individual.
- (IT. ██████████) - Colheita de Sangue para Hemocultura.
- (IT. ██████████) - Descontaminação de dispositivos médicos, equipamentos e ambiente.
- (FI. ██████████) – O que deve fazer quando recebe um utente com alta hospitalar.

Notes:

Índice:

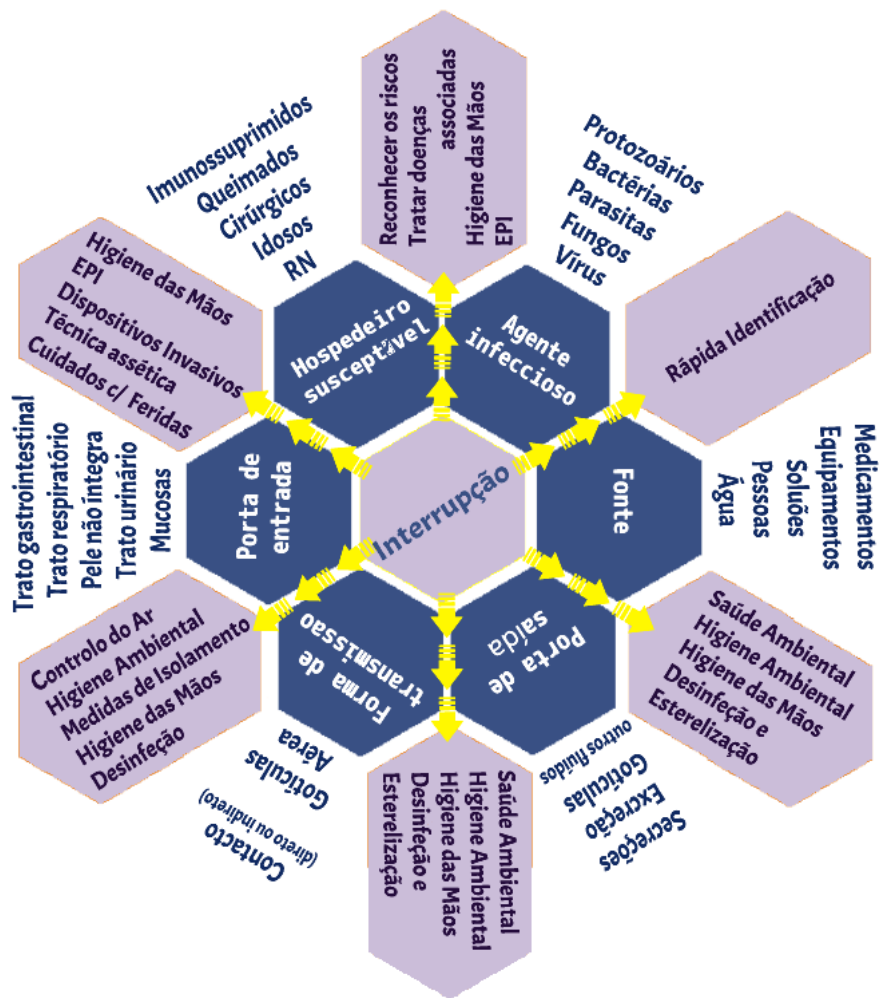
Conceitos.....	5
Cadeia linear de transmissão – Interrupção	6
Precauções básicas de controlo de infeção.....	7
Higiene das mãos	8
Etiqueta respiratória.....	10
Equipamento de proteção individual.....	11
Avaliação inicial do doente.....	13
Rastreios.....	16
Hemoculturas.....	18
Colheita de amostras.....	20
Características microorganismos epidemiologicamente importantes.....	22
Colocação de doentes - Isolamentos.....	24
Precauções baseadas nas Vias de Transmissão	26
Controlo ambiental.....	29

Conceitos



IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde – “É uma infeção que ocorre num utente durante a prestação de cuidados no hospital, ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde, a qual não estava presente ou em incubação no momento da admissão”. Estão também incluídas as infeções adquiridas que se manifestem após a alta, bem como as adquiridas pelos profissionais durante a prestação de cuidados.

Cadeia Linear de Transmissão - Interrupção



TODO O DOENTE DEVE SER CONSIDERADO COMO POTENCIALMENTE COLONIZADO OU INFETADO COM MICRORGANISMOS.

As **Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI)**, são recomendações de boas práticas. (Pl. ██████████)

- Prevenir a transmissão de microrganismos a partir de fontes conhecidas ou não.
- Garantir a segurança de doentes, profissionais de saúde e restantes intervenientes, devem ser aplicadas por **todos os profissionais de saúde nos cuidados a todos os doentes e em todas as situações.**

As PBCI envolvem 10 componentes essenciais:

- 1-Avaliação do risco de infeção do doente e isolamento;** (rastreamento e colocação de doentes)
- 2- Higiene das mãos;** (a medida mais importante de redução de transmissão microrganismos)
- 3-Atos de Higiene e etiqueta Respiratória;** (medidas destinadas a conter secreções respiratórias e minimizar a transmissão de agentes infecciosos)
- 4-Use adequado de equipamento de proteção individual;** (proporcionar proteção adequada aos profissionais e doentes)
- 5-Descontaminação do material e do equipamento clínico;** (fonte de contaminação de forma indireta)
- 6-Controlo e Esterilização do Ambiente e Espaço;** (controlo ambiental)
- 7-Limpeza e acondicionamento de Roupa;** (considerar contaminada após o uso)
- 8-Recolha segura de resíduos;** (triagem correta no local de produção)
- 9-Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis;** (técnica asséptica e uso de embalagens de dose única)
- 10- Prevenção de riscos no local de trabalho.** (risco de exposição pelos profissionais)

A HIGIENE DAS MÃOS

É considerada uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos durante a prestação de cuidados de saúde. (Pl. ████████);

Flora residente + Flora transitória = cerca de 2 a 10 milhões de microrganismos nos antebraços e mãos.

Os microrganismos nas mãos podem sobreviver por períodos que variam entre 2-60 minutos.

É imprescindível higienizar as mãos.

Antes de proceder à higiene das mãos deve:

- Expor os antebraços;
- Remover os adornos;
- Assegurar que as unhas estão curtas, limpas, sem verniz, sem extensões ou outros artefactos.

Atenção:

- A quantidade de sabão ou duração insuficiente da higiene das mãos leva uma deficiente descontaminação;
- Secar bem as mãos;
- A torneira deve ser encerrada com o toalhete (caso não seja de sensor ou pedal);
- A Solução antisséptica de base alcoólica (SABA) deve estar em zonas de fácil acesso;
- Manter as mãos sempre hidratadas.

Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



Água e sabão (40-60 seg.)

SABA (20-30 seg.)



ETIQUETA RESPIRATÓRIA



Quando tossir ou espirrar!

- * Contenção das secreções;
- * Lenços descartáveis;
- * Higienizar as mãos;
- * Máscara cirúrgica.



Qualquer profissional pode fornecer uma máscara cirúrgica ao utente com tosse ou espirros.

A escolha de EPI e o seu uso correto é da responsabilidade do profissional tendo em conta o procedimento que vai realizar e a interação prevista com o doente (IT: [REDACTED])

COLOCAÇÃO DOS EPI



* Se utilizado protetor facial, colocar após o gorro

REMOÇÃO DOS EPI



** Se utilizado protetor facial, remover antes do gorro

PRECAUÇÕES BÁSICAS de Controlo da Infecção (PBCI)



DGS
Direção-Geral da Saúde



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

Antecipação de exposição a:	Higiene das mãos	Luvas	Máscara resistente a fluidos	Óculos de proteção ou máscara com viseira	Avental impermeável
Pele íntegra					
Pele lesada ou mucosas					
Contacto com líquidos biológicos					
Proximidade (< 1 m) de um utente com tosse					
Projeção de líquidos biológicos					

Avaliar risco de infeção do doente e isolamento (rastreios)

A avaliação inicial do risco de infeção/ colonização do doente, é o primeiro passo na prevenção e controlo de infeção e resistência antimicrobiana numa instituição (PI. [REDACTED]).

Crítérios para Avaliação Inicial do Risco de Infeção/Colonização na admissão do doente:

- Infeção/colonização por MEI conhecida na admissão;
- Suspeita ou confirmação de Tuberculose Pulmonar;
- Pneumonia confirmada por Estreptococo do Grupo A, Mycoplasma, Adenovírus, Haemophilus Influenzae;
- Suspeita ou confirmação de Gripe, Meningite a Neisseria meningitidis e Haemophilus influenzae, Meningococcémia, Parotidite, Difteria, Rubéola e Sarampo;
- Diarreia;
- Imunodepressão e transplantação;
- Sempre que os profissionais considerem que se justifique, em caso de:
 - Internamentos recentes, prolongados e com antibioterapia nos últimos três meses;
 - Institucionalização prolongada;
 - Presença de feridas crónicas, nomeadamente escaras ou úlceras de pressão, estomas ou dispositivos invasivos (ex. algalias).

Nota: só deverão ser realizadas zaragatoas de rastreio, caso o doente tenha indicação para internamento. (PI. [REDACTED])

Microrganismos epidemiologicamente importantes (MEI) a rastrear:

MRSA: *Staphylococcus aureus* meticilina resistente

Cerca de 30% dos indivíduos saudáveis são reservatórios natural de *Staphylococcus aureus*.

Os locais onde se deteta mais a colonização são: mucosa nasal, axilas, períneo, lesões cutâneas e locais de inserção de dispositivos médicos invasivos.

