

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

CONHECIMENTO E DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS SOBRE AS PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO

Juliana Raquel da Silva Coelho

Relatório Final De Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Orientação Científica: Professora Doutora Maria Gorete de Jesus Baptista

Maio de 2026

Coelho, JRS. (2026). Conhecimento e dificuldades dos enfermeiros sobre as precauções básicas de controlo de infeção. Relatório Final De Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.

DEDICATÓRIA

À minha avó Maria, que será sempre a minha luz, esteja onde estiver.

“I wish you were here...”

AGRADECIMENTOS

Torna-se essencial reconhecer e agradecer a todos aqueles que, de forma significativa, contribuíram para a realização deste percurso académico e pessoal.

Ao Pedro, que pacientemente esteve sempre ao meu lado, sendo a minha voz da razão e o meu maior impulsionador em todas as conquistas.

À minha família.

Aos meus amigos, em especial ao Fábio, ao Sérgio e à Sónia, que foram tantas vezes o meu suporte durante este caminho. Obrigada por todos os momentos vividos, por todas as horas passadas, que tornaram esta jornada inesquecível.

À minha orientadora, Professora Doutora Gorete Batista, por toda a disponibilidade, incentivo, apoio e exigência. Obrigada por tudo e pela forma exímia com que sempre comunicou comigo, demonstrando que a comunicação é a base de tudo.

Aos demais professores, por todas as aprendizagens proporcionadas.

A todos os meus colegas do mestrado.

A todos os meus colegas de trabalho, especialmente à minha Equipa por todo o apoio e ânimo, todos os dias.

Ao meu Enfermeiro Gestor, Enfermeiro Marco Sousa, por todo o apoio e incentivo durante este percurso.

Aos meus orientadores de estágio, pela paciência e pela transmissão de conhecimento.

O meu sincero obrigada.

RESUMO

Enquadramento: A pessoa em situação crítica apresenta um elevado grau de vulnerabilidade, exigindo cuidados diferenciados e uma vigilância contínua por parte dos profissionais de saúde. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados seguros e baseados na evidência, contribui para a prevenção de complicações, gestão da instabilidade clínica e promoção da qualidade dos cuidados. Paralelamente, as infeções associadas aos cuidados de saúde constituem um problema relevante de segurança do doente e as precauções básicas de controlo de infeção são uma das principais estratégias para a sua prevenção.

Objetivos: Este relatório tem como objetivo analisar o desenvolvimento das competências, comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, ao longo dos três estágios. Adicionalmente, foi realizado um estudo de investigação que visa analisar o conhecimento, as perceções e os fatores condicionantes que influenciam a adesão dos enfermeiros às PBCI.

Métodos: O percurso nos três locais de estágio incluiu a realização de 750 horas em diferentes contextos: Serviço de Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos, Serviço de Medicina Intensiva e Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica. O desenvolvimento das competências realizou-se através de reflexão crítica sustentada na evidência e nos referenciais da Ordem dos Enfermeiros. Paralelamente, foi realizado um estudo de investigação de natureza quantitativa, descritiva, correlacional e transversal, dirigido a enfermeiros de um serviço de urgência, com o objetivo de analisar o nível de conhecimento, as perceções e os fatores condicionantes que influenciam a adesão dos enfermeiros às PBCI no Serviço de Urgência de uma Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal.

Resultados: O percurso de estágio permitiu-me desenvolver competências nas três áreas específicas da especialidade médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. A participação em projetos de melhoria contínua, auditorias e atividades formativas contribuiu para a consolidação da prática baseada na evidência e para o desenvolvimento das competências. Os resultados do estudo de investigação evidenciaram a existência de algumas lacunas de conhecimento e dificuldades na adesão das precauções básicas de

controlo de infeção, o que reforça a importância da formação contínua e da sensibilização dos enfermeiros para esta temática.

Conclusão: O percurso desenvolvido ao longo do estágio revelou-se fundamental para a aquisição e consolidação de competências especializadas na área da enfermagem à pessoa em situação crítica. A integração entre prática clínica, reflexão crítica e produção de conhecimento científico contribuiu para o desenvolvimento de uma prática profissional mais autónoma, segura e fundamentada. Os resultados obtidos reforçam a importância da formação contínua e da implementação de estratégias institucionais que promovam a adesão às boas práticas de controlo de infeção e contribuam para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

ABSTRACT

Background: Critically ill patients present a high degree of vulnerability, requiring specialised care and continuous monitoring by healthcare professionals. The specialist nurse in medical-surgical nursing in the area of critically ill patients plays a fundamental role in providing safe, evidence-based care, contributing to the prevention of complications, management of clinical instability and promotion of quality care. At the same time, healthcare-associated infections represent a significant patient safety issue, and standard infection control precautions are one of the main strategies for their prevention.

Objectives: This report aims to analyse the development of the common and specific competencies of the specialist nurse in medical-surgical nursing in the area of critical care, throughout the three clinical placements. Additionally, a research study was conducted to analyse the knowledge, perceptions, and conditioning factors that influence nurses' adherence to basic infection control precautions.

Methods: The pathway across the three clinical placement settings included 750 hours in different contexts: the Infection Control and Antimicrobial Resistance Service, the Intensive Care Medicine Service and the Medical-Surgical Emergency Department. Competency development took place through critical reflection supported by evidence and by the guidelines of the Portuguese Nurses' Association. In parallel, a quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional research study was conducted, targeting nurses working in an emergency department, with the aim of analysing the level of knowledge, perceptions and conditioning factors that influence nurses' adherence to standard infection control precautions in the Emergency Department of a Local Health Unit in North of Portugal.

Results: The clinical placement pathway enabled me to develop competencies in the three specific areas of the medical-surgical specialty in the field of critically ill patients. Participation in continuous improvement projects, audits and training activities contributed to the consolidation of evidence-based practice and to competency development. The results of the research study showed the existence of some knowledge gaps and difficulties in adherence to standard infection control precautions, reinforcing the importance of continuous training and raising nurses' awareness of this topic.

Conclusion: The pathway developed throughout the clinical placements proved to be fundamental for the acquisition and consolidation of specialised competencies in nursing care for critically ill patients. The integration of clinical practice, critical reflection and the production of scientific knowledge contributed to the development of a more autonomous, safe and evidence-based professional practice. The results obtained reinforce the importance of continuous training and the implementation of institutional strategies that promote adherence to good infection control practices and contribute to improving the quality and safety of healthcare.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DAV – Diretiva Antecipada de Vontade

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEIH – Equipa de Emergência Inter-Hospitalar

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

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

HPH – Hospital Pedro Hispano

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICS-ACVC – Infecção da Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central

IGQE – Índice Global de Qualidade das Estruturas

IGQP – Índice Global de Qualidade do Processo

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

ITU-AC – Infecção do Trato Urinário Associada a Cateter

OBS – Observação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

MEI - Microrganismos Epidemiologicamente Importantes

PAPA – Programa de Apoio à Prescrição Antimicrobiana

PAVI – Pneumonia Associada à Ventilação Invasiva

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RAM – Resistência aos Antimicrobianos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SCIRA – Serviço de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

SE – Sala de Emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPICI – Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos
SU – Serviço de Urgência
SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirurgico
TAS – Técnicos Auxiliares de Saúde
TCPL - Técnico de Cardiopneumologia
ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos
URDM – Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos
USF – Unidade Saúde Familiar
VE – Vigilância Epidemiológica
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva
VNI – Ventilação Não-Invasiva
VV – Via Verde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	16
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO.....	17
1.1. Serviço de Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos	17
1.2. Serviço de Medicina Intensiva.....	19
1.3. Serviço de Urgência Médico Cirúrgico	21
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO.....	25
2.1. Desenvolvimento de competências comuns do enfermeiros especialistas..	26
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	26
2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	29
2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	32
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	34
2.2. Desenvolvimento de competências específicas em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica	35
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	36
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	42
2.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica ⁴³	
PARTE II – CONHECIMENTO E DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS SOBRE AS PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO	47
SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
APÊNDICES E ANEXOS.....	75
Apêndice I – Relatório da Vigilância Epidemiológica.....	76
Apêndice II – Processo de auditoria e o SU	78
Apêndice III – PAPA e Gestão de Risco.....	83

Apêndice IV – Visita à Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos ...	86
Apêndice V - Visita aos Cuidados de Saúde Primários	91
Apêndice VI - Visita à instituição, demonstração de circuitos de limpos e sujos e auditoria às precauções de isolamentos.....	93
Apêndice VII – Sinaléticas “Diminui o Ruído”	95
Apêndice VIII - Sinalética “Colocação e remoção do EPI”	96
Apêndice IX – Manual de acolhimento e integração SUMC	97
Apêndice X – Plano de formação no SU do “Manual de acolhimento e integração SUMC”	109
Apêndice XI – Instrumento de Recolha de Dados	111
Anexo I – “O Meu Diário Dos Cuidados Intensivos”	118
Anexo II – Certificado E-Poster “Conhecimento e dificuldades dos enfermeiros sobre as precauções básicas de controlo de infeção”	119
Anexo III – E-Poster “Conhecimento e dificuldades dos enfermeiros sobre as precauções básicas de controlo de infeção”	120
Anexo IV - Email de aceitação para produção do artigo científico.....	121

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 – Adesão às PBCI: estratégias de promoção e barreiras percebidas	58
Tabela 2 - Pontuação no nível de conhecimento sobre PBCI segundo o tempo de experiência (ANOVA).....	60
Tabela 3 – Frequência de respostas corretas sobre PBCI consoante tempo de experiência como enfermeiro (testes de Qui-Quadrado de Pearson).....	60
Tabela 4 – Pontuação no nível de conhecimento sobre PBCI consoante formação académica em enfermagem (teste 1-way ANOVA).....	61
Tabela 5 – Frequência de respostas corretas sobre PBCI consoante formação académica em enfermagem (testes de Qui-Quadrado de Pearson)	61
Tabela 6 – Pontuação no nível de conhecimento sobre PBCI consoante frequência de algum curso no âmbito de controlo de infeção (teste 1-way ANOVA)	62
Tabela 7 – Frequência de respostas corretas sobre PBCI consoante frequência de algum curso no âmbito de controlo de infeção (testes de Qui-Quadrado de Pearson).....	62

INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) constitui um desafio permanente para os profissionais de saúde, exige elevados níveis de conhecimento, competências técnicas diferenciadas e capacidade de tomada de decisão em contextos de elevada complexidade clínica.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2021) a PSC caracteriza-se pela presença ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e necessita, frequentemente, de monitorização contínua e de intervenções terapêuticas avançadas, com o objetivo de garantir a estabilidade fisiológica, prevenir complicações e promover a recuperação funcional.

Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na área PSC assume um papel determinante na prestação de cuidados qualificados ao mobilizar conhecimentos científicos, competências técnicas e capacidades relacionais que permitem responder de forma eficaz às necessidades complexas da PSC e da sua família. A prática especializada exige, assim, a integração de diferentes dimensões do cuidado, nomeadamente a avaliação clínica, a gestão da instabilidade hemodinâmica, a prevenção de complicações e a promoção da segurança e qualidade dos cuidados.

O presente Relatório Final de Estágio Profissional insere-se no plano de estudos do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EMCPSC), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, no âmbito da unidade curricular Estágio I e II e tem como finalidade a obtenção do grau de Mestre e do título de Enfermeiro Especialista (EE) em EMCPSC.

O percurso formativo contemplou a realização de 750 horas de estágio, decorridas entre 5 de maio de 2025 e 13 de fevereiro de 2026, em três unidades orgânicas pertencentes à mesma Unidade Local de Saúde: o Serviço de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (SCIRA), o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC). Estes contextos proporcionaram experiências clínicas distintas e complementares, o que permitiu o desenvolvimento progressivo de competências especializadas na prestação de cuidados à PSC.

Durante o período de estágio foram definidos objetivos gerais, transversais aos três locais, que visaram promover a integração na equipa multidisciplinar, o

desenvolvimento de competências clínicas avançadas e a contribuição para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.

O percurso desenvolvido permitiu evidenciar o desenvolvimento das competências comuns do EE, organizadas nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como das competências específicas do EE em EMCPS.

Paralelamente à componente prática do estágio, foi desenvolvido um estudo de investigação intitulado “Conhecimento e dificuldades dos enfermeiros sobre as precauções básicas de controlo de infeção”, que teve como objetivo analisar o nível de conhecimento, as perceções e os fatores condicionantes que influenciam a adesão dos enfermeiros às PBCI no Serviço de Urgência. A pertinência desta temática decorre da relevância das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) enquanto problema de segurança do doente e as PBCI como uma das principais estratégias para a sua prevenção e controlo.

Estruturalmente, o relatório encontra-se organizado em duas partes principais. A primeira parte corresponde ao relatório de estágio, no qual se procede à caracterização dos contextos clínicos e à análise reflexiva do desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE. A segunda parte integra o artigo de investigação, desenvolvido no âmbito do percurso formativo, já aceite para publicação na revista científica *Millenium*.

Deste modo, o presente relatório pretende evidenciar o percurso de desenvolvimento profissional realizado, demonstra a aquisição e consolidação de competências especializadas, bem como a capacidade de integrar conhecimento científico, reflexão crítica e prática clínica na prestação de cuidados à PSC.

**PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM
ENFERMAGEM**

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O percurso formativo do EE ultrapassa a dimensão teórica, exigindo a realização de estágios e a respetiva elaboração do relatório final conforme surgem inseridos no ciclo de estudos dos Mestrados em Enfermagem. De acordo com a OE (2021), esta modalidade (realização de estágio em contexto profissional e elaboração do respetivo relatório final) é a que melhor permite a prossecução dos objetivos de aprendizagem e aquisição de competências exigidas ao EE. Os estágios possibilitam a aplicação prática dos conhecimentos, favorecendo a aprendizagem e a sua consolidação no contexto real dos cuidados.

No decorrer do estágio foram definidos objetivos gerais, transversais aos três campos, com o propósito de ajudar a aquisição e desenvolvimento de competências nesta área de especialização. Dirigindo aos locais onde cada estágio foi desenvolvido, foram delineados objetivos específicos com atividades que permitiram atingi-los.

Os objetivos definidos visam ir de encontro ao preconizado pela OE como competências do EE na área da PSC.

Assim, os objetivos gerais definidos foram:

- Demonstrar e desenvolver capacidade para aplicar, transmitir e discutir conhecimentos relacionados com a área de especialização;
- Integrar a equipa multidisciplinar do SCIRA, do SMI e do SU;
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade nas unidades orgânicas local de estágio.

Seguidamente, apresentam-se os contextos clínicos onde decorreram os estágios, com a respetiva caracterização.

1.1. Serviço de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

O SCIRA localiza-se fisicamente no piso -1 do Hospital Pedro Hispano (HPH) e abrange todos os serviços desta unidade hospitalar, bem como os Cuidados de Saúde Primários (CSP). Estruturalmente, o serviço dispõe de um espaço físico reduzido, constituído por uma sala de trabalho onde exercem funções três enfermeiras e um médico; um corredor com bibliografia disponível para consulta; uma sala que funciona simultaneamente como sala de reuniões e gabinete, onde também se encontra a médica; e um gabinete destinado à assistente técnica.

Os recursos humanos que integram o SCIRA são o diretor de serviço, o enfermeiro gestor do serviço, um médico com competência em controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos, dois enfermeiros direcionados para os cuidados hospitalares, um enfermeiro direcionado para os CSP e uma assistente técnica. Integram ainda esta estrutura profissionais de outros serviços com horas alocadas ao SCIRA (médico e enfermeiro), os elos de ligação das unidades do hospital e dos CSP de Matosinhos (um elo médico, um elo enfermeiro e um elo Técnico Auxiliar de Saúde (TAS)) e os elementos que constituem o grupo do Programa de Apoio à Prescrição Antimicrobiana (PAPA) (Regulamento Interno do SCIRA). Os elos de ligação promovem a formação em serviço, acompanham os indicadores epidemiológicos e incentivam a notificação de incidentes, contribuindo para o desenvolvimento de uma cultura de segurança e qualidade na prestação de cuidados de saúde.

De acordo com o Regulamento Interno do serviço, todos os profissionais trabalham para atingir os objetivos preconizados pelo SCIRA: a redução da incidência de IACS, a promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com Resistência aos Antimicrobianos (RAM). Estes objetivos são alcançados através de quatro áreas de intervenção: vigilância epidemiológica (VE) de processo, estrutura e resultado; elaboração e monitorização de normas e recomendações de boas práticas; formação e informação dirigidas a profissionais, utentes e visitas; e atividades de consultadoria e apoio.

Durante o estágio no SCIRA colaborei em diversas atividades no âmbito da VE (retrospectiva, em tempo real e prospetiva) (Apêndice I). Sob supervisão da enfermeira especialista, realizei ainda a auditoria interna ao Serviço de Urgência (SU) relativa às PBCI de 2025 (Apêndice II). Tive também oportunidade de aprofundar conhecimentos através da observação e da formação proporcionada no serviço relativamente ao PAPA, bem como realizar uma visita ao Serviço de Gestão de Risco (Apêndice III). Realizei ainda visitas à Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos (URDM) (Apêndice IX) e a uma unidade de CSP (Apêndice X). Adicionalmente, participei numa visita acompanhada a um serviço de cirurgia do HPH, com demonstração dos circuitos limpos e sujos, e a realização de uma auditoria às precauções de isolamento (Apêndice XI).

Para cada atividade desenvolvida foi elaborado um relatório descritivo e reflexivo. Este contexto permitiu-me contactar com a dimensão organizacional da segurança do

doente e compreender os processos estruturantes associados à qualidade dos cuidados prestados.

1.2. Serviço de Medicina Intensiva

O SMI, localizado no HPH, é um serviço clínico da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) que se caracteriza como uma unidade de cuidados intensivos polivalente de nível II e III, destinada ao tratamento de doentes em falência ou em risco iminente de falência multiorgânica. Enquanto unidade diferenciada de um hospital distrital, estabelece articulação superior com a Unidade Local de Saúde São João e com a Unidade Local de Saúde Santo António, e articulação inferior com a Unidade Local de Saúde Póvoa de Varzim / Vila do Conde, garantindo a continuidade e complementaridade dos cuidados.

Conta com o apoio de múltiplas especialidades médicas e permite o tratamento médico-cirúrgico de diversas áreas, excetuando neurocirurgia, cirurgia cardiotorácica e cirurgia vascular. Nestas situações, o tratamento deverá ocorrer, numa fase inicial, nos hospitais com os quais se articula superiormente, podendo posteriormente os doentes ser admitidos nesta unidade para continuação de cuidados.

Sendo o HPH o único hospital do Serviço Nacional de Saúde a dispor de uma unidade de Medicina Hiperbárica, o SMI admite doentes críticos provenientes de todo o país que necessitem de tratamento com oxigenoterapia hiperbárica.

Para além das áreas de internamento, o serviço dispõe de área administrativa, gabinetes de apoio, áreas técnicas, sala de banho assistido, salas de armazenamento de medicação e sala da família, que se encontram fora do circuito do doente. Todas as camas dispõem de monitorização hemodinâmica contínua e estão conectadas a uma central de telemetria (presente num local estrategicamente escolhido para ser visível a todos os profissionais), estando igualmente preparadas para suporte ventilatório, incluindo ventilação mecânica invasiva.

A referenciação de doentes para o SMI pode ocorrer por via intra-hospitalar ou inter-hospitalar, mantendo a equipa uma estreita colaboração com os diferentes serviços da instituição, particularmente com o SU, nomeadamente com a SE, bem como com os restantes serviços.

Relativamente à capacidade clínica, a unidade dispõe de 21 camas, das quais 14 se encontram atualmente ativas. Das 16 unidades fechadas, 13 apresentam pressão

negativa e 2 dispõem de pressão negativa/positiva, permitindo o isolamento de proteção máxima. O rácio enfermeiro/doente é, no máximo, de 1 enfermeiro para 2 doentes, organizando-se o trabalho em três turnos (manhã, tarde e noite). Para além dos enfermeiros em prestação direta de cuidados, a equipa integra um enfermeiro responsável de turno (enfermeiro especialista), o Enfermeiro Referência e a Enfermeira Gestora. O enfermeiro responsável de turno substitui a Enfermeira Gestora e o Enfermeiro Referência na sua ausência e assegura ainda funções na Equipa de Emergência Intra-Hospitalar (EEIH). Nos turnos da manhã e da tarde encontra-se também presente um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (num total de três enfermeiros na equipa).

A equipa de enfermagem do SMI, responsável pela prestação de cuidados diretos ao doente, é composta por 44 enfermeiros, dos quais 15 são do sexo masculino (34%) e 29 do sexo feminino (66%). No que respeita à qualificação profissional, e considerando o título de EE atribuído pela OE, 17 enfermeiros (38,7%) são EEEMC e 2 (4,5%) em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP). Os restantes elementos da equipa, correspondendo a 25 enfermeiros (56,9%), são enfermeiros generalistas. Os EE encontram-se distribuídos pelas cinco equipas existentes.

De acordo com o parecer da OE (2018) relativo às dotações seguras, é recomendado que 50% dos enfermeiros das unidades de cuidados intensivos sejam detentores do título de EEEMC, preferencialmente com competência na área da PSC e formação em Suporte Avançado de Vida (SAV). Estes profissionais deverão assegurar presença permanente ao longo das 24 horas, assumindo funções de gestão, coordenação e responsabilidade de turno, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados prestados, como já se verifica na organização funcional do SMI. Contudo, constatou-se que a equipa de enfermagem não atinge ainda o rácio preconizado pela OE, sendo constituída apenas por 38,7% de EEEMC. Importa, no entanto, salientar que um número significativo de profissionais se encontrava em processo de formação conducente à obtenção do título de especialista nesta área, o que poderá contribuir, a curto ou médio prazo, para o cumprimento da recomendação estabelecida.

A transmissão de informação associada aos cuidados de saúde no SMI segue a metodologia ISBAR e encontra-se dividida em dois momentos: o briefing com toda a equipa e, posteriormente, a passagem de turno integral efetuada à junto de cada doente. Entre o momento do briefing da equipa e a passagem de turno individualizada é realizado um briefing de segurança, onde são partilhadas informações clínicas relevantes sobre os

doentes, como alergias medicamentosas, situações de via aérea difícil ou necessidades de isolamento. De acordo com Ryan et al. (2019), a realização destes momentos de comunicação estruturada permitem uma melhor identificação de situações de risco.

No serviço é também valorizada a melhoria contínua da qualidade e a segurança do doente. Para esse efeito, as equipas de enfermagem organizam-se em grupos de trabalho responsáveis pelo desenvolvimento de projetos em diferentes áreas, nomeadamente analgesia, sedação e delírio; consultas de follow-up; enfermagem baseada na evidência; *mindfulness*; notificação de eventos adversos; curso multidisciplinar de higienização das mãos; comunicação eficaz na transição de cuidados; infeções do trato urinário; pneumonia associada à ventilação; humanização dos cuidados (Projeto HU-CI); práticas seguras na administração da medicação; comunicação à cabeceira do doente, entre outros.

1.3. Serviço de Urgência Médico Cirúrgico

O SUMC integra a ULSM e presta cuidados hospitalares diretos à população adulta residente no concelho de Matosinhos, bem como cuidados hospitalares de referência às populações dos concelhos de Vila do Conde e da Póvoa de Varzim.

Trata-se de um serviço com funcionamento permanente, assegurando resposta assistencial 24 horas por dia e constitui o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência e emergência. Enquanto unidade diferenciada de um hospital distrital, o SUMC dispõe de diversas valências clínicas, nomeadamente medicina interna, cirurgia, cuidados intermédios e intensivos, ortopedia e obstetrícia, bem como dos serviços de apoio necessários à articulação com níveis diferenciados de cuidados. A articulação a um nível superior é assegurada com o SU polivalente dos hospitais da Unidade Local de Saúde São João e da Unidade Local de Saúde Santo António, enquanto a articulação a um nível inferior se concretiza com o Serviço de Urgência Básica do hospital da Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim / Vila do Conde, sobretudo nas áreas de nefrologia, cardiologia, unidade de cuidados intermédios e serviço de medicina intensiva.

O SU do HPH localiza-se no piso -1 desta unidade hospitalar, ocupando uma área significativa desse piso, organizada em áreas clínicas e áreas administrativas e de apoio.

As áreas clínicas subdividem-se fundamentalmente em:

- Área de Triagem, com capacidade para funcionamento simultâneo de dois postos de triagem:

- Relativamente às Vias Verdes (VV) existentes no SUMC, destacam-se a VV Acidente Vascular Cerebral (VV AVC), a VV Trauma e a VV Coronária. As duas primeiras implicam encaminhamento direto para a sala de emergência. No caso da VV coronária, o encaminhamento para este espaço depende da avaliação clínica inicial e do resultado do eletrocardiograma. Para além destas situações, existem diversas patologias que podem justificar a admissão direta na sala de emergência, dependendo do estado clínico da pessoa e da decisão do enfermeiro responsável pela triagem.
- Uma SE, situada junto à entrada do serviço, com capacidade funcional para dois doentes em simultâneo, podendo acolher temporariamente um terceiro doente;
- Área Laranja 1, constituída por seis gabinetes médicos, uma sala de trabalho de enfermagem e uma sala com nove cadeirões destinados a doentes autónomos em observação com prioridade laranja;
- Área Verde/Azul, contígua à Área Laranja 1, destinada à observação de doentes com prioridade verde ou azul;
- Área Amarela, composta por quatro gabinetes médicos, uma sala de trabalho de enfermagem e cinco salas com capacidade para macas ou cadeirões, destinadas à observação de doentes com prioridade amarela;
- Área Cirúrgica, constituída por três gabinetes médicos e uma sala de trabalho de enfermagem, onde são observados os doentes encaminhados para as especialidades de cirurgia geral, pequena cirurgia e ortopedia;
- Área Laranja 2, espaço aberto com capacidade para dez camas de vigilância, das quais duas dispõem de monitorização, destinado à observação médica de doentes em maca com prioridade laranja;
- OBS Cirúrgico, espaço contíguo à Área Laranja 2, com cinco macas, destinado a doentes internados ou com necessidade de vigilância pelas especialidades de pequena cirurgia, cirurgia geral e ortopedia;
- Serviço de Observação (OBS), área de internamento composta por catorze camas com monitorização contínua e duas camas sem monitorização;

- Áreas de Imagiologia, incluindo raio-X e tomografia axial computadorizada (TAC), bem como um gabinete de eletrocardiografia assegurado por profissional especializado;
- Sala de Técnicas, localizada fisicamente na Área Amarela, destinada à realização de técnicas invasivas que exigem um ambiente mais controlado, como punção lombar, colocação de dreno torácico e paracentese;
- Gabinete de Isolamento, situado no corredor da Área Cirúrgica (gabinete 11), destinado a doentes com diagnóstico ou suspeita clínica de doenças que requeiram isolamento;
- Sala de Procedimentos, utilizada para a execução de técnicas como algaliação, entubação nasogástrica, entre outras.
- As áreas não clínicas incluem:
- Área Administrativa, composta por dois balcões de atendimento para admissão de utentes;
- Gabinete de Apoio ao Doente;
- Sala de Acolhimento, destinada à comunicação de más notícias e situações de luto;
- Secretariado do SU, gabinete do chefe de equipa, gabinete do enfermeiro gestor e gabinete de coordenação;
- Áreas de apoio aos profissionais, incluindo copa e instalações sanitárias;
- Copa de apoio aos doentes e quatro casas de banho destinadas aos utentes;
- Três salas de banho para doentes, equipadas para apoio a pessoas acamadas ou utilizadoras de cadeira de rodas;
- Dois armazéns de material clínico, duas áreas com material de farmácia com duas dispensadoras de terapêutica de apoio e um armazém de hotelaria.

A organização da estrutura física do serviço permite uma resposta diferenciada de acordo com o grau de prioridade clínica, favorecendo a segurança e uma vigilância adequada dos doentes.

O SUMC dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, TAS, técnicos de diagnóstico e terapêutica e profissionais administrativos, assegurando uma resposta assistencial contínua e integrada.

Relativamente aos recursos médicos, o SU dispõe de uma equipa multidisciplinar distribuída pelas diferentes áreas assistenciais, em conformidade com o Regulamento da

Constituição das Equipas Médicas nos Serviços de Urgência (Ordem dos Médicos, 2022). Estão asseguradas, em presença permanente ou em regime de chamada, especialidades como Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna, Ortopedia, Cirurgia Geral, Ginecologia/Obstetrícia, Anestesiologia, Neurologia e Medicina de Emergência, garantindo resposta contínua às diferentes situações clínicas que dão entrada no serviço.

A equipa de enfermagem é constituída por um total de 92 enfermeiros, distribuídos por seis equipas, dos quais 69 (75%) são do sexo feminino e 23 (25%) do sexo masculino. Dos 92 enfermeiros, um elemento assume funções de Enfermeiro Referência, acrescentando ainda o Enfermeiro Gestor do SUMC. No que respeita à qualificação profissional, com título de EE atribuído pela OE, 12 enfermeiros (13%) EEEMC, 1 (1%) em ESMP e 2 (2%) em Enfermagem Comunitária. Os restantes elementos da equipa, correspondendo a 77 enfermeiros (84%), são enfermeiros generalistas.

Em cada equipa existe um enfermeiro coordenador, especialista em EMC, e um elemento que o substitui em caso de ausência. Diariamente é elaborado um plano de trabalho onde se define a distribuição dos enfermeiros pelos diferentes setores.

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 da OE, é recomendado que pelo menos 50% dos enfermeiros integrados nos SU sejam detentores do título de EEEMC, preferencialmente na área da PSC, assegurando presença contínua ao longo das 24 horas.

Face a estas orientações, verifica-se que os rácios atualmente existentes não cumprem os critérios definidos para uma dotação segura e diferenciada. Não obstante, importa salientar que vários profissionais se encontram em processo de valorização académica e profissional.

Salienta-se que nem sempre os postos de triagem e a SE são assegurados por EE, contrariamente ao recomendado pela OE (2019). No entanto, encontra-se em conformidade o facto de as funções de coordenação e gestão serem desempenhadas por profissionais detentores desta especialidade.

No âmbito da promoção da qualidade e segurança dos cuidados, o serviço dispõe de diversos elos de ligação assegurados por enfermeiros, nomeadamente com o Gabinete da Qualidade, com a Gestão do Risco Clínico e Não Clínico, com o SCIRA, com o Grupo de Apoio à Prática de Enfermagem, com o Grupo de Tratamento de Feridas, com o Grupo de Trabalho sobre Quedas, com o Grupo Coordenador para a Abordagem da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho, com as Equipas de Prevenção da Violência em Adultos, com o Programa de Luta Contra a Tuberculose e com a Comissão

de Catástrofe. A existência destes elos de ligação contribui para o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua, para a gestão do risco e para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

No âmbito da monitorização da qualidade e segurança dos cuidados prestados, o SUMC recorre à avaliação periódica de diversos indicadores de qualidade nas dimensões de estrutura, processo e resultado. Entre os indicadores monitorizados destacam-se a prevenção de quedas, através da aplicação da Escala de Morse, e a prevenção de úlceras de pressão, mediante a utilização da Escala de Braden. No domínio do controlo de infeção são realizadas atividades de VE e auditorias à higienização das mãos dirigidas aos diferentes profissionais de saúde. A identificação correta do doente e a avaliação sistemática da dor, enquanto quinto sinal vital, constituem igualmente áreas monitorizadas pertencentes aos indicadores de qualidade, com o objetivo de promover práticas seguras e centradas na pessoa.

Paralelamente, são avaliados indicadores de estrutura, como a taxa de especialistas na equipa de enfermagem (a proceder) e a participação em ações formativas e de simulação clínica, bem como indicadores de processo associados à triagem de Manchester e aos tempos de espera para atendimento pela equipa de enfermagem. Ao nível dos resultados, é considerada a taxa de satisfação dos utentes e familiares, permitindo avaliar a perceção da qualidade dos cuidados prestados.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO

O desenvolvimento das competências do EE configura-se como um processo contínuo de aprendizagem, prática e reflexão crítica. Desde a formação inicial até à especialização, o percurso profissional caracteriza-se por um aprofundamento progressivo de conhecimentos e habilidades, que são continuamente consolidados e atualizados ao longo da carreira.