CRE: Enterobacteriaceae Resistente aos Carbapenemes

O agente mais frequente é *klebsiella pneumoniae*, seguida da *Escherichia coli*., são bacilos de Gram negativo produtoras de enzimas denominadas carbapenemases que lhes confere resistência:

- KPC - Carbapenemase de *Klebsiella pneumoniae*;
- NDM - Nova Deli Metalo-betalactamase;
- VIM - Verona Integron-encoded Metalo-betalactamase;
- Oxa-48 - Oxacilinase tipo 48 (Oxa-48);
- IMP - Imipenemase Metalo betalactamase.

As CRE podem sobreviver longos períodos em superfícies, mobiliário e equipamentos contaminados.

Clostridioides Difficile:

Vários estudos demonstraram que mais de 50% dos utentes internados no hospital são portadores assintomáticos.

Transmissão principal por contacto por disseminação dos **esporos**.

Acinetobacter Baumannii:

As infeções causadas por estas bactérias estão associadas a alta morbidade e mortalidade e o seu risco de disseminação em ambiente hospitalar é significativo, sobretudo pela permanência de doentes colonizados/infetados e/ou com dispositivos invasivos (ventiladores, algalias, cateteres) e/ou sujeitos a vários cursos de antibióticos.

Uma vez **detetado**, deve ser efetuado:

- Registo no processo clínico;
- Devem estar **sinalizados** na pulseira e na cama;
- A sinalética PARE! (FI. [REDACTED]) deve ser colocada à entrada do quarto individual ou em isolamentos por Coorte. (PI. [REDACTED])

Os rastreios só por si são inúteis se não forem complementados de PBCI (entre os quais a Higiene das mãos é o que apresenta melhor relação custo benefício), acrescidas se indicado de **Precauções Baseadas na Via de Transmissão** (PBVT) adequadas (PI. [REDACTED]).

A tabela da página seguinte indica a metodologia de rastreio e medidas a implementar.



	Tipo de colheita	Ordem da colheita	Colheitas adicionais	Ação / Resultado NEGATIVO	Ação/ Resultado POSITIVO
MRSA	1 zaragatoa única	Fossa nasal/Axilar Perianal	Em caso de feridas cutâneas, fazer um máximo de 2 zaragatoas.	PBCI	- Medidas de isolamento dirigidas; - PBCI; - Protocolo de descolonização.
CRE	1 zaragatoa única	Retal	- Se estoma, escaras/feridas, exsudação purulenta ou dispositivos invasivos: 1 zaragatoa por cada um dos locais; - Se cateter urinário ou autoalgaliação: 1 urocultura	- Medidas de isolamento dirigido, até 3 amostras consecutivas negativas, com intervalo de 48 horas; - PBCI	- Medidas de isolamento dirigidas; - PBCI;
Acinetobacter Baumannii	1 zaragatoa única	Axilar e Inguinal		PBCI	- Manter em isolamento de contacto; - Precauções dirigidas; - PBCI
Clostridioides Difficile	Colher para recipiente	porção de fezes com muco		- PBCI - Medidas adicionais e isolamento contacto; - lavagem das mãos (<i>água e sabão. Não usar SABA</i>); - Enviar nova amostra 24h depois.	- Isolamento de contacto; - Medidas rigorosas da higiene das mãos e EPI (<i>Não usar SABA</i>).
SARS -COV 2 1+1 Zaragatoa (Meio próprio)	Nasofaringe e Orofaringe			PBCI	- Medidas de Isolamento contato e gótica; - PBCI

SE DETETADO: REGISTO no PROCESSO CLÍNICO / IDENTIFICAR na PULSEIRA DO DOENTE / COMUNICAR

No Serviço de INTERNAMENTO	Rastreios de Follow-up	Se Mantiver POSITIVO	ALTA
<p>“isolamento/precauções de contacto” + PBCI; -Aplicação mupirocina a 2% pomada nasal 2id; -Banho com gluconato de clorohexidina ≥ 2% durante 5 dias; -Recomendações específicas para o SMI e Cirurgia eletiva. (PI. ██████████)</p>	<p>Realização de 3 (três) -O 1º: 48 h após o tratamento -Restantes c/ intervalos semanais.</p>	<p>Pode repetir o procedimento, nunca se efetuando mais de dois cursos de descolonização;</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"> Informar Doente e Família / Cuidador ou Instituição (Carta de Alta F ██████████) </p>
<p>Manter continuidade: -PBCI -Medidas de isolamento dirigido até 3 amostras consecutivas negativas com intervalo de 48 horas. (PI. ██████████)</p>	<p>Se positivo: - NÃO é recomendado rastreio de controlo;</p>	<p>Manter em isolamento dirigido até final do internamento (analisar com o GCL-PPCIRA);</p>	
<p>- Medidas de isolamento dirigidas; - PBCI até à alta.</p>		<p>Manter em isolamento dirigido até final do internamento (analisar com o GCL-PPCIRA).</p>	
<p>Durante o período da diarreia e até 48h após regulação do transito intestinal: - Isolamento de contacto; - Medidas rigorosas da higiene das mãos e EPI (Não usar SABA).</p>			
<p>-Repete se houver indicação clínica; - Mantem medidas de isolamento (duração segundo critério clínico).</p>			

AR à EQUIPA de GESTAO de CAMAS E INFORMAR O DOENTE E FAMILIA

Garantir boas práticas no ato de colheita, reduz o risco de traduzir contaminação, facto que pode levar à prescrição desnecessária ou não correta de antibióticos, com aumento de efeitos adversos como o desenvolvimento de resistências aos antimicrobianos.

Cultura microbiológica IMPLICA colheita asséptica da amostra.

HEMOCULTURA: (IT. ██████████)

1 Hemocultura = 1 Frasco Aeróbios + 1 Frasco Anaeróbios.

- O volume de sangue é crítico, porque a concentração de microrganismos na maioria das bacteriemias é baixa.

Adulto	8-10ml/ frasco
Pediátrico	3-5ml/frasco

É incorreto:

- A colheita através de cateter venoso periférico obturado;
- Colher sangue para hemocultura em “pico febril”;
- Hemocultura “solitária”;
- 2 Hemoculturas de colheita de uma mesma punção vascular.

Método de colheita:

- A colheita de sangue efetuada em veia periférica;
 - Fazer as colheitas antes do início da terapêutica antibiótica ou antes da toma seguinte;
 - Higienização das mãos;
 - Limpar e desinfetar o local da punção com álcool a 70º;
 - Repetir a operação com Clorohexidina 2% em solução alcoólica e deixar secar o antisséptico;
 - Luvas esterilizadas ou luvas de nitrilo na técnica assética *non touch*;
 - Desinfetar a tampa de borracha do frasco com antisséptico apropriado (álcool a 70%);
 - Colher o sangue e inocular diretamente nos frascos sem mudar de agulha;
 - Os frascos de hemocultura deverão ser os primeiros a inocular;
 - Limpar a tampa do frasco com álcool a 70º, no fim;
 - No caso de suspeita de infeção associada ao cateter central: Antes de retirar o cateter, efetuar uma única colheita através do cateter central e uma outra colheita por punção venosa periférica;
-
- Cada frasco deve ser devidamente identificado com data/hora da colheita e local da colheita;
 - Não cobrir ou danificar o código de barras do frasco de hemocultura;
 - Enviar logo que possível para o laboratório, nunca ultrapassando as duas horas;
 - Manter as amostras de sangue à temperatura ambiente.

UROCULTURA: (PI. ██████████)

Método de colheita:

- Jacto médio;
- Cateter urinário;
- Trocar a sonda vesical e efectuar após a colheita;
- Punção supra-púbica;
- Nefrostomia/Ureterostomia;
- Colocar em frasco com conservante para urocultura - “URICULT”.

Nunca colher de arrastadeiras, urinóis ou de sacos coletores.

EXPECTORAÇÃO(PI. ██████████)

Método de colheita:

- **Espontânea:** Preferir 1ª amostra da manhã e em jejum – Instruir a lavar a boca e gargarejar com água antes de iniciar a colheita; instruir o utente a colher expectoração por tosse profunda;
- **Induzida:** Por nebulização com soro salino e/ou com drenagem postural e cinesiterapia;
- Utilizar recipiente esterilizado;
- Colher 1 amostra - Para BK colher até 3 amostras em dias consecutivos;
- Enviar de imediato para o laboratório.

FEZES: (PI. ██████████)

Método de colheita:

- Colher para recipiente limpo e seco;
- Escolher a porção com pús, muco ou sangue do tamanho de uma noz;
- Para exame parasitológico colher 3 amostras em dias sucessivos, de preferência alternados.

SARS-COV-2: (PI. ██████████)

Método de colheita:

- Trato respiratório superior: Exsudado da nasofaringe e exsudado da orofaringe colhido com zaragatoa em meio de transporte para vírus;
- Trato respiratório inferior: Aspirado endotraqueal ou lavado bronco-alveolar, em utentes com doença respiratória grave, sob ventilação mecânica invasiva;
- Pode ser colhida expetoração se houver tosse produtiva.

LCR:(Líquido Cefalorraquidiano): (PI. ██████████)

Método de colheita:

- Desinfetar o local de colheita com solução antisséptica com álcool;
- Colher o líquido para tubo estéril, inquebrável, transparente de fundo cónico e com encerramento hermético;
- Colher 3 tubos;
- Enviar a amostra de imediato para o laboratório;
- Não refrigerar.

EXSUDADOS: (PI. ██████████):

Método de colheita:

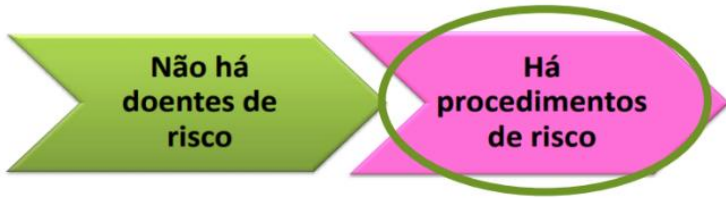
- Limpar a superfície da lesão com soro fisiológico ou desinfetar o local de punção com álcool 70%;
- Biopsar a base e bordo da lesão e colocar em recipiente ou zaragatoa;
- Puncionar e aspirar com seringa - Enviar na própria seringa sem agulha;
- Na pesquisa de anaeróbios, expelir as bolhas de ar da seringa e podem ser inoculados em frasco para hemocultura;
- Enviar as amostras de imediato para o laboratório.

CARACTERÍSTICAS DE MEI

GRAM - NEGATIVOS					
Bactéria	Onde vive	Principais Infecções	Principais Resistências	Maior prevalência de Infecções	Sobrevivência no Ambiente
Escherichia Coli	Intestino	Trato urinário e corrente sanguínea	Aminopenicilinas, fluoroquinolonas, cefalosporinas de 3ª geração, aminoglicosídeos e carbapenemos	Hospital e comunidade	de 1,5 horas a 16 meses
Klebsciela pneumoniae	Intestino	Trato urinário, respiratório, feridas e corrente sanguínea	Fluoroquinolonas, cefalosporinas de 3ª geração, aminoglicosídeos e carbapenemos	Predominantemente hospitalar	de 2 horas a 30 meses
Pseudomonas aeruginosa	Ambiente, trato respiratório superior, trato gastrointestinal	Trato urinário, corrente sanguínea e trato respiratório	Piperacilina e Tazobactam, fluoroquinolonas, ceftazidima, aminoglicosídeos e carbapenemos	Hospital e comunidade	de 6 horas a 16 meses
Acinetobacter	Água e solo, pele e mucosas	Trato respiratório e corrente sanguínea	Fluoroquinolonas, aminoglicosídeos e carbapenemos	Majoritariamente hospitalar	de 3 dias a 5 meses

Bactéria	Onde vive	Principais Infecções	Principais Resistências	Maior prevalência de Infecções	Sobrevivência no Ambiente
Staphylococcus aureus	Pele	Pele, osso e corrente sanguínea	Meticilina, beta-lactâmicos	Hospitalar	de 7 dias a 7 meses
Enterococcus	Ambiente, trato gastrointestinal e genital feminina.	Endocardite, corrente sanguínea e trato urinário	Vancomicina	Principalmente hospitalar	de 5 dias a 4 meses
Mycobacterium Tuberculosis	Trato respiratório	Pulmonar e extra-pulmonar	Isoniazida Rifampicina	Comunidade	de 1 dia a 4 meses
Clostridioides Difficile	Trato intestinal, água, solo e animais	Trato gastrointestinal	Moxifloxacina Vancomicina Metronidazol	Comunidade e Hospitalar	5 meses (esporos)
VIRUS [SARS-COV-2, H1n1, Influenza, VSR...]	Precisa de uma célula viva para se multiplicar	Trato respiratório Trato gastrointestinal Neurológica Cardíaca		Comunidade e Hospitalar	de 1 a 6 dias

GRAM - POSITIVOS



As precauções baseadas nas vias de transmissão (PBVT) são sempre complemento às precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), não as substituindo.

O tipo de isolamento **depende do mecanismo de transmissão** do microrganismo suspeito ou confirmado.













- Proteção;
- Contato;
- Gotícula;
- Via aérea.



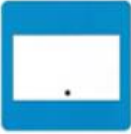







ISOLAR significa criar barreiras para impedir a transmissão de agentes infecciosos.

Quando o isolamento de contenção está indicado, deve-se comunicar ao doente e família de modo a melhorar a aceitação e minimizar os efeitos adversos evitáveis do isolamento (ansiedade, depressão e labilidade emocional ou sentimentos de discriminação).

Se os quartos individuais não estão disponíveis impõe-se o isolamento por **COORTE** - alocar os doentes de acordo com critérios específicos, baseados no risco ou probabilidade de transmissão entre doentes. (PI. ██████████)

- Colocação no mesmo quarto de doentes colonizados ou infetados com o mesmo MEI;
- Privilegiar local afastado da porta;
- Respeitar distância de pelo menos 1 metro e manter as cortinas corridas;
- Cumprir as PBCI.

CONTACTO	PROTEÇÃO
<p>LAVAR AS MÃOS Ao entrar e sair da unidade</p>  <p>COLOCAR AS LUVAS Ao entrar na unidade</p>  <p>BATA LIMPA Ao entrar na unidade</p>  <p>MATERIAL CLÍNICO Uso exclusivo</p>  <p>VISITAS Restringidas</p>  <p>USAR MÁSCARA Manuseamento da via aérea</p> 	<p>LAVAR AS MÃOS Ao entrar e sair da unidade</p>  <p>COLOCAR AS LUVAS Ao entrar na unidade</p>  <p>BATA LIMPA Ao entrar na unidade</p>  <p>MATERIAL CLÍNICO Uso exclusivo</p>  <p>VISITAS Restringidas</p>  <p>USAR MÁSCARA Manuseamento da via aérea</p> 
<p>ISOLAMENTO DE CONTACTO A transmissão do microorganismo envolve contacto direto entre pele e ou mucosas, com transferência direta de microrganismos entre doentes ou através das mãos contaminadas dos profissionais de saúde, ou contacto indireto com superfícies contaminadas.</p>	<p>ISOLAMENTO PROTETOR O doente particularmente suscetível a infecções (doentes submetidos a transplante de células hematopoiéticas, lesões extensas na superfície cutânea, neutrófilos < 500). (Pi. [REDACTED]) O isolamento protetor implica quarto individual, com fluxo de ar com pressão positiva para espaços adjacentes e tratamento de ar de forma a minimizar o risco de infecções fúngicas adquiridas através do ambiente.</p>
<p>Agentes multirresistentes: MRSA, VRE, CRE, <i>Clostridium difficile</i>, <i>Acinetobacter baumannii</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Herpes simplex</i>, <i>Gastroenterite</i> no doente incontinente ou com fraldas (<i>virus, Salmonella, Shigella...</i>) Conjuntivites virais (adenovírus) Escabiose, pediculose Abscesso cutâneo, feridas exsudativas</p>	

VIA AÉREA	GOTÍCULA
<p>PRECAUÇÕES BÁSICAS</p>  <p>RESPIRADOR DE PARTÍCULAS Preferencialmente NP2</p>  <p>QUARTO INDIVIDUAL Porta fechada</p>  <p>VISITAS Restringidas</p> 	<p>PRECAUÇÕES BÁSICAS</p>  <p>COLOCAR LUVAS No contato de proximidade < 1m</p>  <p>MÁSCARA CIRÚRGICA/ PROTEÇÃO OCULAR No contato de proximidade < 1m</p>  <p>QUARTO INDIVIDUAL Ou uso de cortinas separadoras</p>  <p>VISITAS Restringidas</p>  <p>BATA LIMPA No contato de proximidade < 1m</p> 
<p>ISOLAMENTO DE VIA AÉREA O microrganismo é transportado por partículas inferiores a 5 micra (aerossóis), cuja reduzida dimensão permite que se mantenham suspensas no ar durante períodos prolongados e a longas distâncias da fonte, infetando hospedeiros suscetíveis vários metros afastados da fonte.</p> <p>Tuberculose pulmonar e laringea, Sarampo, Vírus Varicela zoster – zoster disseminado ou doença multidermátome, SARS-CoV-2 em procedimentos geradores de aerossóis.</p>	<p>ISOLAMENTO DE GOTÍCULAS O microrganismo é transportado por gotículas respiratórias cuja dimensão, superior a 5 micra, não permite que se mantenham em suspensão no ar durante muito tempo, depositando-se em distâncias até 1 metro.</p> <p>Infeções respiratórias virais (VSR, Rhinovirus, Parainfluenza), Vírus Influenza, SARS-CoV-2, <i>H. influenza</i> – epiglótite, pneumonia, meningite, <i>Neisseria meningitidis</i> – meningite, pneumonia</p>

A ter em conta:

Transporte do doente:

- O serviço de destino deverá ser alertado;
- Lesão ou foco de infeção coberto e limpo;
- Antes de sair desinfetar as grades da cama com álcool a 70°, se *Clostridioides difficile* com troclosenó sódico a 0,1%;
- Cobrir o doente com roupa limpa e higienizar **as mãos**;
- NÃO ESTÁ INDICADO o uso de EPI pelo profissional;
- Deve evitar tocar nas superfícies exteriores à unidade do doente.

VISITAS:

- Restringir o número de visitas. Ensino de boas práticas;
- Não deve levar para a unidade dos doentes objetos pessoais;
- Higienizar as mãos antes de entrar e colocar EPI ajustados ao isolamento;

Antes de sair do quarto:

- Retirar o EPI seguindo a sequência recomendada (IT. [REDACTED].)
- Acondicionar o EPI em contentor de resíduos do Grupo III;
- Higienizar as mãos.