Importa salientar que as competências específicas do EE não emergem de forma isolada e assentam num sólido conjunto de competências comuns que constituem o alicerce essencial para a gestão da complexidade inerente à prática clínica.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 consideram-se competências comuns aquelas que são

partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção,

gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. (Diário da República, 2019, p. 4745)

O mesmo regulamento define competências específicas como aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.

Neste enquadramento, a especialização traduz-se num aprofundamento estruturado das competências gerais, organizadas em dimensões comuns e específicas, permitindo ao profissional adequar a sua intervenção às necessidades particulares das pessoas em diferentes contextos de cuidados.

Apresento de seguida a análise reflexiva das competências desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos clínicos.

2.1. Desenvolvimento de competências comuns do enfermeiros especialistas

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), as competências comuns dos EE encontram-se organizadas em quatro domínios fundamentais: 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

O exercício da enfermagem encontra-se profundamente alicerçado em princípios éticos e deontológicos que orientam a tomada de decisão clínica e a relação terapêutica com a pessoa e a sua família.

Ao longo do meu percurso académico e profissional, procurei desenvolver uma prática sustentada no respeito pelos valores, crenças e direitos da pessoa cuidada, reconhecendo-a como um ser holístico inserido num contexto familiar e social. Neste âmbito, a tomada de decisão ética em saúde encontra-se frequentemente orientada por princípios fundamentais da bioética, como a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça, que orientam a reflexão ética na prática clínica (Gracia, 2008).

Ao longo do estágio, a minha atuação foi pautada por uma postura ética, assegurando que cada intervenção fosse conduzida com respeito pela dignidade da pessoa, sensibilidade relacional e sentido de responsabilidade profissional.

O estágio no SCIRA permitiu-me aprofundar a dimensão ética e legal associada à segurança do doente. A participação em auditorias às PBCI reforçou a consciência de que a prevenção da infeção constitui um dever profissional, sustentado no princípio da não maleficência e na responsabilidade de atuar perante não conformidades identificadas. No âmbito da VE, a gestão de dados clínicos sensíveis exigiu rigor, confidencialidade e cumprimento das normas institucionais, reforçando a responsabilidade legal inerente ao exercício profissional.

Ao longo dos estágios no SMI e no SU identifiquei diversos aspetos que suscitaram reflexão ética, entre os quais o sigilo profissional, o direito à informação e à confidencialidade, os momentos de transmissão de informação, bem como o consentimento informado e presumido, particularmente no que se refere à autonomia do doente na tomada de decisão. A privacidade e a dignidade da pessoa em situação crítica constituíram igualmente aspetos centrais, assim como as questões éticas associadas ao fim de vida.

No que se refere ao sigilo profissional, a OE (2015), no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), estabelece que o enfermeiro está “obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” (p. 84). Nestes dois locais de estágios deparei-me com alguns obstáculos ao cumprimento deste dever. Um desses desafios relaciona-se com a própria estrutura física dos serviços, principalmente do SU, caracterizada por espaços abertos sem isolamento sonoro, o que pode comprometer a privacidade. No entanto, verifiquei a existência de estratégias destinadas a preservar o sigilo e promover a privacidade, nomeadamente a disponibilização de uma sala reservada para reuniões com familiares e a existência de portas com isolamento sonoro numa parte do SMI.

A informação clínica relativa à pessoa internada deve ser partilhada apenas com os profissionais envolvidos no plano terapêutico, garantindo o bem-estar, a segurança e os direitos do doente. No SMI, observei que existe sempre o cuidado de identificar e definir o familiar de referência de cada doente, sendo-lhe entregue um panfleto informativo relativo ao funcionamento da unidade. Esta informação é igualmente considerada nas passagens de turno e registada no processo clínico no momento da

admissão, evidenciando a importância atribuída ao envolvimento da família desde o início do processo de internamento.

Relativamente ao consentimento informado, livre e esclarecido, este pode ser expresso verbalmente ou por escrito e envolve duas noções essenciais: compreensão e autonomia. Sempre que possível, antes da realização de qualquer intervenção, o doente foi informado e solicitado o seu consentimento para a implementação dos cuidados.

Contudo, a PSC, na maioria das vezes, não se encontra capaz de expressar o seu consentimento. Nestes casos foi assumido o consentimento presumido que, de acordo com a Norma 015/2013 “Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito” da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2015), ocorre “quando as circunstâncias permitem supor que a pessoa titular teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico ou terapêutico é praticado” (p. 6). Este princípio foi aplicado nos casos em que a pessoa se encontrava inconsciente ou sem o seu representante legal no momento da decisão, existindo risco de vida caso fosse adiada a intervenção. Nestas situações prevaleceu o dever de agir decorrente do princípio da beneficência.

Relativamente às questões éticas associadas ao fim de vida, a decisão sobre a continuidade de determinados tratamentos despertou dilemas éticos relevantes. Foi neste contexto que, em momentos de reflexão e diálogo com a Enfermeira Orientadora (EO), surgiu a discussão sobre a pertinência da presença de equipas de cuidados paliativos no SMI. Considerando que as passagens de turno médicas contam frequentemente com a participação de médicos de diferentes especialidades, a integração de um profissional desta área nas discussões clínicas poderia constituir um contributo importante para a melhoria da qualidade dos cuidados e para uma tomada de decisão terapêutica mais partilhada e fundamentada.

Para além das experiências vivenciadas no SMI, o estágio no SU permitiu consolidar e aprofundar a reflexão sobre estas questões. A privacidade e a gestão da informação clínica constituem desafios particularmente relevantes neste contexto, uma vez que a organização do espaço físico, a ausência de barreiras estruturais e a escassez de espaços reservados podem dificultar o cumprimento pleno do direito à confidencialidade. Apesar dos esforços evidenciados por toda a equipa e da existência de uma sala destinada ao acolhimento de familiares de doentes admitidos na sala de emergência, nem sempre estas condições são suficientes para garantir total privacidade.

Durante a minha passagem por este local, destaco dois episódios que suscitaram particular reflexão. Num dos casos, um doente admitido na sala de emergência manifestou

de forma explícita a existência de uma Diretiva Antecipada de Vontade (DAV), posteriormente confirmada no seu processo clínico. De acordo com a Lei n.º25/2012, a DAV consiste num documento através do qual uma pessoa maior de idade pode expressar antecipadamente a sua vontade relativamente aos cuidados de saúde que deseja ou não receber, caso se encontre incapaz de manifestar a sua decisão de forma autónoma. Esta situação exigiu uma análise rigorosa e multidisciplinar, envolvendo o próprio doente, salvaguardando-se o respeito pelo princípio da autonomia e pela dignidade da pessoa.

O segundo episódio envolveu um doente portador do Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) e incumprimento terapêutico que solicitou expressamente que a sua condição clínica não fosse divulgada ao familiar de referência. Esta situação levantou questões éticas relacionadas com os princípios da autonomia, respeito e integridade, evidenciando igualmente um potencial conflito entre o princípio da autonomia e o princípio da não maleficência. A abordagem adotada pela equipa caracterizou-se por uma intervenção multidisciplinar, com participação ativa do enfermeiro na gestão da situação e na procura da solução mais adequada para todas as partes envolvidas. Situações desta natureza exigem frequentemente um processo de deliberação ética, no qual são ponderados os diferentes valores e princípios em presença, de modo a alcançar a decisão mais prudente e eticamente fundamentada (Gracia, 2008).

As experiências vivenciadas neste domínio permitiram-me aprofundar a compreensão da responsabilidade ética que sustenta o cuidado em contextos de elevada complexidade, como o SMI e o SUMC. O contacto com situações de limite terapêutico, a necessidade de gerir informação junto do doente e da família e a reflexão conjunta com a equipa multidisciplinar reforçaram a importância de uma prática clínica ética, fundamentada nos princípios deontológicos da enfermagem.

Estas experiências contribuíram ainda para reforçar o papel do EE enquanto profissional capaz de integrar a reflexão ética na prática clínica, promovendo decisões fundamentadas e centradas na salvaguarda dos direitos e da dignidade da pessoa cuidada.

2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

A qualidade em saúde, de acordo com o Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde (2015), é definida como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (p. 13551). A qualidade constitui, assim, um processo essencial

para garantir que os cuidados prestados respondem não apenas às necessidades dos cidadãos, mas também às expectativas de segurança, eficácia e eficiência.

De igual modo, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019 (2019), estabelece que todos os cidadãos têm o direito “a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (p.56).

A melhoria contínua da qualidade integra um dos domínios das competências comuns do EE. Conforme o Regulamento n.º 140/2019 (2019) da OE, os enfermeiros assumem um papel central na conceção, operacionalização e disseminação de projetos institucionais orientados para a melhoria da qualidade dos cuidados, constituindo-se como elementos fundamentais na implementação de cuidados especializados de qualidade no Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Neste contexto, a OE definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMCPSC, conforme descrito no Regulamento n.º 361/2015 (2015). Estes padrões organizam-se em diferentes categorias que orientam a prática especializada, nomeadamente: a satisfação dos doentes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem. Estes referenciais constituem instrumentos orientadores da prática clínica, permitindo identificar eventos adversos, fundamentar estratégias de intervenção e promover a resolução de problemas de forma eficaz e segura.

Durante o estágio foi assumido um papel ativo na promoção de práticas seguras e na implementação de iniciativas orientadas para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

O estágio no SCIRA constituiu um contexto privilegiado para a consolidação da competência de melhoria contínua da qualidade, permitindo-me compreender o papel do EE enquanto elemento estruturante da segurança do doente ao nível organizacional.

A participação ativa em auditorias internas às PBCI, nomeadamente no SU, possibilitou-me desenvolver competências de análise crítica, monitorização de indicadores e interpretação de resultados. O contacto com instrumentos formais de avaliação, com índices globais de qualidade do processo e das estruturas, permitiu-me compreender que a qualidade não se limita à prática individual, mas depende de uma cultura organizacional sustentada em avaliação sistemática, feedback estruturado e implementação de estratégias corretivas.

A elaboração da análise SWOT após a auditoria reforçou a minha capacidade de identificar fragilidades institucionais, reconhecer forças existentes e propor oportunidades de melhoria. Este processo permitiu-me transitar de uma visão meramente executora de normas para uma postura reflexiva e interventiva, alinhada com o papel do EE enquanto impulsionador da qualidade.

Posteriormente, nos estágios no SMI e no SUMC, esta aprendizagem traduziu-se numa maior capacidade de observar criticamente o cumprimento das *bundle* de prevenção de infeção e reconhecer a importância da formação contínua como ferramenta estruturante da segurança.

A melhoria contínua da qualidade foi amplamente vivenciada durante o estágio no SMI, onde a cultura organizacional privilegiava a segurança do doente e dos profissionais, a humanização dos cuidados e a prática baseada na evidência. Encontravam-se implementados diversos projetos de melhoria desenvolvidos pelos enfermeiros do serviço. Destacam-se, entre outros, o projeto “MAR” (Música, Ambiente e Ruído), orientado para a promoção do conforto e bem-estar da pessoa internada e da equipa. Paralelamente, existem iniciativas relacionadas com a monitorização da sedação, analgesia e delírio, fundamentais para a segurança e humanização dos cuidados intensivos.

Apesar de se tratar de um serviço caracterizado por uma elevada organização e por um número considerável de projetos já implementados, o que inicialmente dificultou a identificação de oportunidades de melhoria, ao longo do tempo foi possível reconhecer, através de entrevistas informais aos enfermeiros da unidade, a necessidade de reforçar alguns conceitos relacionados com a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), cuja intervenção se encontra descrita na alínea c) do subcapítulo 2.2.

Paralelamente, e por sugestão do Enfermeiro Referência do serviço, foi dada continuidade ao projeto MAR, mais concretamente na vertente do ruído. Enquanto grupo de alunos, analisámos os resultados previamente obtidos pelos enfermeiros da unidade e verificámos que o SMI registava níveis de ruído superiores aos valores recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), medidos através de um medidor de decibéis.

Com o objetivo de reforçar as medidas já implementadas pela equipa e reconhecendo que muitas das intervenções passariam pela sensibilização dos profissionais, foram sugeridas a colocação de sinaléticas em locais estratégicos associados a potenciais focos de ruído. Após avaliação das necessidades junto da Enfermeira Gestora, os locais seleccionados incluíram o carro de higienização da unidade,

o aprovisionamento do material clínico e não clínico, a central de telemetria e monitorização presente no balcão de trabalho da equipa e a unidade do doente (presentes em Apêndice III).

Relativamente ao estágio no SUMC, iniciei um projeto de melhoria continua que consistiu na elaboração de um “Manual de acolhimento e integração de Enfermeiros no SUMC”. Considerando que o estágio foi realizado no local onde exerço funções, tornou-se particularmente relevante partilhar o projeto com a restante equipa numa fase inicial, promovendo o envolvimento de todos os profissionais. Assim, foi usado o momento formal da reunião de serviço para realizar a apresentação deste mesmo projeto.

O facto de ter sido implementado no serviço onde exerço funções contribuiu, futuramente, para a melhoria da integração de novos profissionais e para a promoção da idoneidade formativa do serviço. O manual de integração e o planeamento da formação apresentados na reunião encontram-se disponíveis em apêndice IX e X, respetivamente.

Durante o período de estágio no SUMC foi possível reconhecer a importância da monitorização sistemática dos indicadores de qualidade enquanto instrumento fundamental para a melhoria contínua dos cuidados. A observação e análise dos resultados destes indicadores permitiram compreender que a melhoria da qualidade constitui uma responsabilidade partilhada entre os profissionais de saúde, assumindo o EE um papel determinante na promoção de práticas baseadas na evidência, na análise crítica dos resultados obtidos e na implementação de estratégias orientadas para a segurança e qualidade dos cuidados.

O desenvolvimento desta competência evidenciou-se pela capacidade de intervir em processos de mudança, mobilizar conhecimento científico e sustentar a prática clínica num compromisso permanente com a segurança e o bem-estar da pessoa cuidada.

2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, o EE assume a responsabilidade de gerir, coordenar e supervisionar a assistência, otimizando a resposta da equipa e a colaboração interdisciplinar. Conforme preconiza o Regulamento n.º 140/2019 (2019) da OE, o EE deve adaptar o seu estilo de liderança e a gestão de recursos às especificidades de cada contexto clínico, visando a melhoria contínua e a segurança dos cuidados. Esta gestão exige tomadas de decisão autónomas e complexas, traduzindo-se na afirmação da autonomia profissional.

Embora o estágio no SCIRA não tenha constituído um contexto de cuidados direto, permitiu-me desenvolver uma visão macro-organizacional da gestão. A participação na VE (retrospectiva, em tempo real e prospetiva) evidenciou que a análise sistemática de dados é um pilar da tomada de decisão organizacional. Compreendi que a gestão do risco infeccioso é uma dimensão estratégica, exigindo articulação entre serviços monitorização contínua e intervenção atempada.

Esta visão sistémica foi transposta para a prática no SMI e no SUMC, onde a gestão da antibioterapia e a prevenção de IACS assumem um impacto direto na PSC.

Durante os estágios clínicos no SMI e no SUMC, o acompanhamento e a observação direta das funções de coordenação permitiu-me compreender as competências exigidas na gestão de recursos humanos e logísticos. No SUMC, colaborei na elaboração de planos de trabalho e na distribuição equilibrada dos elementos da equipa, o que exigia um conhecimento aprofundado dos profissionais. No SMI, a função de coordenação exigiu uma articulação constante com o SU, bloco operatório e unidades de internamento, gerindo fluxos de admissão e transferência para garantir a continuidade dos cuidados. Existia ainda responsabilidades na gestão de stocks de terapêutica específica em articulação com os serviços farmacêuticos, realidade transversal às duas unidades orgânicas de estágio.

Para além da coordenação da equipa e da organização do serviço, o enfermeiro responsável de turno, no caso do SMI, acumulava funções na EEIH. Para além da gestão de tempo, esta função incluía também a verificação diária da operacionalidade dos monitores-desfibriladores e a realização das respetivas *check-list* nos dias preconizados, atividades nas quais tive oportunidade de colaborar.