Resíduos, Roupas e Loiças:

- Todos os resíduos são grupo III e do grupo IV;
- Toda a roupa suja e loiça, acondicionada em saco de plástico fechado, próximo do doente;
- Colocar em segundo saco, no caso de contaminação exterior do primeiro;

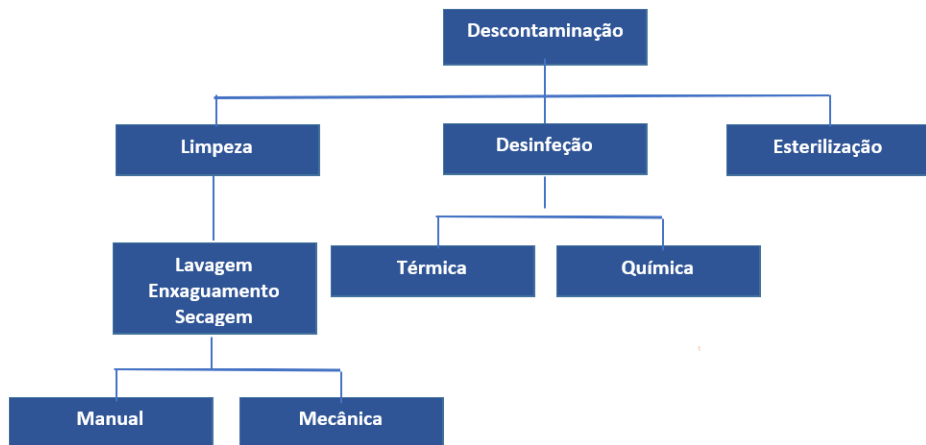
Descontaminação: (IT. [REDACTED])

- A limpeza deverá realizar-se duas vezes ao dia (PI. [REDACTED]) – com especial atenção para as superfícies mais manipuladas;
- No caso de *Clostridioides difficile*, desinfeção com troclosenó sódico a 0,1%;
- O material de limpeza deverá ser de uso exclusivo para o quarto de isolamento.

-O derrame de sangue e fluidos orgânicos é considerado um evento de risco (Fl. ████████). Deve:

- 1º - Circunscrever e polvilhar com grânulos de troclosenó sódico;
- 2º - Retirar, após 2 minutos de atuação, remover com toalhete de papel (colocar no contentor de resíduos do grupo III);
- 3º - Lavar com água quente e detergente.

Descontaminação de dispositivos médicos, equipamentos e ambiente (IT. ████████)



Material ou Dispositivos médicos		Áreas
	<p>A descontaminação é efetuada de acordo com o sistema de classificação de Spaulding que define o grau de risco de infecção (pelo risco de transmissão e de contaminação).</p>	<p>Identificação da área por crítica, semicrítica ou não crítica (critérios de Spaulding): (P ■■■■■)</p>
	<p>(contato com tecido estéril ou sistema vascular) LIMPEZA + ESTERILIZAÇÃO</p>	<p>(SML, BU, SU, Quartos com MEI ou Imunodeprimidos, Salas de procedimentos invasivos, WC enfermaria, Zona de Sujos, Central de Esterilização e Superfícies muito tocadas) Limpeza pelo menos duas vezes ao dia e SOS</p>
	<p>(contato com membranas, mucosas e pele não íntacta) LIMPEZA + DESINFECÇÃO</p>	<p>(Serviços de Internamento, Zonda de Sujos, WC público, Laboratórios, Cozinha, Lavandaria e Casa Mortuária) Limpeza pelo menos uma vez ao dia e quando necessário</p>
NÃO CRÍTICO	<p>(contato com a pele íntegra) LIMPEZA</p>	<p>(Áreas Administrativas, Armazens de Material e Equipamento e Arquivos) Limpeza uma vez ao dia</p>

A limpeza engloba três etapas: Lavagem, enxaguamento e secagem.

Obedece a 5 princípios:

- Orientação horizontal (da zona mais afastada para a mais próxima);
- Orientação vertical (de cima para baixo);
- Orientação limpo-sujo;
- Não levantar pó;
- Secar adequadamente.

- Usar os EPI de acordo com as vias de transmissão e as precauções adicionais.
- Usar equipamentos de limpeza exclusivos para estas áreas e panos descartáveis;
- Água quente, detergente neutro de usos gerais (ou detergente desinfetante) e secar;
- Limpar até 1,60 m de altura e os pontos de luz;
- As cortinas devem ser mudadas se MEI;
- O colchão deve ser limpo (FI. ████████);
- Descontaminar dispositivos de administração de O2 e de vácuo (IT. ████████).

- Limpeza da unidade do doente infetado ou colonizado com microrganismos epidemiologicamente importantes (PI. ████████)

- Limpeza e desinfecção após a alta de doentes em isolamento (FI. ████████)

Nota: Existe como alternativa ao processo de desinfecção preconizado no FI. ████████, o uso de:

- Peróxido de hidrogénio;
- Robot de desinfecção com radiação ultravioleta.

(A utilização deste tipo de desinfecção está sujeita à avaliação e disponibilidade do GCL-PPCIRA)

IMPORTANTE:

- Informar a equipa de transporte de doentes e o serviço de destino em deslocações ou alta;
- Na preparação da alta hospitalar, o familiar/ cuidador deve ser informado dos cuidados a ter no domicílio, esclarecer dúvidas para que se sintam mais seguros para receber e cuidar do doente (Fl. ████████).

Algumas IACS são inevitáveis, mas cerca de 1/3 são evitáveis
(DGS, 2016)



APÊNDICE V – Tabletop no SUMC – Situação de Catástrofe

TABLE TOP Plano de Emergência Externo de Catástrofe do Hospital da região centro (13/07/2022)

Chefe de Equipa: J. O. Diretora Clínica: S. D. Enfª Coordenadora: I. D. Médico responsável pela área: A. C. Enfª Triagem: C. R. Registos do *table top*: M. B.

HORA	INTERVENIENTE	TAREFA
16:55	Vigilante + C.R.	Vigilante encontra a C.R. lá fora e diz-lhe que está a haver incêndios com muita gente e já com estradas cortadas
16:56	C.R.	C.R. avisa o J.O. sobre esse possível alerta e é preenchido por ambos o Documento 1 (Registo da informação do alerta)
16:57	J.O.	J.O. liga para o CODU para validar a situação, não atendem, liga à Proteção Civil que dá a seguinte informação: - Encontram-se a avaliar ainda a situação não conseguindo ainda fornecer muita informação - Que estradas estão efetivamente cortadas - Que se encontram em situação de exceção, porém o plano municipal não foi ativado
17:00	J.O. I.D.	J.O. reúne com a Inês dizendo a informação que tem, e pede à Inês para lhe dar <i>up date</i> de como está a lotação do SUMC. Lotação do SUMC: - 0 doentes na área Vermelha/Sala de Emergência - 27 doentes na área Laranja - 52 doentes na área Amarela - 26 doentes na área Verde - 5 doentes + na área Verdes 2 - 30 doentes a aguardar primeira observação médica (FRAGILIDADE) - 8 doentes a aguardar triagem
17:03	J.O. e Gestor de Camas	J.O. decide gerir os doentes que se encontram no SUMC para perceber quais podem ser drenados para internamentos e quais podem ter alta. Comunica com o gestor de camas do SUMC para averiguar essa situação. Percebeu-se que existem 12 vagas de internamento, e 15 macas livres em corredor do SUMC.

17:05	I.D.	Comunica com os Enfermeiros de cada área para agilizarem os internamentos o mais rapidamente possível. Percebe que devido aos incêndios, irão faltar dois Enfermeiros no turno da Noite, pelo que ausculta a equipa de Enfermagem presente, se duas pessoas poderão seguir turno.
17:12	-----	Continuamos sem informação que justifique ativar o plano de emergência Cada área do SUMC já conseguiu frenar 2 doentes para internamentos, portanto um total de 6 doentes já foram para o internamento

17:15	-----	Mantemos ainda 30 doentes a aguardar avaliação médica!
17:17	J.O.	Dado o número de doentes a aguardar avaliação médica, o J.O. decide fazer <i>pressing</i> a médicos para agilizarem os doentes que aguardam a sua avaliação e eventualmente até altas logo que possível.
17:23	C.R.	Chegou uma doente dependente em maca com Bombeiros do domicílio, triagem de Manchester aplicada, aguarda. Os Bombeiros não têm grande informação sobre a situação dos incêndios e da situação de exceção em questão.
17:25	Assistentes técnicas	Mantêm-se a tentar contactar o CODU para mais informação.
17:27	J.O.	Contacta hospitais próximos para solicitar, se possível, não enviar doentes. Contacta hospitais que drenam para este hospital para informar que só deverá enviar doentes em situação crítica
17:30	J.O.	Contactar se temos recursos materiais em quantidade suficiente, em especial o nível de oxigénio do hospital. Ligou para serviço de apoio e percebeu que o oxigénio foi reabastecido hoje.
17:31	J.O.	Informou BO (nomeadamente anestesia), SMI, da eventualidade de precisarmos de apoio. SMI com 5 vagas.
17:35	J.O.	Informar serviço de Imunohemoterapia que poderá ser necessário transfusão de vários e diversos hemoderivados

17:37	J.O.	Contactar assistente social para informar que não será possível receber casos sociais e que poderemos ceder 9 camas/macass para outro local onde se irá drenar os casos sociais.
17:41	-----	Informação de capotamento de um autocarro de Bombeiros, feito novo alerta e preenchido novo documento 1 de registo da informação do alerta
17:42	-----	CODU informa que não sabe a gravidade das vítimas, apenas que são 15 vítimas, não conseguindo desviar nenhuma para outro centro hospitalar e que prevê-se que cheguem ao SUMC dentro de 15/20min.
17:44	J.O. I.D.	Nova reavaliação da lotação do SUMC. Lotação do SUMC: - 0 doentes na área Vermelha/Sala de Emergência - 20 doentes na área Laranja - 48 doentes na área Amarela - 21 doentes na área Verde - 5 doentes + na área Verdes 2 - 25 doentes a aguardar primeira observação médica - 11 doentes a aguardar triagem
17:45	J.O. e Diretora de Serviço	Comunica alerta e como se encontra o SUMC à Diretora de Serviço para decisão do nível a acionar do plano de catástrofe.
17:49	-----	Decidido acionar nível I e convocar gabinete de crise em conformidade com o estipulado no plano, via SMS conforme o manual. Informado restante centro hospitalar que foi ativado o Nível I do plano de Catástrofe.
17:51	I.D. J.O.	Decide colocar a C.R. na triagem primária junto à sala de emergência, uma assistente técnica e um assistente operacional. João decide que fica um médico generalista na triagem primária. Montada mesa e respetivos kits de triagem primária em catástrofe (START)
17:58	J.O.	Decide evacuar a área Verde, alocando 10 dos doentes na área laranja, e 11 na área amarela, que serão zonas não catástrofe, ficando a área verde e a área dos vermelhos disponível para catástrofe.