No SUMC, o facto de ter realizado o estágio no meu local de trabalho permitiu-me uma maior disponibilidade para observar diretamente a gestão de recursos humanos, incluindo a coordenação dos TAS e a mobilização de recursos externos para suprir falhas logísticas. Adicionalmente, foi possível compreender a dinâmica de resposta às não conformidades identificadas no serviço.

A minha experiência como subcoordenadora de equipa, concomitante ao estágio, permitiu-me consolidar estas competências. De acordo com Benner (2001), a experiência profissional constitui um elemento fundamental no desenvolvimento das competências do enfermeiro, permitindo a aquisição de maior capacidade de julgamento clínico, liderança e tomada de decisão em contextos complexos. Esta capacidade tornou-se

particularmente relevante durante a ativação do "Plano de Contingência" no SUMC, face ao aumento da afluência e número de doentes.

Neste cenário de crise, a atuação do EE foi determinante na articulação de recursos e na supervisão da equipa, assegurando que, apesar da pressão, os padrões de qualidade e segurança não eram negligenciados. Tal como defendem Santos et al. (2022), o estilo de liderança do enfermeiro é um fator crítico que influencia diretamente a dinâmica das equipas e os resultados obtidos.

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento de competências na área da EMCPSC, consolidado ao longo de nove anos de experiência profissional, foi significativamente aprofundado através do estágio, que contribuiu para um enriquecimento substancial das minhas aprendizagens e para uma maior maturidade profissional. De acordo com Benner (2001), o desenvolvimento das competências do enfermeiro ocorre de forma progressiva através da integração entre conhecimento teórico, experiência clínica e reflexão sobre a prática.

O estágio no SCIRA representou um momento de aprendizagem para a desconstrução de práticas previamente naturalizadas ao longo da minha prática profissional. A identificação de lacunas formativas durante a auditoria ao SU despertou em mim a necessidade de aprofundar conhecimento científico nesta área. O confronto entre o normativo institucional e a realidade prática levou-me a questionar os fatores condicionantes da adesão às normas, culminando no desenvolvimento do estudo de investigação apresentado na Parte II deste relatório. Este percurso evidencia a transição da prática para a problematização científica da realidade observada, reforçando a minha identidade enquanto futura EE.

O contexto dos cuidados intensivos, caracterizado pela elevada complexidade e exigência técnica, constituiu um desafio adicional, sobretudo por se tratar de um ambiente inicialmente desconhecido para mim. O contacto com técnicas e intervenções até então não experienciadas gerou, simultaneamente, ansiedade e motivação para aprofundar conhecimentos. A necessidade de sair da zona de conforto exigiu dedicação, adaptação e investimento contínuo na atualização científica, através de pesquisa bibliográfica, revisão de conteúdos teóricos e consulta dos protocolos institucionais, promovendo um crescimento significativo enquanto profissional.

Por outro lado, a realização do estágio num contexto profissional que me era familiar, o SU, constituiu igualmente um desafio, ao permitir-me analisar o serviço sob

uma perspectiva mais organizacional. A proximidade às funções de coordenação evidenciou a complexidade inerente à tomada de decisão em tempo útil, exigindo capacidade de priorização, análise situacional e liderança. Este processo contribuiu para o desenvolvimento das minhas aprendizagens profissionais, promovendo reflexão contínua sobre a prática, identificação de áreas de melhoria e consolidação de competências de gestão e supervisão.

O trabalho desenvolvido ao longo deste percurso tornou-me progressivamente mais autónoma, segura e crítica na tomada de decisão. Contudo, reconheço que o desenvolvimento profissional é um processo inacabado, intrinsecamente ligado à evolução constante do conhecimento científico e à necessidade permanente de atualização para sustentar uma prática baseada na evidência.

2.2. Desenvolvimento de competências específicas em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica

O EE em EMCPCSC desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados ao doente crítico. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 da OE, considera-se doente crítico aquele “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p. 19362).

No mesmo regulamento, os cuidados de enfermagem à PSC são definidos como cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (OE, 2018, p. 19362)

Neste contexto, o EE assume um papel determinante na avaliação, monitorização e intervenção precoce perante situações de instabilidade clínica, mobilizando conhecimentos avançados e competências técnicas e relacionais para garantir cuidados seguros e diferenciados à pessoa em situação crítica.

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

Embora o estágio no SCIRA não tenha envolvido prestação direta de cuidados à PSC, permitiu-me compreender que a qualidade do cuidado prestado não se resume à prestação de cuidados diretos. Permitiu-me adquirir conhecimentos relevantes para o desenvolvimento desta competência, contribuindo para a promoção de cuidados seguros à pessoa e à família, conforme evidenciado nos trabalhos desenvolvidos durante este estágio, apresentados em apêndice.

O estágio no SMI exigiu elevado domínio de competências teóricas e técnicas, particularmente na utilização de equipamentos médicos diferenciados, o que implicou a realização de pesquisa bibliográfica para sustentar a prática clínica e consolidar a tomada de decisão com base na PBE. Esta experiência contribuiu para a aquisição e consolidação de competências relacionadas com técnicas de suporte vital, aprofundamento do conhecimento sobre diversas patologias e identificação precoce de sinais de instabilidade hemodinâmica.

Saliento o contacto com doentes submetidos a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) na medida em que permitiu consolidar conhecimentos sobre modos ventilatórios, interpretação de parâmetros ventilatórios e respostas fisiológicas, bem como compreender os processos de extubação, transição para Ventilação Não Invasiva (VNI) e estratégias de desmame ventilatório.

A prestação de cuidados a doentes submetidos a Técnica de Substituição Renal Contínua (TSRC), uma área com a qual não tinha tido contacto prévio, permitiu compreender o funcionamento do sistema e o seu impacto hemodinâmico, reforçando a importância da vigilância clínica contínua e do raciocínio clínico na tomada de decisão em enfermagem. De igual forma, o contacto com diferentes métodos de monitorização neurológica, como EEG contínuo, Índice Bispectral (BIS) e avaliação da taxa de surtos-supressão — também até então desconhecidos na minha prática — contribuiu para a compreensão da sua aplicabilidade na monitorização e gestão da pessoa em situação crítica.

Uma das principais causas de admissão na unidade corresponde a doentes em pós-operatório de cirurgias major, o que possibilitou aprofundar conhecimentos sobre os processos cirúrgicos, técnicas menos invasivas na abordagem das complicações e cuidados associados à manipulação e vigilância de drenos. Paralelamente, a presença de dispositivos invasivos, como cateter venoso central, arterial e epidural, permitiu

sedimentar competências no seu manuseamento e na interpretação de parâmetros hemodinâmicos avançados, como a pressão intra-abdominal e a monitorização através do sistema PiCCO.

Destaco ainda a forte presença de protocolos existentes no serviço, definidos para diversos procedimentos e para a administração e monitorização de medicamentos. O conhecimento e o cumprimento destes protocolos contribuem para a uniformização das práticas e para a promoção de cuidados seguros.

O controlo da dor constitui um dos focos de atenção dos profissionais no SMI e no SU, exigindo frequentemente articulação multidisciplinar. O EE desempenha um papel central na avaliação e gestão da dor, garantindo uma abordagem sistemática, baseada na evidência e adaptada às necessidades individuais de cada doente, com o objetivo de promover o conforto e prevenir complicações associadas à dor não controlada, como alterações hemodinâmicas ou o desenvolvimento de delírio.

A avaliação do delírio, no SMI, era realizada em doentes com antecedentes de agitação ou confusão, bem como durante o processo de desmame ventilatório e redução da sedação, recorrendo à escala CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit). A avaliação da dor era efetuada através da Escala Numérica da Dor (0–10) sempre que o estado de consciência o permitia, ou através da Behavioural Pain Scale (BPS) em doentes sedados e ventilados. A avaliação da sedação era realizada com recurso à Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS).

Contrariamente ao que acontecia na SE, onde o contacto com o doente é frequentemente breve, no SMI foi possível recorrer a estratégias não farmacológicas de controlo da dor e promoção do conforto, como a alternância de decúbitos, mobilização passiva para cadeirão e aplicação de crioterapia.

Considero que a dor foi avaliada e gerida de forma criteriosa e sistemática nos doentes sob os meus cuidados durante os estágios, garantindo uma abordagem centrada no conforto e bem-estar da pessoa.

Foi precisamente sobre o conforto no doente crítico que senti necessidade de aprofundar conhecimentos através da leitura de bibliografia, nomeadamente a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba. Segundo Katherine Kolcaba, citada por Dowd (2018), “Ao lidar com os fatores de stress inerentes às situações de saúde atuais, quando o conforto é aumentado, os doentes e familiares fortalecem-se para os desafios que se avizinham” (p.527). A promoção do conforto ultrapassa as ações básicas de cuidado e engloba quatro dimensões interdependentes: física, psicoespiritual, sociocultural e

ambiental. À luz desta teoria, compreendi que fatores ambientais, como a diminuição do ruído, podem contribuir significativamente para o conforto do doente e da família, justificando as ações implementadas no SMI durante o estágio.

Constatei também que a dor constituiu um dos principais motivos de procura do SU. No entanto, o seu controlo neste contexto revela-se particularmente desafiante, devido a fatores externos como, por exemplo, os tempos de espera prolongados que podem atrasar a administração de analgesia e uma gestão eficaz da dor aguda (Pines et al., 2010; Mills et al., 2009). Simultaneamente, a presença de dor pode comprometer a capacidade de comunicação da pessoa, dificultando a expressão das suas necessidades e a interação com os profissionais de saúde. À luz da Teoria do Conforto de Kolcaba, o conforto resulta da satisfação de necessidades em diferentes domínios, nomeadamente o físico, sendo a gestão eficaz da dor um elemento fundamental para promover o bem-estar global da pessoa (Dowd, 2018). Neste sentido, a avaliação sistemática da dor assumiu particular relevância, constituindo inclusivamente um dos indicadores de qualidade monitorizados no serviço e reforçando a importância da sua avaliação e reavaliação na promoção de cuidados seguros e centrados na pessoa.

Durante o estágio no SMI, a presença da família revelou-se uma realidade constante, distinta da que experiencio no SU. Sempre que demonstravam capacidade para tal, os familiares eram envolvidos no processo de doença do seu familiar, sendo permitida a sua presença física durante largos períodos do dia. Esta experiência permitiu-me reconhecer a importância do acompanhamento da família do doente crítico ao longo de todo o processo de doença, entendendo-a como parte integrante do processo terapêutico.

Neste contexto, existia maior disponibilidade para a interação com as famílias. Os próprios familiares, apesar de confrontados com a gravidade da situação clínica, demonstram frequentemente uma atitude mais recetiva e tranquila, encontrando-se numa fase que permitia uma melhor compreensão da informação transmitida e uma maior abertura para receber o apoio disponibilizado pelos profissionais de saúde.

Com o objetivo de humanizar os cuidados e diminuir o risco de desenvolvimento de Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI), encontra-se implementado na unidade o projeto “O Meu Diário dos Cuidados Intensivos”. Este consiste na disponibilização de um caderno junto da unidade do doente onde profissionais e familiares podem registar acontecimentos significativos do internamento. Durante este período colaborei na elaboração do diário de um doente, experiência que considerei particularmente significativa.

Fazendo referência ao escrito anteriormente, o conhecimento relativamente à sedo-analgesia, traduz-se em ganhos que vão mais além dos resultados obtidos no momento. O estágio no SMI permitiu-me perceber e constatar, com fundamentação teórica, que estes dois fatores têm influência direta no desenvolvimento do SPICI. Esta síndrome, de acordo com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos (2024)

representa a constelação de problemas que surgem concomitantemente à doença crítica e se perpetuam para além da sua resolução. Esta síndrome é vasta, podendo exprimir-se em dimensões físicas, psicológicas, cognitivas e/ou socioeconómicas, e afetar tanto o doente crítico como a família que o acompanha no processo de doença aguda e posteriormente à alta hospitalar. (p. 10)

Entre outras, a analgesia e a sedação fazem parte da *bundle* de medidas preventivas para o aparecimento desta síndrome. Como a própria definição refere, a SPICI pode não afetar apenas o doente, mas também a família envolvente, a chamada SPICI-F.

Sabendo que existem complicações que podem surgir após a alta clínica do doente do SMI, o serviço é responsável pela dinamização e realização de consultas *follow-up*. Estas consultas de *follow-up* são realizadas a todos os doentes que desenvolveram componentes de SPICI, apresentem fatores de risco para desenvolvimento de SPICI e com um internamento em medicina intensiva durante um período igual ou superior a 4 dias. Na consulta na qual tive a oportunidade de estar presente, considero pertinente salientar alguns aspetos que o doente e o familiar (esposa como cuidadora informal) referiram como mais impactantes no dia a dia pós internamento: o controlo da dor no domicílio, a adaptação às alterações corporais (presença de estoma), o papel do cuidador informal, o stress pós-traumático e, destaco a utilização da palavra “sobreviver”.

O processo de transição que se verifica nestas consultas, e em todo o processo de doença que muitas vezes se inicia no SU e continua no SMI, pode ser compreendido através da Teoria das Transições de Afaf Meleis – o propósito da Enfermagem é apoiar as pessoas nas situações de transição ou na antecipação de uma transição (Im, 2018). Este foi também um tema que exigiu, como futura EE, um aprofundamento de conhecimento pela leitura de bibliografia.

Por sua vez, o estágio no SUMC proporcionou uma experiência distinta, marcada pela elevada imprevisibilidade das situações clínicas, pela necessidade de tomada de decisão rápida e pela gestão simultânea de múltiplas situações agudas.

O contacto com a pessoa em situação emergente foi uma constante durante os turnos realizados na SE. Neste contexto, o domínio das patologias, bem como o conhecimento teórico e prático dos enfermeiros, assumem um papel determinante na avaliação clínica da pessoa. Frequentemente, o primeiro contacto com estes doentes ocorre na triagem, processo que apresenta elevada complexidade. Esta realidade vai ao encontro das recomendações da OE, que referem que a triagem deve ser assegurada preferencialmente por EE, atendendo às suas competências diferenciadas na avaliação clínica, tomada de decisão e gestão do risco (OE, 2019).

Durante o estágio tive contacto direto com diversas patologias, o que reforçou a minha atuação aliada à experiência profissional previamente adquirida nesta área. Destacaram-se situações do foro respiratório, com necessidade de VNI e, em alguns casos, VMI; patologias do foro cardíaco, muitas das quais com necessidade de transporte para unidades hospitalares com capacidade de hemodinâmica; patologias neurológicas, nomeadamente AVC, alterações do estado de consciência e crises convulsivas; e situações de trauma, que possibilitaram o contacto com técnicas de imobilização de doentes.

Importa salientar que muitos doentes, apesar de não apresentarem inicialmente critérios de gravidade que justificassem encaminhamento direto para a SE, vieram posteriormente a necessitar de admissão nesse espaço devido ao agravamento do seu estado clínico e à identificação de focos de instabilidade durante a permanência no SU. A literatura descreve que muitos doentes que recorrem ao SU permanecem em risco de deterioração clínica mesmo após a triagem inicial, sendo a identificação precoce destas alterações determinante para uma resposta atempada da equipa de saúde, contribuindo para a segurança do doente e para a prevenção de eventos adversos (Considine et al., 2021).

Uma das mais-valias para a diminuição do stresse do enfermeiro em contexto de emergência é a verificação diária da SE e o conhecimento do material que constitui a mochila de transporte. Estes procedimentos contribuem para aumentar a confiança dos profissionais em situações emergentes, nas quais a atuação tem de ser rápida e eficaz, promovendo consequentemente maior segurança na prestação de cuidados ao doente. Segundo Benner (2001), a aquisição de competências ocorre de forma gradual através da

experiência, permitindo ao enfermeiro desenvolver maior confiança, capacidade de antecipação e julgamento clínico. Assim, o domínio dos recursos disponíveis no serviço constitui um elemento facilitador para uma atuação mais segura e eficiente em contextos complexos.