18:00	J.O.	Decide como alocar a equipa médica consoante especialidade, e lotação às diferentes áreas. - 1 Médico responsável, 1 cirurgião, 1 ortopedista na área catástrofe - 1 Medicina interna na Sala de Emergência (MÁ DECISÃO)	
	I.D.	Decide alocar 4 Enfermeiros na área catástrofe, e 2 na Sala de Emergência	
18:05	C.R.	Chegada do doente 1: masculino a andar com feridas (prioridade Verde), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem	
18:07		Doente 2: Feminino, não anda, com FR de 22 cpm, FC de 100bpm, TPC 1 seg (prioridade Amarela), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem	
18:08		Doente 3: masculino e anda, com feridas (prioridade Verde), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem	
		Doente 4: masculino, não anda, FR 22 cpm, FC 80 bpm, TPC 1 seg (prioridade Amarela), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem	
		Doente 5: feminino, não anda, FR 37 cpm (prioridade Vermelha), alocado à Sala de emergência com numeração conforme kit de triagem	
18:13	J.O.	Realocação do médico afeto à sala de emergência, colocado Médico internista na área não catástrofe dos amarelos e colocado cirurgião na sala de emergência.	
18:15	C.R.	Doente 6: feminino, anda, com feridas (prioridade Verde), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem	
		Doente 7: feminino, anda, com feridas (prioridade Verde), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem	
		Doente 8: feminino, anda, com feridas (prioridade Verde), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem	
18:16		Doente 9: masculino, anda, com feridas (prioridade Verde), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem	
18:17		Doente 10: masculino, não anda, FR 32 cpm (prioridade Vermelha), alocado à Sala de Emergência com numeração conforme kit de triagem	
		Doente 11: feminino, não anda, FR 20 cpm, FC 80 bpm, TPC 1.5 seg (prioridade Amarela), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem	
18:18		Doente 12: masculino, não anda, FR 27 cpm, FC 147 bpm (prioridade Vermelha), alocado à sala de emergência com numeração conforme kit de triagem	
18:20		J.O.	Constatam que é o 3º doente vermelho a entrar na sala de emergência.
		I.D.	J.O. decide acrescentar mais um cirurgião e I.D. decide colocar o Enfermeiro do gabinete de informações para a sala de emergência.

18:22	I.D.	Decide que um dos 4 Enfermeiros da área catástrofe inicia triagem secundária TRTS de 15/15min
18:23	C.R. e Médico de triagem	Doente 13: não respira, permeabilizada via aérea, mantém-se sem respirar (prioridade Preta), levado para a casa mortuária com numeração conforme kit de triagem
18:24	C.R.	Doente 14: não anda, FR 12 cpm, FC 152 bpm (prioridade Vermelha), alocado à área catástrofe por decisão do João e Inês, visto terem mais espaço físico e mais recursos humanos disponíveis. Vai com numeração conforme kit de triagem
18:25		Doente 15: masculino, não anda, FR 19 cpm, FC 80 bpm, TPC 1 seg (prioridade Amarela), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem
18:26	-----	Recebe chamada do CODU a informar que não irão mais vítimas de momento
18:27	J.O. I.D.	Decidem desmontar a triagem primária e arrumar material. Porém o plano mantém-se, apenas é desativado quando todos os doentes estão orientados e por indicação do Presidente do CA.
18:28	-----	Término do <i>table top</i> , considerações finais

Forças:

- Plano de Catástrofe do Hospital da região centro de Portugal já existe (embora com necessidade de atualizações)
- Sala de Emergência sem doentes, pronta a receber
- Inicialmente, diretora de serviço, Enfº Chefe e 2 enfermeiros coordenadores presentes no SUMC
- Antecipamos a possível situação de catástrofe, tendo drenado vários doentes para internamento nomeadamente
-

Ameaças:

- Falta de informação

Fraquezas/Fragilidades:

- 30 a 25 doentes a aguarda avaliação médica

Falhas no plano:

- De momento não existe biblioteca nem UCPA 1 (em obras)

- Apenas está contemplado no plano a ativação dos níveis mediante numa de doentes e respetiva prioridade baseada em estatística, porém se houver um balanço diferente entre prioridades, o plano não contempla como decidir relativamente ao nível
- Não há carta de ação para o Enfermeiro Chefe do SUMC
- Carro de emergência já existe um em cada área, pelo que não será necessário mobilizar um conforme está no plano
- Prevê que a saída de doentes do Hospital é feita junto ao refeitório, porém não contempla se existir falha de elevador, como deslocar doentes em maca. Se no mesmo piso do SUMC pensámos na saída dos profissionais no piso 01, se doentes de outros pisos não sabemos

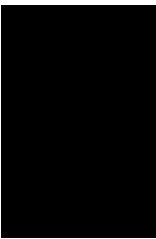
Erros:

- Médico Internista alocado à Sala de Emergência
- Chefe de equipa não usufruiu da presença da Diretora Clínica, Enfermeiro Chefe e 2 coordenadores no gabinete da chefia que estavam presentes inicialmente, que poderiam ter agilizado as primeiras decisões antes do segundo alerta do autocarro de Bombeiros capotado.

Dificuldades:

- Alocação dos recursos humanos às respetivas áreas mediante as diferentes necessidades.
- O facto de transpormos certas decisões que são tomadas habitualmente, não sendo provavelmente mais corretas, mas pelo hábito tomamos as mesmas decisões
- Esquecimento de contactar diferentes serviços de apoio
- Cingimo-nos muito ao plano em vigor, dificilmente pensámos um bocado fora do plano vigente

**APÊNDICE VI – Instrução De Trabalho – Comunicação Estruturada à Família do
Doente Internado no Serviço De Medicina**



INSTRUÇÃO DE TRABALHO
**COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA COM
FAMILIA/CUIDADOR DO DOENTE INTERNADO**

Palavras-Chave: COMUNICAÇÃO; FAMÍLIA; CUIDADOR

Destinatários	MEDICINA INTERNA –
----------------------	--------------------

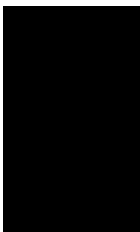
	Elaboração	Aprovação	Assinatura (s) Responsável (eis) pela Aprovação
	Enfermeira Ana Monteiro	Enfermeira Chefe Diretor de Serviço Dr.	
Data	2023.04.24		

MAPA DE REVISÕES

[A preencher no caso de revisão de documento existente]:

Revisão	Página(s)	Motivo	Responsável (eis) pela Revisão	Data da Aprovação	Assinatura do(s) responsável(eis) pela aprovação





INSTRUÇÃO DE TRABALHO
**COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA COM
FAMILIA/CUIDADOR DO DOENTE INTERNADO**

Índice

1. OBJETIVO	3
2. ÂMBITO.....	3
3. REFERÊNCIAS	3
4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS.....	3
5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO	4
5.1 - Etapa 1: A Quem se comunica – IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA DE CONTACTO.....	4
5.2 - Etapa 2: quando se comunicA – Periodicidade dos contactos.....	4
5.2.1. Fases dos Contatos:	4
5.3 - ETAPA 3: quem comunica	5
5.4 - ETAPA 4: o que se comunica e como se Comunica.....	5
5.4.1 - Especificamente na Alta	6
5.4.2 - No Follow-Up.....	7
5.5 - ETAPA 5: cuidados com a equipa	7
6. ANEXOS.....	8
ANEXO 1 – PREPARAÇÃO PARA O CONTACTO TELEFÓNICO	8
ANEXO 2 – FLUXOGRAMA	9
ANEXO 3 – QUADRO – COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA COM A FAMÍLIA / CUIDADOR DO DOENTE INTERNADO	10

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

**COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA COM
FAMILIA/CUIDADOR DO DOENTE INTERNADO**

1. OBJETIVO

Orientar e facilitar o processo de comunicação /informação de enfermagem à família, em conformidade com a política de comunicação precisa e efetiva do Centro Hospitalar [REDACTED]

2. ÂMBITO

Aplica-se ao processo de comunicação com família/cuidador do doente internado [REDACTED], facilitando a informação pertinente, ajustada às necessidades e dúvidas dos doentes e respetivos familiares, dentro do domínio da área de competência profissional de enfermagem.

3. REFERÊNCIAS

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2009). Código deontológico. Inserido no Estatuto da OE Republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro, 9–13.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Lei nº. 156/2015, de 16 de setembro. Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE. 1-112;

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf

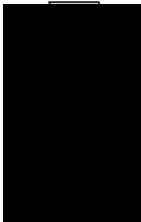
PL. [REDACTED] – Política da Comunicação Precisa e Efetiva.

4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

[REDACTED] – Centro Hospitalar [REDACTED]

ISBAR – Metodologia e comunicação na transição de cuidados (Identificação; Situação, Antecedentes; Atitudes, Recomendações).

SPIKES – Protocolo de Comunicação de más notícias (**Setting**; preparar o contexto; **Perception**: descobrir o que a pessoa já sabe; **Invitation**: descobrir a que nível a pessoa quer saber; **Knowledge**: partilhar informação; **Emotions**: responder às reações da pessoa; **Strategy**: planear o seguimento.



INSTRUÇÃO DE TRABALHO

**COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA COM
FAMILIA/CUIDADOR DO DOENTE INTERNADO**

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

5.1 - ETAPA 1: A QUEM SE COMUNICA – IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA DE CONTACTO

- A pessoa de contato será identificada pelo doente, que fornecerá os dados necessários ao estabelecimento da comunicação;
- Caso o doente não esteja consciente ou na capacidade de uso pleno das suas faculdades, a pessoa de contacto será a identificada na admissão ao Serviço de Urgência.

5.2 - ETAPA 2: QUANDO SE COMUNICA – PERIODICIDADE DOS CONTACTOS

5.2.1. FASES DOS CONTATOS:

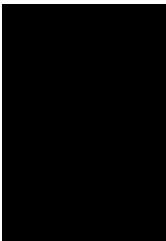
Em conformidade com a necessidade de diversos níveis de informação, haverá quatro fases distintas de contactos:

FASE 1: ADMISSÃO DO DOENTE NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

- Se o internamento ocorrer entre as 08:00 e as 20:00, o contacto com o familiar identificado far-se-á durante as três horas que precedem o internamento;
- Se o internamento tiver lugar entre as 20:00 e as 8:00, o contacto com o familiar deverá efetuar-se com a maior brevidade, a partir das 8:00.

- Informações a Transmitir:

- Perceber se a pessoa de contacto está a par da situação do doente; é importante garantir o que sabem;
- Informar porque é que é a pessoa de contacto, questionar se aceita ser a pessoa de referência, ou se existe opção por outra pessoa, e explicar que será a pessoa a receber informações sobre o estado do doente;
- Perguntar se aceita a condição de ser o elemento de contacto e, caso afirmativo, informar sobre a evolução do doente, informar nome do médico assistente e horário de informação presencial, definir calendário (horário ajustável) para os próximos contactos, preencher na avaliação inicial e esclarecer dúvidas dentro da sua área de competência.



INSTRUÇÃO DE TRABALHO

**COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA COM
FAMILIA/UIDADOR DO DOENTE INTERNADO**

FASE 2: DURANTE O INTERNAMENTO

- O familiar será contactado de acordo com o calendário acordado, durante todo o período em que o utente estiver internado.

NOTA: na primeira comunicação da fase de internamento, mediante a situação do doente, dever-se-á iniciar a preparação para a alta, tendo em conta a necessidade de referenciação para o Serviço Social.

FASE 3: ALTA

- Momento em que o doente tem alta clínica do serviço. O familiar será contactado através do número da pessoa de referência, ou outro indicado previamente pela família/cuidado, confirmando o que compreendeu.

FASE 4: FOLLOW-UP

- Período posterior à alta clínica do doente, o familiar/cuidador será contactado nas 24 horas seguintes ou no primeiro dia útil, caso o período de contacto incida no fim de semana ou feriado.

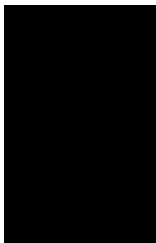
5.3 - ETAPA 3: QUEM COMUNICA

Durante as fases de comunicação do ato de admissão ao internamento, período de internamento e alta, o familiar será contactado pelo enfermeiro responsável pelo utente.

Na fase de follow-up, o familiar poderá ser contactado por qualquer enfermeiro do serviço.


5.4 - ETAPA 4: O QUE SE COMUNICA E COMO SE COMUNICA

O contacto telefónico está no centro do processo, assim todas as etapas devem ser cuidadosamente preparadas: antes do contacto; durante o contacto; após o contacto, de acordo com o ANEXO 1.



INSTRUÇÃO DE TRABALHO

**COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA COM
FAMILIA/CUIDADOR DO DOENTE INTERNADO**

Na garantia da segurança do doente nos processos de transição de cuidado, de acordo com o , o conteúdo da comunicação entre o doente, a família, o prestador de cuidados e os profissionais de saúde é padronizado.

O conteúdo da comunicação deve ser claro, conciso, completo e uniforme, seguindo a metodologia *ISBAR*, ou seja, refere a identificação do profissional e do doente, a situação atual, antecedentes, avaliação e recomendações significativas.

Serve de apoio estratégico o protocolo SPIKES.

Em qualquer uma das fases, deverá o comunicador identificar-se e certificar-se que o seu interlocutor é a pessoa de referência.

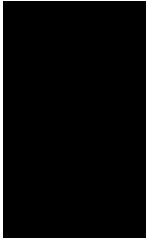
Em caso de solicitação de informação fora do âmbito definido como padrão, o enfermeiro informa o familiar de que a informação clínica tem de ser dada pelo médico.

Na informação ao doente ou família, os enfermeiros devem considerar alguns aspetos fundamentais, nomeadamente:

- Fornecer informação dentro do domínio da sua área de competência profissional;
- Fornecer informação pertinente;
- Fornecer informação ajustada às necessidades e dúvidas dos doentes e respetivos familiares;
- Fornecer conteúdos claros, numa linguagem simples, objetiva e ajustada ao nível de compreensão do recetor;
- Fornecer informação no momento oportuno;
- Certificar-se que as informações transmitidas foram compreendidas.

5.4.1 - ESPECIFICAMENTE NA ALTA

- Informar sobre a situação;
- Informar sobre agendamento de próximos exames complementares e consultas agendadas;
- Recomendações e orientações terapêuticas;
- Informar sobre os sinais de alarme e dos recursos disponíveis em caso de agravamento do estado clínico do utente;
- Definir calendário do contacto de follow-up.



INSTRUÇÃO DE TRABALHO

**COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA COM
FAMILIA/CUIDADOR DO DOENTE INTERNADO**

5.4.2 - NO FOLLOW-UP

- Perguntar ao cuidador sobre a situação atual do utente;
- Perguntar ao cuidador sobre o transporte do doente e dificuldades;
- Questionar sobre documentos entregues (carta de alta para o médico assistente);
- Esclarecimento de dúvidas;
- Orientações terapêuticas e recomendações em relação aos cuidados gerais;
- Relembrar calendário do próximo contacto / consulta;
- Relembrar os recursos disponíveis em caso de agravamento do estado clínico do utente;
- Se necessário contactar médico assistente;
- Mostrar disponibilidade, compromisso e de não abandono.

A avaliação da satisfação com este processo de comunicação é efetuada no follow-up. Para a recolha desta avaliação é solicitada autorização verbal ao interlocutor, e colocar questões se disponibilidade para responder de forma voluntária e informal, quanto ao processo de comunicação:

Numa escala de 1 a 5, em que 5 é concordo totalmente e 1 discordo totalmente:

- Sentiu-se informado?
- Responderam às suas dúvidas?


Numa escala de 1 a 5, em que 5 é totalmente satisfeito e 1 totalmente insatisfeito:

- Como define, em termos de satisfação, a abordagem efetuada pelo enfermeiro?
- Como define, em termos de satisfação, a implementação deste processo?

O processo será encerrado depois do contato de follow-up e as informações registadas.

5.5 - ETAPA 5: CUIDADOS COM A EQUIPA

- Apoiar os profissionais, com ações de formação e aquisição de competências em comunicação de más notícias e no âmbito do autocuidado do profissional.



INSTRUÇÃO DE TRABALHO

**COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA COM
FAMILIA/CUIDADOR DO DOENTE INTERNADO**

6. ANEXOS

ANEXO 1 – PREPARAÇÃO PARA O CONTACTO TELEFÓNICO

ANTES DO CONTACTO:

- Assegurar a condição psicológica do profissional de enfermagem;
- Alocar-se convenientemente;
- Reunir toda a informação sobre a situação do doente, ou alteração da mesma, ou sobre questões pendentes de um contacto anterior;
- Preparar a condução da informação;
- Centrar o atendimento no doente / família: exige que se considerem e respeitem os valores, as crenças, o contexto cultural e as suas expectativas.