A comunicação interpessoal, à semelhança do contexto de estágio no SMI, demonstrou-se fundamental não só entre profissionais como com o doente e a família e em qualquer local do SU. No entanto, a SE mereceu especial atenção pela sua imprevisibilidade e, muitas vezes, desfechos mais difíceis de gerir. Além disso, o ambiente muitas vezes confuso que se gera nesse local exigia à equipa uma comunicação clara, direta e objetiva, estruturada e em circuito fechado (*closed-loop communication*). O papel do Team Leader, nomeadamente em casos de manobras de SAV, é extremamente importante e contributivo para esse tipo de comunicação. Durante este período de estágio tive oportunidade de assistir e acompanhar o profissional nessa função.

No SU, caracterizado por um elevado *turnover* de doentes e por múltiplas transições de cuidados entre diferentes áreas do serviço e entre instituições, a comunicação entre profissionais assume particular relevância. A transferência de doentes da SE para outras unidades do hospital, bem como a referenciação inter-hospitalar, exige a transmissão clara e estruturada de informação clínica, de modo a garantir a continuidade e segurança dos cuidados.

A literatura evidencia que falhas na comunicação durante a transmissão de informação clínica constituem uma das principais causas de eventos adversos em saúde, motivo pelo qual são recomendadas estratégias de comunicação estruturada durante os *hand-off* clínicos (The Joint Commission, 2017). Neste sentido, a utilização de ferramentas de comunicação estruturada neste serviço, como o modelo ISBAR, a meu ver, contribuiria para melhorar a partilha de informação relevante entre profissionais e reduzir o risco de erros associados às transições de cuidados.

A comunicação com o doente e a família constituiu um desafio diário no contexto do SUMC. Contrariamente ao que verifiquei no SMI, a comunicação e o estabelecimento da relação terapêutica nem sempre ocorrem em condições ideais, devido a fatores como a estrutura física do serviço e a própria recetividade dos doentes e familiares, muitas vezes condicionada pelo carácter agudo da doença. Ao longo deste período, tive oportunidade de refletir sobre a importância de os enfermeiros compreenderem os processos de transição abrupta a que o doente e a família estão sujeitos, de forma a tornar a

comunicação mais eficaz. É ainda essencial que a comunicação se adapte ao “outro”, considerando as suas condições físicas, emocionais e o nível de literacia em saúde.

A gestão do processo de luto constituiu igualmente um desafio em contexto de urgência e emergência, uma vez que estes ambientes são frequentemente marcados por situações de elevada imprevisibilidade e limitações de privacidade, exigindo dos profissionais sensibilidade, empatia e competências comunicacionais adequadas.

Em síntese, as experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágio permitiram consolidar competências na prestação de cuidados diferenciados à pessoa em situação crítica e à sua família, integrando conhecimento científico, competências técnicas e raciocínio clínico numa abordagem centrada na pessoa.

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

No âmbito das competências específicas do EE em EMCPSC, a dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe constitui uma área fundamental de intervenção. De acordo com a OE (2019), em contextos de emergência, exceção ou catástrofe, o EE deve intervir através da conceção, planeamento e gestão da resposta assistencial, assegurando uma atuação rápida, estruturada e eficaz, garantindo simultaneamente a preservação de possíveis vestígios de natureza forense.

Embora não tenham ocorrido eventos multivítimas, a análise crítica do Plano de Emergência e Catástrofe da instituição permitiu-me compreender a hierarquia de comando e os circuitos de ativação. Tal como refere a OMS (2017), conhecimento destes planos constitui um elemento fundamental para garantir uma resposta organizada, eficaz e segura em situações de crise, permitindo que cada profissional compreenda o seu papel e responsabilidades na gestão de eventos críticos.

No SMI, a operacionalização desta competência passou pela integração na EEIH pois nestes momentos de emergência clínica súbita, experienciei a mobilização rápida de recursos, a importância da liderança e de uma comunicação clara e objetiva. No SUMC, a gestão da SE e a resposta a situações de deterioração clínica exigiram uma priorização de intervenções. A dinâmica própria do SU, marcada por elevada imprevisibilidade, reforçou a importância da organização da equipa e da gestão eficiente dos recursos disponíveis para garantir uma resposta adequada às necessidades dos doentes.

Destaco a ativação do “Plano de Contingência” no SUMC como um cenário de gestão de exceção, que ocorreu durante o período de estágio. Neste contexto, a

coordenação do EE foi fulcral para reorganizar a dinâmica da equipa e otimizar recursos escassos face a uma procura excedente. Esta experiência permitiu-me compreender os princípios de gestão de crise, que asseguraram, mesmo em contexto de sobrecarga, a segurança da pessoa em situação crítica.

No âmbito da enfermagem forense, a presença em situações de trauma e violência no SUMC reforçou a necessidade de uma atuação metódica. Com um aprofundamento de conhecimento teórico neste âmbito, compreendi a importância da preservação da cadeia de custódia e da integridade dos vestígios (como o vestuário e padrões de lesão), articulando de forma ética com as autoridades policiais (presentes em algumas situações no SU e na SE) sem comprometer a celeridade dos cuidados à pessoa. O seminário que frequentei nesta área potenciou mais conhecimento relativamente a esta temática.

Assim, apesar de não ter vivenciado diretamente uma situação de catástrofe durante o período de estágio, as experiências desenvolvidas permitiram consolidar conhecimentos e competências relacionadas com a preparação institucional, a resposta a situações de emergência clínica e a articulação entre equipas multidisciplinares, fundamental para garantir a funcionalidade dos serviços o imprevisto.

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

Nos diferentes campos de estágio foi possível desenvolver competências no âmbito da prevenção, intervenção e controlo da infeção e da RAM. O estágio realizado no SCIRA destacou-se como o principal contexto para o desenvolvimento e consolidação de conhecimentos nesta área.

Ao longo deste estágio tive a oportunidade de participar e desenvolver diversas atividades que permitiram compreender de forma mais aprofundada a organização e as estratégias institucionais dirigidas à prevenção das IACS. Entre as atividades realizadas destacam-se a visita à URDM, a visita à instituição com demonstração dos circuitos de limpos e sujos e a realização de auditorias às precauções de isolamento. Foi ainda possível realizar uma visita aos cuidados de saúde primários com auditoria às PBCI, colaborar na elaboração da VE e participar no processo de auditoria interna realizado no SU relativo às PBCI no ano de 2025.

Em 2021, a OE publicou em Diário da República a Competência Acrescida Diferenciada do Enfermeiro de Controlo de Infeção, reforçando o papel destes profissionais na promoção da segurança do doente e na implementação de estratégias

eficazes de prevenção e controlo de infeção. Aliada à Norma para o Cálculo das Dotações Seguras de Enfermagem, esta publicação reforça a relevância da existência de rácios adequados de enfermeiros, quer na prestação direta de cuidados, quer no desenvolvimento de atividades relacionadas com a prevenção e controlo de infeção e com a consultoria especializada nesta área (Ferreira et al., 2022).

Conforme estipulado no Regulamento Interno do SCIRA, todos os profissionais colaboram para o cumprimento dos objetivos estratégicos definidos: na redução da incidência de IACS, na promoção da utilização adequada e responsável de antimicrobianos e na diminuição da taxa de microrganismos resistentes aos antimicrobianos. Para alcançar estes objetivos, as atividades desenvolvem-se em quatro áreas fundamentais - VE (de processo, estrutura e resultado), elaboração e monitorização de normas e recomendações de boas práticas, formação e informação dirigidas a profissionais, utentes e visitas, bem como consultoria e apoio técnico-científico.

No que se refere à elaboração e monitorização de normas e recomendações de boas práticas, o EE contribui para a definição de protocolos e diretrizes baseados na melhor evidência científica disponível, promovendo a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados.

Na formação e informação dirigidas a profissionais, utentes e visitas, o EE promove a capacitação dos profissionais de saúde para a prevenção e controlo de infeções, contribuindo igualmente para o aumento da literacia em saúde dos utentes e acompanhantes através de informação distribuída pelo hospital e medidas de sensibilização contribuindo para a criação de uma cultura de segurança.

No que concerne à consultoria e ao apoio técnico-científico, o EE constitui um recurso essencial, prestando apoio à equipa multidisciplinar na análise de situações clínicas relacionadas com infeção e RAM. Atua como elo de ligação entre os diferentes serviços e áreas institucionais, contribuindo para a integração e coerência das estratégias de prevenção e controlo de infeção ao nível organizacional.

O EE é um profissional essencial para alcançar os objetivos propostos. A amplitude de áreas de atuação, que vai desde a VE até à formação, consultoria e produção de conhecimento, evidencia a abrangência do contributo destes profissionais para a segurança do doente e para a qualidade dos cuidados, exigindo uma prática sustentada na evidência científica. Importa ainda destacar que a terceira competência do EEEMC se coaduna de forma inequívoca com as funções desenvolvidas no âmbito do SCIRA. Embora muitas destas intervenções ocorram de forma menos visível na prática clínica

diária, o seu impacto é direto na prevenção de eventos adversos, na promoção de práticas seguras e na consolidação de uma cultura de segurança em saúde.

Os estágios no SMI e no SUMC, foram extremamente enriquecedores na área da prevenção e controlo da infeção e RAM, permitindo-me integrar, na prática, os conhecimentos previamente adquiridos durante o estágio anterior no SCIRA.

A articulação entre as três unidades orgânicas e a continuidade formativa que se proporcionou possibilitaram o desenvolvimento de uma compreensão mais abrangente das medidas de prevenção, vigilância e gestão do risco das IACS.

No SMI, uma realidade até então desconhecida para mim enquanto profissional, constatei que os profissionais, particularmente os enfermeiros, encontravam-se fortemente sensibilizados para o impacto das IACS. A própria estrutura física do serviço favorecia o cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeção, disponibilizando áreas adequadas para a implementação de isolamentos, espaços apropriados para a preparação segura de medicação, distribuição adequada de soluções antissépticas para a higienização das mãos e sinalética de sensibilização para a sua importância, bem como material necessário para a correta utilização EPI.

Conseguí colocar em prática as recomendações das bundle acerca das quatro infeções mais prevalentes em cuidados intensivos (a Pneumonia Associada à Ventilação Invasiva (PAVI), a Infeção do Trato Urinário Associada a Catete (ITU-AC), a Infeção da Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central (ICS-ACVC) e a ILC (Infeção do Local Cirúrgico)), consultei os protocolos existentes na unidade bem como as normas em vigor.

Conforme descrito anteriormente na alínea b) do subcapítulo 2.1., após feedback dos enfermeiros do SMI relativamente às necessidades formativas sobre os EPI, e face ao aumento do número de casos de doentes positivos para EPC (Enterobacteriales Produtores de Carbapenemas), comparativamente a períodos anteriores, foi delineado um plano de formação para o serviço desenvolvido pelo grupo de enfermeiros em estágio, denominado “*Short Formation*”.

A construção deste conceito baseou-se na estratégia de marketing denominada “Marketing de Conteúdo”, mais precisamente a “*Short Form*”, que consiste na transmissão de conteúdos breves e objetivos com o intuito de captar a atenção do público e transmitir uma mensagem de forma eficaz.

Adaptando esta abordagem ao contexto formativo, esta formação por nós denominada, consistia em intervenções formativas com duração máxima de dois minutos,

realizadas após a passagem de turno da noite para a manhã, nas quais um enfermeiro relembra de forma sucinta a sequência correta de colocação e remoção de EPI. Este tipo de formação não tinha como objetivo transmitir novos conhecimentos, mas sim reforçar conceitos essenciais aplicáveis no cotidiano da prática clínica. Foi ainda elaborada uma imagem ilustrativa com a sequência de colocação e remoção dos equipamentos de proteção individual, com base nas orientações do SCIRA da instituição, para colocação junto do material de EPI, conforme apresentado no Apêndice VIII.

A existência de protocolos para a administração de antibióticos, relativamente ao tempo de perfusão, foi um dos protocolos existentes e elaborado por enfermeiros que captou a minha atenção e interesse. Para além da prática baseada na evidência associada à administração de antimicrobianos, foi possível observar a implementação da dupla verificação na preparação e administração da terapêutica, estratégia utilizada em contexto hospitalar para reduzir o risco de erros de medicação e promover a segurança do doente (McMullan et al., 2021).

O estágio realizado no SUMC constituiu o culminar do percurso desenvolvido nos contextos anteriormente descritos, articulando-se com o projeto de investigação desenvolvido. Os resultados obtidos no estudo permitiram identificar necessidades formativas na equipa relativamente às PBCI, sendo a formação apontada pelos próprios profissionais como a estratégia mais eficaz para colmatar as lacunas identificadas. Neste sentido, perspetivo desenvolver um plano de formação dirigido à equipa, com o objetivo de divulgar os resultados obtidos e promover a atualização de conhecimentos nesta área. Paralelamente, a recente reorganização física do serviço e dos circuitos do doente evidenciou novos desafios relacionados com o controlo de infeção, exigindo da equipa uma adaptação funcional e uma maior atenção a esta dimensão dos cuidados.

A experiência adquirida nestes contextos permitiu evidenciar a relevância do papel do EE na implementação de estratégias eficazes dirigidas à prevenção da infeção e à mitigação da RMA. A integração das recomendações internacionais e das normas institucionais na prática clínica contribui para garantir a segurança da PSC, promovendo simultaneamente a qualidade dos cuidados prestados através da adoção de intervenções sustentadas na melhor evidência científica disponível.

**PARTE II – CONHECIMENTO E DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS
SOBRE AS PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO**

Conhecimento e dificuldades dos enfermeiros sobre as precauções básicas de controlo de infeção

Knowledge and Difficulties of Nurses Regarding Basic Infection Control Precautions

Conocimientos y Dificultades de los Enfermeros sobre las Precauciones Básicas de Control de Infecciones

RESUMO

Introdução: As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) permanecem um desafio significativo, apesar das estratégias nacionais implementadas para o seu controlo. As Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) constituem a primeira linha de defesa na prevenção das IACS e torna-se essencial que os enfermeiros detenham conhecimento adequado.

Objetivo: Analisar o nível de conhecimento, as perceções e os fatores condicionantes que influenciam a adesão dos enfermeiros às PBCI no Serviço de Urgência de uma Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal, realizado num serviço de urgência de uma Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal. A amostra, por conveniência, integrou 83 enfermeiros. Os dados foram recolhidos por questionário autoaplicado e a sua análise inferencial incluiu testes de Qui-quadrado e ANOVA ($p < 0,05$).

Resultados: A maioria dos enfermeiros apresentou nível moderado de conhecimento (57,8%). A experiência profissional e o grau académico apenas revelaram uma associação com tendência positiva em relação ao conhecimento geral, enquanto a formação específica em controlo de infeção revelou impacto estatisticamente significativo no nível de conhecimento. A principal barreira identificada foi o elevado número de doentes (79,5%). A formação contínua (92,8%) foi apontada como estratégia mais eficaz.

Conclusão: Os enfermeiros apresentaram conhecimento moderado, mas com persistência de lacunas. Os resultados obtidos destacam a importância da formação contínua nesta área e a presença de dificuldades predominantemente organizacionais.

Palavras-chave: Conhecimento; Dificuldades; Controlo de Infeção; Enfermagem; Hospitais.

ABSTRACT

Introduction: Healthcare-Associated Infections (HAIs) remain a significant challenge, despite the national strategies implemented for their control. Basic Infection Control Precautions (BICPs) constitute the first line of defence in preventing HAIs, making it essential for nurses to have adequate knowledge.

Objective: To analyse the level of knowledge, perceptions and conditioning factors that influence nurses' adherence to SICPs in the Emergency Department of a Local Health Unit in North of Portugal.

Methods: A quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional study was conducted in an emergency department of a Local Health Unit in Northern Portugal. The convenience sample comprised 83 nurses. Data were collected using a self-administered questionnaire, and inferential analysis included Chi-square and ANOVA tests ($p < 0.05$).

Results: Most nurses presented a moderate level of knowledge (57.8%). Professional experience and academic degree showed only an association with a positive trend regarding general knowledge, whereas specific training in infection control had a statistically significant impact on the level of knowledge. The main barrier identified was the high number of patients (79.5%). Continuous training (92.8%) was identified as the most effective strategy.

Conclusion: Nurses presented a moderate level of knowledge, although gaps persist. The results obtained highlight the importance of continuous training in this area and the presence of predominantly organisational difficulties.

Keywords: Knowledge; Barriers; Infection Control; Nursing; Hospitals.

RESUMEN

Introducción: Las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (IAAS) siguen siendo un desafío significativo, a pesar de las estrategias nacionales implementadas para su control. Las Precauciones Básicas de Control de Infecciones (PBCI) constituyen la primera línea de defensa en la prevención de las IAAS, por lo que es esencial que los enfermeros posean conocimientos adecuados.

Objetivo: Analizar el nivel de conocimiento, las percepciones y los factores condicionantes que influyen en la adhesión de los enfermeros a las PBCI en el Servicio de Urgencias de una Unidad Local de Salud del Norte de Portugal.

Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal, realizado en un servicio de urgencias de una Unidad Local de Salud del Norte de Portugal. La muestra, por conveniencia, estuvo compuesta por 83 enfermeros. Los datos se recogieron mediante un cuestionario autoadministrado y su análisis inferencial incluyó pruebas de Chi-cuadrado y ANOVA ($p < 0,05$).

Resultados: La mayoría de los enfermeros presentó un nivel moderado de conocimiento (57,8%). La experiencia profesional y el grado académico solo mostraron una asociación con tendencia positiva en relación con el conocimiento general, mientras que la formación específica en control de infecciones mostró un impacto estadísticamente significativo en el nivel de conocimiento. La principal barrera identificada fue el elevado número de pacientes (79,5%). La formación continua (92,8%) fue señalada como la estrategia más eficaz.

Conclusión: Los enfermeros presentaron un nivel moderado de conocimiento, aunque persisten lagunas. Los resultados obtenidos destacan la importancia de la formación continua en esta área y la presencia de dificultades predominantemente organizativas.

Palabras Clave: Conocimiento; Dificultades; Control de Infecciones; Enfermería; Hospitales

INTRODUÇÃO

A evolução da medicina e dos cuidados de saúde trouxe ganhos significativos em qualidade de vida e longevidade, mas também novos desafios à segurança do doente, entre os quais se destacam as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), um dos eventos adversos mais frequentes, com impacto na morbilidade, mortalidade e custos para os sistemas de saúde (Ferreira et al., 2021; Pina et al., 2010).

A nível global, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2024) estima que 7% dos doentes hospitalizados em países desenvolvidos e 15% em países em desenvolvimento adquiram pelo menos uma IACS. Estima-se ainda que ocorram cerca de 136 milhões de IACS resistentes a antibióticos por ano e que 75% da carga associada à resistência antimicrobiana seja atribuível a infeções adquiridas em contexto assistencial. Projeções da OMS e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico apontam para 3,5 milhões de mortes anuais associadas a IACS até 2050; no entanto, intervenções eficazes de prevenção podem evitar até 821 000 mortes por ano.

Na Europa, o European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC, 2022–2023) reporta uma prevalência média de 8% de IACS em hospitais de cuidados agudos. Em Portugal, a prevalência estimada é de 9,9%. Foi reforçada a resposta nacional com a criação, em 2013, do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA). O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026 nomeadamente nos pilares 4 e 5, enfatiza a importância do controlo de infeções como uma prioridade nacional.

As Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) constituem a primeira linha de defesa na prevenção das IACS e devem ser aplicadas em todos os cuidados e a todos os doentes. A Norma 029/2012 da Direção-Geral da Saúde define dez componentes: colocação de doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de Equipamento de Proteção Individual, tratamento do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento da roupa, recolha de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e prevenção da exposição ocupacional. Para além de prevenirem a transmissão cruzada, as PBCI contribuem para a mitigação da resistência antimicrobiana, ao reduzirem a incidência de infeções e a necessidade de utilização de antibióticos.

Os enfermeiros, pelo contacto direto e contínuo com os doentes, assumem um papel central na aplicação rigorosa das PBCI. O Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos

Enfermeiros atribuí ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, competências específicas na prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência antimicrobiana.

Apesar das orientações normativas e das estratégias implementadas, diversos estudos (Cunha et al., 2017; Fayaz et al., 2014) evidenciam obstáculos à adesão às PBCI, relacionados com fatores individuais e organizacionais, como lacunas de conhecimento, perceção do risco, sobrecarga de trabalho e limitações estruturais. A literatura sugere que, embora muitos enfermeiros apresentem níveis moderados de conhecimento, persistem fragilidades, particularmente em contextos de elevada exigência, como os serviços de urgência; tais resultados levantam questões sobre a eficácia das estratégias formativas e a influência de variáveis como experiência profissional e grau académico na consolidação do conhecimento e adesão às boas práticas.

Neste enquadramento, o presente estudo tem como objetivo analisar o nível de conhecimento, as perceções e os fatores condicionantes que influenciam a adesão dos enfermeiros às PBCI no Serviço de Urgência de uma Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal.

1. ESTADO DE ARTE

As PBCI são fundamentais na prevenção das IACS e na promoção da segurança, contudo estudos recentes evidenciam lacunas no conhecimento e na adesão dos enfermeiros. A literatura dos últimos cinco anos identifica barreiras à sua implementação e aponta estratégias de melhoria; o conhecimento relativamente à temática é influenciado por fatores como idade, formação académica e experiência profissional. A análise da literatura indica que, de forma geral, os profissionais apresentam níveis adequados de conhecimento nesta área. Por exemplo, Sodhi et al. (2022) constataram que a maioria dos enfermeiros apresentava conhecimento acima da média, embora tenham sido identificadas lacunas que requerem atenção. De forma semelhante, Althiyabi et al. (2023) reportaram resultados positivos relativamente ao conhecimento dos profissionais num serviço de urgência, e Hansen et al. (2023) verificaram níveis satisfatórios no cumprimento das diretrizes de prevenção e controlo de infeção. No entanto, Tafere et al. (2024) observaram que, apesar de uma parte substancial da amostra demonstrar conhecimentos adequados, persistem fragilidades relevantes entre determinados grupos de profissionais.

Em contrapartida, outros estudos revelaram resultados mais preocupantes. Azab et al. (2023) e Khudhur et al. (2024), embora com metodologias distintas — questionário autoaplicado e observação direta, respectivamente — convergem na identificação de deficiências significativas tanto no conhecimento como na aplicação prática das PBCI, especialmente em ambientes clínicos de maior exigência, como os serviços de urgência. Estes resultados sugerem que o conhecimento declarado pode não se traduzir necessariamente em práticas adequadas, o que destaca a importância de abordagens que combinem avaliação teórica com observação direta do desempenho clínico.

Apesar dos estudos indicarem níveis globais aceitáveis de conhecimento, os enfermeiros identificam várias barreiras à adesão às PBCI, ligados a fatores individuais e organizacionais.

No plano individual, destacam-se a falta de conhecimento técnico e a desmotivação profissional. Estudos como os de Driscoll e Evans (2022), Magadze et al. (2022) e Azab et al. (2023) apontam a escassez de formação atualizada como fator crítico. A desmotivação, por sua vez, é destacada por Sodhi et al. (2022) e Driscoll e Evans (2022) como um obstáculo relevante à adoção rigorosa das PBCI.

Do ponto de vista organizacional, sobressaem o excesso de trabalho, a escassez de tempo durante o turno, e as limitações físicas dos serviços. Sodhi et al. (2022), Driscoll & Evans (2022) e Jalal et al. (2025) identificam estes fatores como barreiras recorrentes. As infraestruturas desadequadas, como a ausência de salas de isolamento e espaços reduzidos, foram também apontadas por Magadze et al. (2022) e Hansen et al. (2023). A escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e a falta de apoio da gestão, aliadas a falhas na comunicação com os líderes de equipa, comprometem ainda mais a adesão às PBCI (Driscoll & Evans, 2022; Magadze et al., 2022).

Vários estudos identificam medidas eficazes para colmatar as barreiras mencionadas. A formação contínua, contextualizada nas realidades clínicas, é amplamente destacada como a principal estratégia para reforçar o conhecimento e a adesão dos profissionais (Sodhi et al., 2022; Tafere et al., 2024; Thazha et al., 2021). A presença de supervisores dedicados à implementação das PBCI, bem como o fornecimento de feedback às equipas através de auditorias internas, também são valorizadas como mecanismos de reforço (Driscoll & Evans, 2022).

Para além das abordagens tradicionais, estratégias baseadas em tecnologias emergentes, como a Inteligência Artificial (IA), têm sido propostas como ferramentas de apoio à monitorização e melhoria da adesão às PBCI. Jalal et al. (2025) propõem sistemas

inteligentes capazes de rastrear o cumprimento das normas em tempo real e que contribuem para a criação de ambientes mais seguros.

Globalmente, o conhecimento dos enfermeiros revela-se aceitável, mas condicionado por fatores contextuais. No serviço de urgência, a sua complexidade exige intervenções estruturadas e contínuas. Assim, o presente estudo procura contribuir para o aprofundamento da evidência sobre o conhecimento e a prática das PBCI no contexto específico dos serviços de urgência em Portugal.

Para orientar a investigação, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- Qual é o nível de conhecimento demonstrado pelos enfermeiros do serviço de urgência sobre as PBCI?
- Que formação possuem os enfermeiros do serviço de urgência no que se refere ao controlo de infeção?
- Quais são as principais barreiras identificadas pelos enfermeiros à adesão e cumprimento das PBCI?
- Quais são as estratégias consideradas mais eficazes, na perspetiva dos Enfermeiros, para promover a adesão dos enfermeiros às PBCI?

Em consonância, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre as PBCI;
- Compreender a perceção dos enfermeiros sobre a importância, aplicabilidade e fatores que condicionam a adesão às PBCI no SU;
- Identificar as necessidades formativas e estruturais referidas pelos profissionais como determinantes para a melhoria da adesão às PBCI;
- Relacionar características sociodemográficas e profissionais com o conhecimento e a perceção dos enfermeiros sobre as PBCI.

2. METODOLOGIA

Este estudo é de natureza quantitativa, com um desenho descritivo, correlacional e transversal e foi utilizado, como instrumento de recolha de dados, um questionário autoaplicado elaborado pela autora (presente em Apêndice XI).

2.1 Amostra

A população-alvo integrou 98 enfermeiros em exercício no Serviço de Urgência de uma Unidade Local de Saúde do Norte. Recorreu-se à técnica de amostragem não probabilística por conveniência, incluíram-se os profissionais em funções durante o período de recolha de dados e excluíram-se os enfermeiros com cargos de gestão ou de referência. Após 13 recusas, a amostra final foi constituída por 83 enfermeiros.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

O questionário, desenvolvido pela autora, dividiu-se em três partes.

A Parte I, constituída pelas variáveis sociodemográficas: género (Masculino / Feminino / Outro), grupo etário (inferior a 30 anos, entre 31 e 44 anos e igual ou superior a 45 anos), nível de formação em Enfermagem (licenciatura, pós-licenciatura, mestrado), o tempo de experiência como Enfermeiro e frequência de participação em formação na área do controlo de infeção, independentemente da sua natureza ou modalidade (nenhuma vez, uma vez, duas ou mais vezes).

A Parte II integra dez questões fechadas, correspondentes a cada uma das dez PBCI; cada questão apresentava quatro opções de resposta, das quais apenas uma era correta. Contudo, era permitida a seleção de mais do que uma opção de resposta, com o objetivo de reduzir a resposta por exclusão ou seleção aleatória e, assim, aumentar a validade dos dados recolhidos. Sempre que o participante selecionava mais do que uma opção ou assinalava uma opção incorreta, a resposta era considerada errada. As questões colocadas foram: na admissão do doente no Serviço de Urgência, deve-se ter especial atenção os seguintes aspetos na colocação de utentes; indique os 5 momentos obrigatórios para higienização das mãos; qual/quais das seguintes medidas faz/fazem parte da correta etiqueta respiratória; relativamente aos EPI's, qual das seguintes afirmações considera correta; no tratamento do equipamento clínico, que aspetos são considerados corretos; quais as medidas que contribuem para um controlo ambiental eficaz; que aspetos devem ser considerados no manuseamento da roupa suja; como deve ser descartado o material e resíduos hospitalares e/ou resultantes da prestação de cuidados; que cuidados devem ser seguidos na prática segura na preparação e administração de injetáveis; o risco de exposição a agentes microbianos é um dos riscos mais importantes a que os profissionais

de saúde estão sujeitos, deve saber que é considerado exposição de risco qual das seguintes opções.

A Parte III, constituída por três questões abertas: frequência de formação em controlo de infeção, identificação das dificuldades na adesão às PBCI e sugestões de estratégias para colmatar as necessidades percecionadas.

Apesar de não ter sido realizado um pré-teste ou validação por peritos que permitisse avaliar a clareza e a compreensão do instrumento, as questões do instrumento de recolha de dados foram elaboradas com base nas recomendações da norma atualmente em vigor, Norma n.º 029/2012, atualizada em 2013, da Direção-Geral da Saúde, relativas às PBCI, com o intuito de assegurar a relevância e adequação dos conteúdos avaliados.

A recolha de dados decorreu em agosto de 2025, por via digital, através de um questionário Google Forms enviado para os emails institucionais dos Enfermeiros do SU. Teve início após autorização formal do Gestor do SU e a aprovação pela comissão de ética da instituição (processo n.º 0059/CES/JAS, de 11 de julho de 2025). Garantiram-se os princípios éticos da investigação em saúde: anonimato, confidencialidade e participação voluntária, com esclarecimento prévio dos objetivos do estudo. Não existiram conflitos de interesse. Os dados recolhidos foram armazenados digitalmente pela investigadora principal.

2.3 Análise estatística

Procedeu-se a uma análise estatística descritiva, com uso de tabelas de frequências (variáveis nominais) e cálculo de média, desvio padrão (DP), mínimo e máximo (variáveis quantitativas).

Procurou-se detetar diferença estatisticamente significativa no conhecimento sobre as PBCI consoante a formação académica (Licenciatura, Pós-licenciatura, Mestrado) e o tempo de serviço como enfermeiro (respostas agrupadas em três categorias - < a 5 anos, entre 5 e 10 anos, > a 10 anos de experiência profissional).

Para analisar o conhecimento dos enfermeiros sobre as PBCI, foi atribuída pontuação de 1 ponto por cada resposta correta, numa escala de 0 a 10 pontos. Os resultados foram categorizados da seguinte forma: 0 a 3 - nível baixo de conhecimento, 4 a 7 - nível moderado, 8 a 10 - nível elevado. A avaliação objetiva do conhecimento sobre PBCI foi operacionalizada por 10 variáveis dependentes qualitativas (respostas corretas

por item das PBCI) e 1 variável dependente quantitativa (pontuação total do conhecimento).

Dado o tipo de variáveis, recorreu-se a duas estratégias de análise inferencial:

- Para a comparação da frequência de respostas corretas entre grupos: testes de independência do Qui-Quadrado de Pearson;
- Para comparar a pontuação total entre diferentes grupos: teste ANOVA de uma via (One-Way ANOVA).

Assumiu-se a normalidade das distribuições com base no Teorema do Limite Central, dado o tamanho da amostra ($n > 30$). Foi ainda analisada a correlação linear entre a pontuação total de conhecimento e o tempo de serviço em enfermagem, com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson, com nível de significância definido em 5% ($p < 0,05$). Toda a análise estatística foi realizada com recurso ao software IBM SPSS Statistics 24.0 (Chicago, IL).

3. RESULTADOS OBTIDOS

Apresentam-se os resultados relativos à caracterização da amostra, ao nível de conhecimento e à perceção dos enfermeiros sobre as PBCI, as barreiras à adesão e as relações com as variáveis socioprofissionais.

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA

A amostra do estudo foi constituída por 83 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (74,7%). Quanto à idade, 33,7% tinham até 30 anos, 45,8% pertenciam ao grupo 31–44 anos e 20,5% tinham 45 anos ou mais.

Relativamente à formação académica, observou-se um predomínio de enfermeiros com licenciatura (80,7%), seguidos dos que possuíam pós-licenciatura (10,8%) e mestrado (8,4%). No que respeita ao tempo de experiência profissional, 15,7% exerciam há menos de 5 anos, 38,6% tinham entre 5 e 10 anos de experiência e 45,8% trabalhavam como enfermeiros há mais de 10 anos. A média de anos de experiência foi de 12,9 anos (DP=9,4) e variou entre 1 e 39 anos.