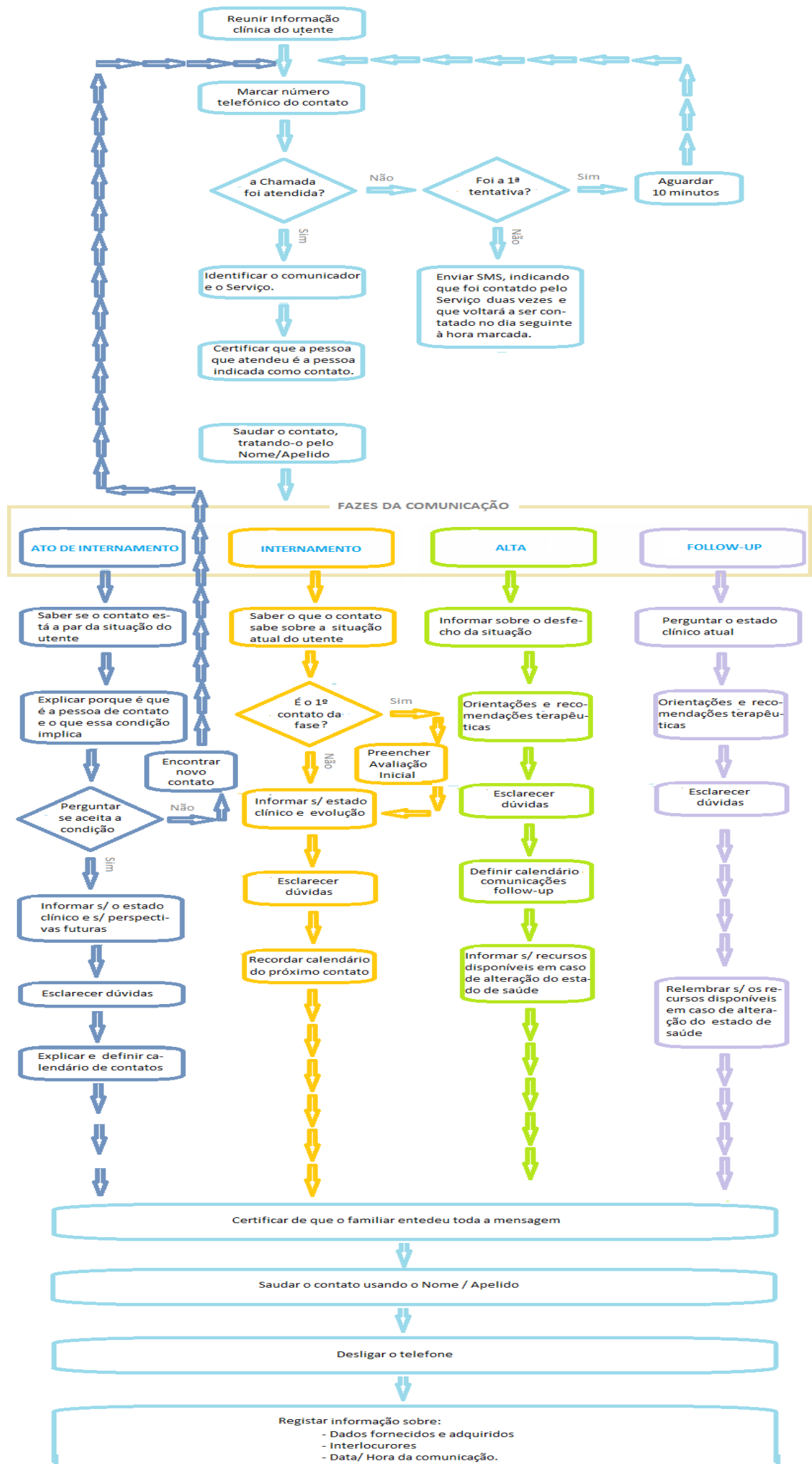
DURANTE O CONTACTO:

- O profissional deve cumprimentar, apresentar-se (nome e função);
- Deve ajustar o seu discurso ao da pessoa (tratá-la pelo nome / apelido);
- Deve ser empático, compreensivo, mas claro;
- Deve ser verdadeiro e consistente na informação;
- Não esconder a gravidade da situação;
- Dar espaço para esclarecimento de dúvidas;
- Dar a informação em pequenas quantidades, frases curtas e claras;
- Esclarecer sobre o funcionamento da instituição;
- Orientar, conforme a necessidade de continuidade de cuidados;
- Recordar calendário do próximo contacto;
- Despedir-se, cordialmente.

APÓS O CONTACTO:

- Deve ser feito um esforço para manter os registos precisos em *S-Clinico*;
- Efetuar registos sobre os dados fornecidos e dados adquiridos;
- Data e hora da comunicação;
- Nova calendarização de contacto.

ANEXO 2 – FLUXOGRAMA



ANEXO 3 – QUADRO – COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA COM A FAMÍLIA / CUIDADOR DO DOENTE INTERNADO

ISBAR	SPIKES	ADMISSÃO no serviço	INTERNAMENTO	ALTA	FOLLOW-UP
IDENTIFICAÇÃO	SETTING <i>preparar o contexto</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar a condição psicológica do profissional de enfermagem; alocar-se convenientemente; - Reunir toda a informação sobre a situação do doente, ou alteração da mesma, ou sobre questões pendentes de um contacto anterior; preparar a condução da informação; - Centrar o atendimento no doente / família: exige que se considerem e respeitem os valores, as crenças, o contexto cultural e as suas expectativas. 			
		<ul style="list-style-type: none"> -Cumprimentar e apresentar-se, função, nome e Serviço. -A pessoa de contato será identificada pelo doente ou a pessoa de contacto será a identificada na admissão ao SU. 	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar a pessoa de referência (nome e apelido) (deverá o comunicador certificar-se que o seu interlocutor é a pessoa de referência) -Cumprimentar e apresentar-se, função, nome e Serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar a pessoa de referência (nome e apelido) -Cumprimentar e apresentar-se, função, nome e Serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar a pessoa de referência (nome e apelido) -Cumprimentar e apresentar-se, função, nome e Serviço.
SITUAÇÃO	PERCEPTION <i>descobrir o que a pessoa já sabe</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Questionar se sabe qual o motivo pelo qual recorreu ao SU e o motivo do internamento. 	<ul style="list-style-type: none"> -Questionar sobre a informação clínica que já possui; -Deve ajustar o seu discurso ao da pessoa. 		
ANTECEDENTES	INVITATION <i>descobrir a que nível a pessoa quer saber</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Obter informação sobre os antecedentes; 	<ul style="list-style-type: none"> -Fornecer informação ajustada às necessidades e dúvidas dos doentes e respetivos familiares; -Fornecer informação no momento oportuno; 		
ATITUDES	KNOWLEDGE <i>partilhar informação</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Explicar que será a pessoa a quem serão dadas [REDACTED] informações sobre o estado do doente; -Informar sobre a evolução do doente; -Informar nome do médico assistente e horário de informação presencial; -Definir calendário para os próximos contactos; -Preencher a avaliação inicial; -Esclarecer dúvidas dentro da sua área de competência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer informação sobre a evolução do doente dentro do domínio da sua área de competência profissional: -Estado de consciência; -Orientação; -Autocuidado: -Alimentação; -Higiene/ pele; -Mobilidade/ levante/marcha -Eliminação; -Sono; e Sinais Vitais <p>Em caso de solicitação de informação fora do âmbito definido como padrão, o enfermeiro informa o familiar de que a informação clínica deve ser dada pelo médico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Informar sobre a situação; informar sobre agendamento de exames complementares e consultas; -Recomendações e orientações terapêuticas; -Informar sobre os sinais de alarme e dos recursos disponíveis em caso de agravamento do estado do doente; 	<ul style="list-style-type: none"> - Perguntar ao cuidador sobre a situação atual do utente; -Esclarecimento de dúvidas; -Orientações terapêuticas e recomendações; -Cuidados gerais e sinais de alarme; -Se necessário orientar para o médico assistente; -Relembrar calendário da próxima consulta.
	EMOTIONS <i>responder às reações da pessoa</i>	<ul style="list-style-type: none"> Deve ser empático, compreensivo, mas claro, 	<ul style="list-style-type: none"> -Deve ser verdadeiro e consistente na informação; -Não esconder a gravidade da situação; -Dar a informação em pequenas quantidades, frases curtas e claras. 	<ul style="list-style-type: none"> -Deve ser empático, compreensivo, mas claro; -Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> Mostrar disponibilidade, compromisso e de não abandono.
RECOMENDAÇÕES	STRATEGY <i>planear o seguimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Orientar, conforme a necessidade de continuidade de cuidados (referenciar para serviço social ou de nutrição). 	<ul style="list-style-type: none"> -Certificar-se que as informações transmitidas foram compreendidas; - Dar espaço para esclarecimento de dúvidas- Recordar calendário do próximo contacto 	<ul style="list-style-type: none"> -Definir calendário do contacto de follow-up. 	<ul style="list-style-type: none"> Relembrar os recursos disponíveis em caso de agravamento do estado do doente.

-Despedir-se cordialmente.

-Após contacto: - Manter registo preciso em *S-Clinico* sobre os dados fornecidos e adquiridos; Data e hora da comunicação e do novo contacto.

-O processo será encerrado depois do contacto de follow-up.

APÊNDICE VII – Questionário de Avaliação da Implementação do Protocolo de
Comunicação

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro(a) Colega,

Eu, Ana Cristina da Silva Monteiro Rodrigues , estudante nº 5210031 do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Leiria, e Enfermeira a exercer funções no Serviço de Medicina [REDACTED] do Centro Hospitalar de [REDACTED] venho solicitar a sua colaboração na realização deste trabalho de investigação, intitulado, “A Comunicação com a Família da Pessoa em Situação Crítica: Intervenção Especializada de Enfermagem Médico - Cirúrgica”, sob a orientação do Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte.

O desenvolvimento de estratégias e a implementação de medidas como melhoria da qualidade dos cuidados enquadra-se no âmbito das competências do enfermeiro especialista. É uma constatação diária na realidade de um serviço de internamento de Medicina Interna, a inevitável dispersão da informação pelas inúmeras solicitações e telefonemas diários efetuados pelos familiares, facto que, revela a não satisfação pela informação obtida, para além de produzirem desgaste nos enfermeiros. Neste projeto de melhoria contínua da qualidade, procedeu-se à implementação do protocolo de comunicação elaborado, onde se redefiniu a prática diária dos enfermeiros do Serviço de Medicina Interna, na forma como se proporciona informação à família, objetivando incrementar a sua confiança e satisfação, bem como a otimização do tempo da equipa de Enfermagem.

Para a concretização da investigação, solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário. A aplicação deste instrumento tem como objetivo principal, avaliar a implementação do protocolo de comunicação / informação ao familiar da pessoa em situação crítica através do telefone.

O instrumento é constituído por duas partes: caracterização sociodemográfica, académica e profissional dos participantes, e opinião dos profissionais face à implementação do protocolo de comunicação. O preenchimento do questionário tem uma duração estimada de 5 minutos.