No que concerne à formação no âmbito de controlo de infeção (dentro ou fora da instituição), 36,1% dos participantes referiram nunca ter frequentado qualquer ação

formativa nesta área, 45,8% indicaram tê-la frequentado uma vez e 18,1% afirmaram ter participado em formação duas ou mais vezes.

NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE AS PBCI

Os resultados revelaram que 57,8% dos enfermeiros apresentaram um nível moderado de conhecimento sobre as Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI). Cerca de 22,9% evidenciaram um nível baixo de conhecimento, enquanto apenas 19,3% demonstraram um nível elevado. A pontuação global variou entre 1 e 9 pontos, com uma média de 5,3 (DP = 2,1) numa escala de 0 a 10, o que indicou um desempenho globalmente moderado. Apesar disso, observa-se que o grupo com menor nível de conhecimento (22,9%) foi ligeiramente superior ao grupo com conhecimento elevado (19,3%), o que aponta para a necessidade de melhoria no domínio do tema.

Especificamente e após a análise individual de cada item das PBCI, destaca-se que a etiqueta respiratória e a colocação de doentes foram os temas com maior percentagem de respostas corretas, 88,0% e 69,9% respetivamente. A existência de temas com percentagens baixas de respostas corretas, como por exemplo a utilização de EPI com 34,9% e as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis com 24,1%, poderá expressar fragilidades sobre assuntos específicos das PBCI.

PERCEÇÃO E BARREIRAS NA ADESÃO ÀS PBCI

As estratégias consideradas mais eficazes para promover a adesão às PBCI e as principais barreiras identificadas pelos participantes encontram-se sintetizadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Adesão às PBCI: estratégias de promoção e barreiras percebidas

	n	%
Qual considera a forma mais eficaz para promover a adesão ao cumprimento das PBCI?		
Sessões de formação	77	92,8
Auditorias ao serviço de urgência com feedback à equipa	45	54,2
Panfletos e informação distribuída pelo serviço	18	21,7
Principais barreiras e dificuldades para o cumprimento das PBCI no seu local de trabalho		
Número elevado de doentes	66	79,5
Estrutura física do serviço de urgência	49	59,0

Falta de formação no âmbito do controlo de infeção	45	54,2
Falta de conhecimento sobre controlo de infeção e PBCI	42	50,6
Falta de tempo	38	45,8
Desmotivação profissional	17	20,5
Pouca perceção da eficácia das PBCI	11	13,3
Falta de equipamentos de proteção individual	7	8,4
Falta de apoio por parte da gestão	7	8,4
Outros	1	1,2

A formação foi considerada, por 92,8% dos profissionais da amostra, a estratégia mais eficaz para promover a adesão às PBCI. No entanto, verificou-se anteriormente que uma proporção considerável da amostra nunca frequentou formação nesta área. Esta discrepância sugere que, apesar de valorizada, a formação não é frequentada de forma consistente pelos profissionais.

Relativamente às barreiras, os participantes destacaram o elevado número de doentes e as limitações da estrutura física dos serviços, evidenciando o impacto dos fatores organizacionais. Em contraste, a reduzida perceção da eficácia das PBCI teve menor impacto, o que sugere que, teoricamente, estas práticas são valorizadas pelos profissionais.

RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIOPROFISSIONAIS E O NÍVEL DE CONHECIMENTO

Procedeu-se à análise das relações entre o nível de conhecimento sobre as PBCI e três variáveis socioprofissionais.

- **Experiência profissional**

A relação entre a pontuação total de conhecimento e os anos de experiência individualmente foi analisada através do coeficiente de correlação de Pearson. Observou-se uma tendência de associação positiva, em que a pontuação total de conhecimento tende a ser ligeiramente superior entre profissionais com mais anos de experiência; contudo, esta relação não foi estatisticamente significativa ($p = 0,207 > 0,05$).

Realizou-se ainda a análise comparativa das médias por grupo de enfermeiros, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 - Pontuação no nível de conhecimento sobre PBCI segundo o tempo de experiência (ANOVA)

	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	p
Inferior a 5 anos	13	4,7	2,1	2	8	0,504
5 a 10 anos	32	5,3	1,9	1	9	
Mais de 10 anos	38	5,5	2,2	2	9	

Verificou-se uma tendência crescente das médias de acordo com a experiência profissional. Esta evolução, embora sem significância estatística ($p = 0,504$), sugere novamente que o tempo de serviço pode estar associado a um maior conhecimento sobre as PBCI.

Esta insignificância estatística pode ser explicada pela elevada variabilidade das respostas dentro de cada grupo (com DP entre 2,1, 1,9 e 2,2), pelo reduzido número de participantes com menos de 5 anos de experiência ($n = 13$), ou ainda pela natureza multifatorial do conhecimento sobre PBCI, que pode não depender exclusivamente da experiência profissional.

Tabela 3 – Frequência de respostas corretas sobre PBCI consoante tempo de experiência como enfermeiro (testes de Qui-Quadrado de Pearson)

Tema	Tempo de experiência como enfermeiro			p
	Inferior a 5 anos (n=13)	5 a 10 anos (n=32)	Mais de 10 anos (n=38)	
Colocação dos doentes	11 (84,6%)	21 (65,6%)	26 (68,4%)	0,437
Higienização das mãos	7 (53,8%)	18 (56,2%)	19 (50,0%)	0,871
Etiqueta Respiratória	11 (84,6%)	30 (93,8%)	32 (84,2%)	0,437
Utilização de EPI's	3 (32,1%)	13 (40,6%)	13 (34,2%)	0,530
Tratamento do equipamento clínico	7 (53,8%)	24 (75,0%)	27 (71,1%)	0,366
Controlo ambiental	7 (53,8%)	18 (56,2%)	24 (63,2%)	0,773
Manuseamento seguro da roupa	5 (38,5%)	14 (43,8%)	17 (44,7%)	0,924
Recolha segura de resíduos	3 (23,1%)	8 (25,0%)	23 (60,3%)	<0,05
Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis	0 (0,0%)	5 (15,6%)	15 (39,5%)	<0,05
Exposição de risco no local de trabalho	7 (53,8%)	20 (62,5%)	12 (31,6%)	<0,05

Conforme apresentado na Tabela 3, ao analisar item a item, em três domínios - recolha segura de resíduos, prática segura na preparação e administração de injetáveis e exposição ao risco no local de trabalho - observou-se uma associação estatisticamente significativa, o que indica que a frequência de respostas corretas nestes itens é tanto maior quantos mais anos de experiência profissional tem o enfermeiro.

Estes dados poderão indicar que o conhecimento aumenta nos itens onde a prática diária tem maior impacto e não necessariamente sobre os temas onde seja exigido um maior estudo e formação.

- Formação académica

As médias de conhecimento por nível de formação encontram-se na Tabela 4.

Tabela 4 – Pontuação no nível de conhecimento sobre PBCI consoante formação académica em enfermagem (teste 1-way ANOVA)

	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	<i>p</i>
Licenciatura	67	5,2	2,1	1	9	0,546
Pós-licenciatura	9	5,9	2,5	2	9	
Mestrado	7	5,7	1,8	3	8	

Verifica-se que os enfermeiros com pós-licenciatura e com mestrado apresentam médias de conhecimento superiores quando comparados com os detentores apenas de licenciatura. Contudo, apesar desta tendência, a análise inferencial não evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p = 0,546$), talvez por conta da dimensão reduzida da amostra.

Tais resultados podem sugerir limitações na formação base e inicial dos Enfermeiros relativamente às PBCI, sugerindo a necessidade de uma maior integração destes conteúdos nos currículos de base.

Tabela 5 – Frequência de respostas corretas sobre PBCI consoante formação académica em enfermagem (testes de Qui-Quadrado de Pearson)

Tema	Formação académica em enfermagem			<i>p</i>
	Licenciatura (n=67)	Pós-licenciatura (n=9)	Mestrado (n=7)	
Colocação dos doentes	46 (68,7%)	7 (77,8%)	5 (71,4%)	0,851
Higienização das mãos	36 (53,7%)	4 (44,4%)	4 (57,1%)	0,849
Etiqueta Respiratória	58 (86,6%)	8 (88,9%)	7 (100,0%)	0,581
Utilização de EPI's	24 (35,8%)	3 (33,3%)	2 (28,6%)	0,924
Tratamento do equipamento clínico	47 (70,1%)	8 (88,9%)	3 (42,9%)	0,137
Controlo ambiental	38 (56,7%)	6 (66,7%)	5 (71,4%)	0,667
Manuseamento seguro da roupa	27 (40,3%)	5 (55,6%)	4 (57,1%)	0,511
Recolha segura de resíduos	25 (37,3%)	5 (55,6%)	4 (57,1%)	0,383
Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis	14 (20,9%)	3 (33,3%)	3 (42,9%)	0,343
Exposição de risco no local de trabalho	32 (47,8%)	4 (44,4%)	3 (42,9%)	0,957

De acordo com a Tabela 5, ao analisar item a item, não se verificaram associações estatisticamente significativas entre o nível de formação acadêmica e as respostas a cada item das PBCI.

Embora nem a experiência profissional nem a formação acadêmica apresentem significado estatístico quando analisadas em relação ao conhecimento global, verificou-se que, em alguns itens específicos das PBCI, a experiência profissional tem impacto positivo nas respostas. Este padrão sugere que, quando comparados estes dois fatores, a experiência profissional poderá assumir um papel mais influente no aumento do conhecimento em determinados domínios.

- Frequência de formação em controlo de infeção

A relação entre formação específica e pontuação total é apresentada na Tabela 6.

Tabela 6 – Pontuação no nível de conhecimento sobre PBCI consoante frequência em algum curso no âmbito de controlo de infeção (teste 1-way ANOVA)

	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	<i>p</i>
Nenhuma vez	30	4,7	1,9	1	9	<0,05
Uma vez	38	5,3	2,0	2	8	
Duas vezes ou mais	15	6,5	1,9	1	9	

Aqui, resultados revelaram-se estatisticamente significativos ($p < 0,05$). Os inquiridos que participaram mais frequentemente em ações de formação nesta área apresentaram níveis de conhecimento superiores sobre as PBCI - observou-se um padrão consistente de aumento do conhecimento à medida que a participação em formação aumenta.

Destaca-se que esta variável constituiu o único fator, entre os analisados — nomeadamente os anos de experiência profissional e o nível de formação acadêmica — que demonstrou um impacto estatisticamente significativo no conhecimento geral. Estes resultados sugerem que a formação contínua e específica em controlo de infeção desempenha um papel determinante na consolidação do conhecimento.

Tabela 7 – Frequência de respostas corretas sobre PBCI consoante frequência em algum curso no âmbito de controlo de infeção (testes de Qui-Quadrado de Pearson)

Tema	Frequência em algum curso no âmbito de controlo de infeção			<i>p</i>
	Nenhuma vez (n=30)	Uma vez (n=38)	Duas vezes ou mais (n=15)	

Colocação dos doentes	18 (60,0%)	28 (73,7%)	12 (80,0%)	0,304
Higienização das mãos	13 (43,3%)	25 (65,8%)	6 (40,0%)	0,098
Etiqueta Respiratória	29 (96,7%)	32 (84,2%)	12 (80,0%)	0,170
Utilização de EPI's	6 (20,0%)	14 (36,8%)	9 (60,0%)	<0,05
Tratamento do equipamento clínico	16 (53,3%)	29 (76,3%)	13 (86,7%)	<0,05
Controlo ambiental	18 (60,0%)	22 (57,9%)	9 (60,0%)	0,981
Manuseamento seguro da roupa	13 (43,3%)	12 (31,6%)	11 (73,3%)	<0,05
Recolha segura de resíduos	13 (43,3%)	10 (26,3%)	11 (73,3%)	<0,05
Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis	6 (20,0%)	7 (18,4%)	7 (46,7%)	0,077
Exposição de risco no local de trabalho	10 (33,3%)	21 (55,3%)	8 (53,3%)	0,171

Ao analisar cada item das 10 PBCI, conforme a Tabela 7, apenas em 4 tópicos é que a relação formação e conhecimento foi estatisticamente relevante, com valores de $p < 0,05$. Tais resultados sugerem um efeito positivo e acumulativo da formação especificamente nestes domínios.

4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O estudo permitiu identificar o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre as PBCI e compreender a influência da experiência profissional, do nível académico e da formação específica. Permitiu ainda esclarecer a perceção dos enfermeiros sobre o controlo de infeção, através da identificação das estratégias de adesão e principais barreiras, o que responde às questões de investigação e aos objetivos propostos.

Os resultados revelaram que a maioria dos enfermeiros demonstrou um nível moderado de conhecimento sobre as PBCI, com uma média global de 5,3 (0–10). Embora mais de metade dos participantes apresentasse um nível de conhecimento moderado, persistem lacunas relevantes, uma vez que 22,9% da amostra evidenciou um nível baixo de conhecimento. Estes resultados são consistentes com os achados de Althiyabi et al. (2023), cuja amostra era constituída também por enfermeiros de urgência, embora tenha demonstrado uma proporção elevada de conhecimento adequado, identificou igualmente lacunas importantes, com 25,5% dos enfermeiros amostra revelarem conhecimentos inadequados.

Além disso, o nível de conhecimento dos enfermeiros deste estudo está relacionado outro resultado obtido: a frequência de formação destes profissionais. A relação entre conhecimento e frequência de formação específica em controlo de infeção revelou-se estatisticamente significativa, e destaca-a como um fator determinante na

aquisição de conhecimento. Tal como no estudo de Tafere et al. (2024), em que os enfermeiros com formação prévia demonstraram 2,5 vezes mais conhecimento do que aqueles sem formação, também no presente estudo se constatou que o conhecimento aumenta à medida que a participação em formação se torna mais frequente. Estes dados reforçam a importância de programas de formação contínua e contextualizada, fundamentais para a atualização de competências e adesão consistente às PBCI.

Quanto à formação académica e à experiência profissional, apesar de se observarem tendências que sugerem níveis de conhecimento superiores entre enfermeiros com maior grau académico e mais anos de experiência, essas relações não atingiram significância estatística. Resultados semelhantes foram encontrados por Tafere et al. (2024), que identificaram menor conhecimento entre enfermeiros com formação académica inferior, e por Thazha et al. (2021), cujo estudo demonstrou maior conhecimento entre profissionais com graus académicos mais elevados. Em relação à experiência profissional, Sodhi et al. (2022) e Althiyabi et al. (2023) observaram um aumento do conhecimento proporcional aos anos de experiência, enquanto Tafere et al. (2024) reportaram maior conhecimento entre profissionais com menos de 10 anos de experiência. A heterogeneidade dos resultados evidencia que o conhecimento sobre PBCI pode depender de múltiplos fatores e contextos organizacionais, sugerindo que a influência da formação e da experiência nem sempre é linear. Resultados semelhantes aos do presente estudo foram reportados por Azab et al. (2018), que não identificaram associações significativas entre conhecimento e variáveis socioprofissionais, o que poderá estar relacionado com amostra do estudo ser de dimensão semelhante.

A análise dos itens específicos das PBCI revelou que, em três dos dez temas avaliados — recolha segura de resíduos, preparação e administração segura de injetáveis e exposição de risco — o desempenho aumentou proporcionalmente à experiência profissional. Estes resultados podem refletir a aprendizagem experiencial, particularmente em tarefas que envolvem risco clínico e que são realizadas de forma mais repetida no contexto de urgência. Apesar de não terem sido encontrados estudos semelhantes, a literatura que defende a experiência como parte do processo de aprendizagem. Autores como Table & Jacometo (2017) defendem que “o processo de aprendizagem acontece a partir da aquisição de conhecimentos, habilidades, valores e atitudes através do estudo, do ensino ou da experiência” (p.79). Mais ainda, a experiência profissional pode constituir um fator potenciador na aquisição de conhecimento. De acordo com Benner, citada por Melnyk & Fineout-Overholt (2018) a competência

profissional desenvolve-se progressivamente com a experiência, mas só se transforma em conhecimento científico quando associada à prática reflexiva e baseada na evidência.