Os dados recolhidos serão tratados com confidencialidade e anonimato, sendo destinados exclusivamente ao estudo em causa. O acesso aos dados será efetuado apenas pelos investigadores do estudo. Se em qualquer momento quiser desistir da participação do mesmo poderá fazê-lo sem qualquer tipo de implicação.

Agradeço desde já a sua colaboração, Ana Monteiro.

QUESTIONÁRIO

Declaro ter lido e compreendido as informações enunciadas. Aceito participar nesta investigação, através do preenchimento deste questionário, permitindo a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço. A confidencialidade e anonimato serão mantidos.

- Aceito participar
- Não aceito participar

Parte I – Caracterização Sociodemográfica, Académica e Profissional do Participante

1. Género:

- Feminino
- Masculino

2. Idade: ____ anos

3. Habilitações Académicas:

- Licenciado
- Pós-graduado
- Mestrado
- Doutoramento
- Especialista

4. Categoria Profissional:

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Gestor

5. Tempo de exercício profissional: ____ anos

6. Tempo de exercício de funções no Serviço de Medicina: ____ anos

Parte II – Opinião dos profissionais face à implementação do protocolo de comunicação

7. Durante a implementação do Protocolo, quantas chamadas realizou?

____ chamadas

8. Qual foi o tempo médio das chamadas realizadas?

____ minutos

9. Quanto ao protocolo implementado:	Discordo totalmente	Discordo	Não tenho opinião	Concordo	Concordo totalmente
Foi fácil de utilizar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foi pertinente na recolha e transmissão de informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganhei tempo em relação ao processo tradicional (ser o familiar a contatar o Serviço)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permitiu-me uma maior confiança na comunicação com o familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Melhorou a cordialidade da comunicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incrementou a interação e a satisfação por parte do familiar PSC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foi importante para a melhoria da comunicação entre o enfermeiro e a família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Quanto ao grau de satisfação com a comunicação telefónica:

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Não tenho opinião	Satisfeito	Muito satisfeito
Enquanto profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que perceção teve em relação ao familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relativamente ao tempo despendido com a chamada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Quanto à quantidade e qualidade dos recursos disponíveis:

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Não tenho opinião	Satisfeito	Muito satisfeito
Recursos Humanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recursos Materiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Sugestões para melhoria do processo:

Grata pela sua colaboração,

Ana Monteiro

APÊNDICE VIII – Questionário ao Familiar / Cuidador

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Exmo. Senhor / Senhora, Familiar/ Cuidador

Eu, Ana Cristina da Silva Monteiro Rodrigues , estudante nº 5210031 do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Leiria, e Enfermeira a exercer funções no Serviço de Medicina ██████████ do Centro Hospitalar ██████████ venho solicitar a sua colaboração na realização deste trabalho de investigação, intitulado, “A Comunicação com a Família da Pessoa em Situação Crítica: Intervenção Especializada de Enfermagem Médico - Cirúrgica”, sob a orientação do Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte.

É uma constatação diária na realidade de um serviço de internamento de Medicina Interna, a inevitável dispersão da informação pelas inúmeras solicitações e telefonemas diários efetuados pelos familiares, facto que, revela a não satisfação pela informação obtida, para além de produzirem desgaste nos enfermeiros. Neste projeto de melhoria continua da qualidade, pretende-se implementar um protocolo de comunicação estruturado, onde se redefine a prática diária dos enfermeiros do Serviço de Medicina Interna, na forma como se proporciona informação à família, objetivando incrementar a sua confiança e satisfação, bem como a otimização do tempo da equipa de Enfermagem.

Para a concretização da investigação, solicito a sua colaboração e o seu valioso contributo para a análise deste processo de comunicação, “**Comunicação estruturada à família/ cuidador do doente internado**”, respondendo a um curto questionário após a alta do seu familiar. Os dados recolhidos serão tratados com confidencialidade e anonimato, sendo destinados exclusivamente ao estudo em causa. O acesso aos dados será efetuado apenas pelos investigadores do estudo. Se em qualquer momento quiser desistir da participação do mesmo poderá fazê-lo sem qualquer tipo de implicação.

Agradeço desde já a sua colaboração,

Enf.^a Ana Monteiro

Declaro ter lido e compreendido as informações enunciadas. Aceito participar nesta investigação, através das respostas a um curto questionário, a efetuar após a alta do meu familiar, permitindo a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço.

A confidencialidade e o anonimato serão mantidos.

- Aceito participar
 - Não aceito participar
-

Questionário:

1- Numa escala de 1 a 5, em que 5 é concordo totalmente e 1 discordo totalmente:

- **Quanto ao processo de comunicação / informação:**

	Discordo totalmente	Discordo	Não tenho opinião	Concordo	Concordo totalmente
Sentiu-se informado?					
Responderam às suas dúvidas?					

2- Numa escala de 1 a 5, em que 5 é muito satisfeito e 1 muito insatisfeito:

- **Como considera o seu grau de satisfação relativamente à:**

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não tenho opinião	Satisfeito	Muito Satisfeito
-Abordagem efetuada pelo enfermeiro					
-Implementação deste processo					

Sugestões:

ANEXOS

ANEXO I – Pareceres da Comissão de Ética

[REDACTED]

Comissão de Ética

Ref. CE – Nº 4/23

Exma. Senhora

Enf.ª Ana Cristina da Silva Monteiro Rodrigues

Serviço de Medicina Interna, [REDACTED]

Centro Hospitalar [REDACTED]

Leiria, 17 de janeiro de 2023

Assunto: Trabalho Académico - A comunicação com a Família da pessoa em Situação Crítica: Intervenção Especializada de Enfermagem Médico-cirúrgica

A Comissão de Ética do Centro Hospitalar [REDACTED] vem por este meio informar V. Exa., do parecer da reunião desta Comissão realizada dia 05.01.2023 e enviado ao Gabinete de Apoio Técnico do Centro de Investigação Clínica, sobre o estudo mencionado em epígrafe:

- Foi rececionado nesta Comissão um pedido de parecer submetido pela Enf.ª Ana Cristina da Silva Monteiro Rodrigues, a exercer funções no Serviço de Medicina Interna, [REDACTED] para realização de um trabalho académico, no âmbito do seu Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei-IPLeiria), intitulado "A comunicação com a Família da pessoa em Situação Crítica: Intervenção Especializada de Enfermagem Médico-cirúrgica". Este estudo será para realizar no Serviço de Medicina Interna, [REDACTED] tendo como investigadora principal a proponente. Após análise do estudo, esta Comissão nada tem a opor à sua realização.

Mais se informa, que este estudo carece de autorização por parte do Conselho de Administração.

Sem outro assunto de momento

Com os melhores cumprimentos,

[REDACTED]

Presidente

Centro Hospitalar de Leiria Accredited by
Joint Commission International



[REDACTED]

Exma. Senhora

Enf.ª Ana Cristina da Silva Monteiro Rodrigues

Medicina Interna, [REDACTED]

Centro Hospitalar [REDACTED]

Parecer 37/CECHL/2023
Comissão de Ética do Centro Hospitalar [REDACTED]

Parecer: 37/CECHL/2023

Título do Projeto/Estudo: Adenda nº 1 ao trabalho académico - A comunicação com a Família da pessoa em Situação Crítica: Intervenção Especializada de Enfermagem Médico-cirúrgica

Investigador Principal: Enf.ª Ana Cristina da Silva Monteiro Rodrigues

Parecer:

Favorável

Rejeitado

Outros

Observações: Esta adenda tem como objetivo: acrescentar como população ou amostra, cerca de 10 a 15 familiares/cuidadores, aos quais foram fornecidas informações sob o processo projetado neste protocolo, durante o período de estudo, de forma a avaliar a satisfação quanto à informação e o processo.

Deliberado em reunião plenária da Comissão de Ética de 24 de maio de 2023, por unanimidade dos membros presentes. Mais se informa, que esta alteração carece de autorização por parte do Conselho de Administração.

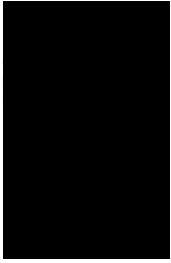
Leiria, 07 de junho de 2023

[REDACTED]

Presidente da Comissão de Ética

[REDACTED]





CA

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar [REDACTED] E.P.E. Conselho de Administração

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

CI - Centro de Investigação
Ref.º 53/2023

Leiria, 21 de Junho de 2023

Assunto: Adenda nº.1 ao estudo de grau académico, no âmbito do seu Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Leiria do Politécnico de Leiria (ESSLei-IPL), intitulado “A Comunicação com a Família da pessoa em Situação Crítica: Intervenção Especializada em Enfermagem Médico-cirúrgica, submetido pela Enf.ª Ana Cristina Monteiro Rodrigues.

Esta adenda tem como objetivos:

1. Acrescentar como população ou amostra cerca de 10 a 15 familiares/cuidadores aos quais forem fornecidas informações sob o processo projetado neste protocolo, durante o período de estudo, de forma a avaliar a satisfação quanto à informação e o processo.

Mais se informa que o presente estudo obteve o parecer favorável pela Comissão de Ética, de acordo com a Ata n.º 01 de 2023.01.05.

Esta adenda obteve o parecer favorável pela Comissão de Ética, de acordo com a Ata n.º 05 de 2023.05.24. Neste sentido, submete-se o pedido anexo para decisão final do Conselho de Administração.

Com os melhores cumprimentos,

O COORDENADOR DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO

[Handwritten signature]

Recibido 2023.06.22 [Handwritten initials]

ORIGINAL C. INVESTIGAÇÃO 2023.06.29 [Handwritten initials]