O item relativo à “Utilização de EPI” destacou-se pelo elevado número de respostas incorretas (34,9%), o que indica fragilidades importantes nesta área. Estudos de Azab et al. (2018) e Magadze et al. (2022) corroboram esta evidência pois associa o uso inadequado de EPI ao aumento do risco de infecções associadas aos cuidados de saúde.

As principais barreiras identificadas à adesão às PBCI foram o número elevado de doentes (79,5%) e as limitações da estrutura física do SU (59%). Estes resultados colocam em evidência barreiras de natureza organizacional, que têm sido amplamente descritas na literatura. Sodhi et al. (2022) e Driscoll & Evans (2022) identificaram a sobrecarga de trabalho e o tempo insuficiente como fatores que dificultam o cumprimento das precauções, enquanto Magadze et al. (2022) e Hansen et al. (2023) destacaram infraestruturas inadequadas como elementos que comprometem a adesão às medidas de controlo de infeção. Embora com menos expressão percentual na amostra do estudo, a desmotivação profissional constitui uma barreira relevante à adesão, na medida em que são fatores psicossociais que influenciam o comportamento profissional. Estes resultados poderão reforçar a importância de estratégias institucionais que promovam não apenas formação técnica, mas também envolvimento e valorização dos profissionais.

Relativamente às estratégias consideradas mais eficazes pelos participantes, destacaram-se as sessões de formação (92,8%) e as auditorias com feedback (54,2%). A literatura é consensual quanto à importância destas medidas: Thazha et al. (2021), Sodhi et al. (2022) e Tafere et al. (2024) demonstraram que a formação contínua e o feedback sistemático melhoram a adesão às práticas preventivas, enquanto as recomendações da Organização Mundial da Saúde (2016) incluem auditorias e educação como pilares essenciais dos programas de controlo de infeção.

Em síntese, os resultados evidenciam um nível moderado de conhecimento, com fragilidades nas áreas críticas das PBCI, influenciadas por lacunas formativas e barreiras organizacionais. As propostas dos profissionais, como formação contínua e auditorias com feedback, reforçam a necessidade de estratégias institucionais integradas. Estes dados respondem de forma coerente aos objetivos traçados neste estudo, e contribuem com evidência empírica para a melhoria das práticas de controlo de infeção em serviços de urgência.

CONCLUSÃO

O presente estudo analisou o conhecimento e as percepções dos enfermeiros relativamente às Precauções Básicas de Controlo de Infeção e identificou os fatores condicionantes na sua adesão. Verificou-se um nível moderado de conhecimento, com lacunas relevantes, não se observando associação estatisticamente significativa com a experiência profissional ou o grau académico. A formação em controlo de infeção foi a única variável com impacto significativo no aumento do conhecimento, o que reforça a importância de programas formativos contínuos, estruturados e baseados em evidência.

Os resultados evidenciam um conhecimento fragmentado da Norma 029/2012 da DGS e identificam como principais barreiras a sobrecarga de doentes, limitações estruturais e insuficiente formação, apontando para constrangimentos predominantemente organizacionais. Estes dados sublinham a necessidade de estratégias institucionais que integrem reforço formativo, supervisão e melhoria das condições estruturais.

Entre as limitações do estudo, destaca-se o facto da amostra restringir-se a um único serviço hospitalar, o que limita a generalização dos resultados. Além disso, o instrumento de recolha de dados, embora construído com base na evidência, não foi submetido a validação externa, o que poderá afetar a precisão das inferências.

Recomenda-se a realização de investigações futuras com metodologias mistas, incluindo observação direta e avaliação longitudinal do impacto de programas formativos e auditorias com feedback estruturado, para aprofundar a influência no conhecimento sobre fatores condicionantes para a adesão às PBCI.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA RESULTANTE DO ESTUDO

Este estudo deu origem a um artigo científico já aceite para publicação na revista *Millenium – Journal of Education, Technologies and Health*, revista científica indexada em bases de dados internacionais como Scopus, SciELO, DOAJ, Latindex e Dialnet. (Anexo IV).

AGRADECIMENTOS

Agradece-se à unidade local de saúde onde foi realizado o estudo e aos enfermeiros do Serviço de Urgência pela colaboração na recolha de dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Althiyabi, F. S., Khuded, F. M., Alzaidi, F. M., Alswat, A. S. G., Alotaibi, F. S. B., Alotaibi, W. S. B., Alotaibi, K. I. A., Alshehri, F. A. H., Almutairi, A. M. A., & Alnathli, J. A. A. (2024). Assessment of nursing knowledge and practice toward prevention of acquired infections in the emergency department of King Faisal Medical Complex in Taif. *SAGE Open Medicine*, 12, 1–8. <https://doi.org/10.1177/20503121231222341>
- Associação Nacional de Controlo de Infecção. (2024, setembro). *Newsletter ANCI n.º 23* [Boletim informativo]. https://www.anci.pt/sites/default/files/newsletteranci_23_2024_final.pdf
- Azab, W. A., Soliman, N. M., & Melika, F. F. (2023). Nurses' performance and barriers to use infection control standard precautions in the emergency unit. *Egyptian Journal of Health Care*, 14(4). <https://doi.org/10.21608/EJHC.2023.379499>
- Cunha, Q. B., Camponogara, S., Freitas, E. O., Pinno, C., Dias, G. L., & Cesar, M. P. (2017). Fatores que interferem na adesão às precauções padrão por profissionais da saúde: Revisão integrativa. *Enfermagem em Foco*, 8(1), 72–76.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 029/2012: Precauções básicas do controlo da infeção*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Driscoll, B., & Evans, D. (2022). Nursing infection control practice adherence, related barriers, and methods of intervention. *The Journal of Nursing Administration*, 52(3), 132–137. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001120>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2024). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals*. Stockholm. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/healthcare-associated-point-prevalence-survey-acute-care-hospitals-2022-2023.pdf>

- Fayaz, S. H., Higuchi, M., Hirose, T., Sarker, M. A. B., Djabbarova, Z., & Hamajima, N. (2014). Knowledge and practice of universal precautions among health care workers in four national hospitals in Kabul, Afghanistan. *Journal of Infection in Developing Countries*, 8(4), 535–542. <https://doi.org/10.3855/jidc.4143>
- Ferreira, M. M., Romero, C., Vidal, D., Ferreira, C., & Nogueira, M. (2021). *Higienização das mãos: Uma estratégia major na prevenção das IACS*. <https://www.researchgate.net/publication/350374595>
- Hansen, M. J. T., Storm, M., Syre, H., Dalen, I., & Husebø, A. M. L. (2023). Attitudes and self-efficacy towards infection prevention and control and antibiotic stewardship among nurses: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(30–31), 6268–6286. <https://doi.org/10.1111/jocn.16657>
- Jalal, S. M., Jalal, S. H., Alasmakh, K. E., Alnasser, Z. H., Alhamdan, W. Y., & Alabdullatif, A. A. (2025). Nurses' perception of artificial intelligence-driven monitoring systems for enhancing compliance with infection prevention and control measures in Al-Ahsa, Saudi Arabia. *Cureus*, 17(4), e82943. <https://doi.org/10.7759/cureus.82943>
- Khudhur, F. H., & Abdul-Wahhab, M. M. (2024). Nurses' adherence to infection control practices in emergency departments. *South Eastern European Journal of Public Health*, 810–814. <https://doi.org/10.70135/seejph.vi.1384>
- Magadze, T. A., Nkhwashu, T. E., Moloko, S. M., & Chetty, D. (2022). The impediments of implementing infection prevention control in public hospitals: Nurses' perspectives. *Health SA Gesondheid*, 27, Article 2033. <https://doi.org/10.4102/hsag.v27i0.2033>
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2014). The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: Proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 5–15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12021>
- 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*. Diário da República, Série II, n.º 135, pp. 19359–19370. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

- World Health Organization. (2016). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/251730/9789241549929-eng.pdf>
- World Health Organization. (2024). Global report on infection prevention and control 2024. WHO.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Número Temático*(10).
- Sodhi, K., Arya, M., Chanchalani, G., Sinha, V., Savio, R. D., Kumar, A., Ahmed, A., Jagiasi, B., Agarwal, D., Jagathkar, G., Khasne, R., Sahasrabudhe, S. S., Jha, S. K., Sahoo, T. K., Mittal, V., HR, H., Bansal, S., Agarwal, C., & Kumar, M. (2022). Comparison of knowledge and awareness of infection control practices among nurses in India: A cross-sectional survey. *American Journal of Infection Control, 50*, 1368–1373. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2022.02.014>
- Tabile, A. N. H., & Jacometo, G. C. (2017). Fatores influenciadores no processo de aprendizagem. *Revista Psicopedagogia, 34*(103), 75–86. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v34n103/08.pdf>
- Tafere, T. Z., Belachew, T. B., Feleke, D. G., & Adal, G. M. (2024). Assessment of knowledge and practice of nurses regarding infection prevention and associated factors at Debre Tabor Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. *Frontiers in Public Health, 11*, Article 1225570. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1225570>
- Thazha, S. K., Cruz, J. P., Alquwez, N., Scaria, B., Rengan, S. S., & Almazan, J. U. (2022). Infection prevention and control awareness, attitudes, and practices among healthcare professionals in South India. *Journal of Infection in Developing Countries, 16*(4), 659–667. <https://doi.org/10.3855/jidc.14746>

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

A elaboração do presente relatório final de estágio representou um momento de reflexão crítica sobre o percurso formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em EMCPS. Ao longo dos diferentes contextos de estágio foi possível consolidar conhecimentos, desenvolver competências especializadas e aprofundar a compreensão do papel do EE na prestação de cuidados diferenciados.

Os contextos clínicos do SCIRA, do SMI e do SUMC proporcionaram experiências complementares que permitiram uma visão integrada dos cuidados à pessoa em situação crítica. Cada contexto contribuiu de forma distinta para o desenvolvimento das competências profissionais, desde a dimensão organizacional e estratégica, até à prestação direta de cuidados em situações de complexidade clínica.

O desenvolvimento das competências comuns do EE evidenciou-se através da integração de princípios éticos e legais na prática clínica, da participação em projetos de melhoria contínua da qualidade, da gestão e coordenação dos cuidados e da promoção das aprendizagens profissionais. Paralelamente, as competências específicas da especialidade foram consolidadas através da prestação de cuidados diferenciados à PSC, da intervenção em contextos de emergência e da implementação de estratégias de prevenção e controlo de infeção e RAM.

A realização do estudo de investigação permitiu aprofundar o conhecimento relativamente às PBCI, evidenciando a importância da formação contínua e da sensibilização dos profissionais para a adoção de práticas seguras. A integração desta componente científica reforçou a importância da investigação enquanto instrumento fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados e para o desenvolvimento da prática baseada na evidência.

Globalmente, o percurso formativo contribuiu para o desenvolvimento de uma prática profissional mais crítica, reflexiva e fundamentada cientificamente. A experiência adquirida permitiu reforçar a importância do EE enquanto profissional capaz de liderar processos de melhoria da qualidade, promover a segurança do doente e prestar cuidados diferenciados à PSC e à sua família.

O presente relatório constitui, assim, a síntese de um percurso de crescimento pessoal e profissional, que representa não apenas a conclusão de uma etapa formativa, mas também um contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.
- Considine, J., Jones, D., & Bellomo, R. (2021). Systems for recognition and response to deteriorating emergency department patients: A scoping review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29, 69. DOI: 10.1186/s13049-021-00882-6
- Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., ... Curtis, J. R. (2017). Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Critical Care Medicine*, 45(1), 103–128. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>
- Decreto-Lei n.º 29/2024. (2024). Diário da República, n.º 68. Série I de 5-4-2024. 3–26. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/04/06800/0000300026.pdf>
- Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República n.º102, Série II de 27-05-2015. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 029/2012: Precauções básicas do controlo da infeção*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 015/2013: Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- Dowd, T. (2018). Katherine Kolcaba: The theory of comfort. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (9th ed., pp. 527–539). Elsevier.
- Gracia, D. (2008). *Fundamentos de bioética*. Triacastela.
- Hattie, J. (2009). *Visible learning: A synthesis of over 800 meta-analyses relating to achievement*. [Ebook]. Inspirasi Foundation. https://inspirasifoundation.org/wp-content/uploads/2020/05/John-Hattie-Visible-Learning_-A-synthesis-of-over-800-meta-analyses-relating-to-achievement-2008.pdf
- Im, E. (2018). Afaf Ibrahim Meleis: Transitions Theory. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (9th ed., pp. 309-322). Elsevier.

- Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. Lei de Bases da Saúde. (2019). Diário da República n.º169. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Lei n.º 25/2012 de 16 de julho. Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital. (2012). Diário da República. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1765&tabela=leis
- McMullan, R. D., Raban, M. Z., Gates, P. J., & Westbrook, J. I. (2021). *Double-checking medication administration*. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2021-08/evidence_briefings_on_interventions_to_improve_medication_safety_1_double-checking_medication_administration_july_2021.pdf
- Mills, A. M., Shofer, F. S., Chen, E. H., Hollander, J. E., & Pines, J. M. (2009). The association between emergency department crowding and analgesia administration in acute abdominal pain patients. *Academic Emergency Medicine*, 16(7), 603–608. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2009.00441.x>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_R_EPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República, Série II, n.º 123. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.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 Pessoa em Situação Perioperatória e na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica*. Diário da República, Série II, n.º 135. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-*

- cirúrgica*. Diário da República, Série II, n.º 26.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Diário da República, Série II, n.º 184, pp. 128–155.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem – Enfermeiro Especialista*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Regulamento n.º 729/2021: Regulamento da competência acrescida diferenciada em enfermagem em reprocessamento de dispositivos*. Diário da República, Série II, n.º 151.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/08/151000000/0018900203.pdf>
- Pines, J. M., Shofer, F. S., Isserman, J. A., Abbuhl, S. B., & Mills, A. M. (2010). The effect of emergency department crowding on analgesia in patients with back pain in two hospitals. *Academic Emergency Medicine*, 17(3), 276–283.
<https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2009.00676.x>
- Ryan, S., et al. (2019). Do safety briefings improve patient safety in the acute hospital setting? A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 75(8), 1603–1615.
<https://doi.org/10.1111/jan.13933>
- Santos, A. S., Morais, D., Ferreira, G., Coelho, J. D., & Garcia, L. M. (2022). A influência dos estilos de liderança em enfermagem na dinâmica da equipa: uma revisão sistemática. *Germinare — Revista Científica do Instituto Piaget*, (2).
<https://doi.org/10.5281/zenodo.6467213>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos. (2024). *Recomendações para o seguimento da Síndrome pós-internamento em cuidados intensivos no doente e família*.
https://www.spci.pt/media/grupos/Recomendacoes_modelo_de_seguimento_SPI_CI_e_followup_doente_e_familia_SPCI_e_OM_2024.pdf
- The Joint Commission. (2017). *Inadequate hand-off communication* (Sentinel Event Alert, Issue 58).

<https://digitalassets.jointcommission.org/api/public/content/a05e74ef89484e2084b6511189b73a99?v=279f39cc>

APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice I – Relatório da Vigilância Epidemiológica

A VE no contexto hospitalar e dos cuidados de saúde primários é um instrumento essencial para a monitorização, prevenção e controlo das IACS e da RAM. No SCIRA, a VE, é realizada de forma diária e trimestral.

A vigilância é operacionalizada através de três abordagens complementares: retrospectiva, *in real time* e prospetiva. A vigilância retrospectiva baseia-se na análise de dados já ocorridos, com o intuito de identificar tendências e avaliar o impacto das medidas de prevenção adotadas. No SCIRA, essa vigilância é consolidada por meio de relatórios trimestrais que analisam indicadores como a densidade e incidência da ILC, ITU, PAVI, ICS-ACVC, assim como a taxa global de IACS, adesão à higiene das mãos e cumprimento das bundle. Os elos de ligação de cada serviço do hospital e dos CSP facilitam a recolha e comunicação da informação atualizada. Além disso, é elaborada a carta microbiológica institucional, que sistematiza os microrganismos mais frequentes e os seus perfis de sensibilidade.

A vigilância em tempo real tem como objetivo a deteção rápida de situações de situações problema (MRSA e EPC), especialmente a identificação precoce de utentes com infeção ou colonização por Microrganismos Epidemiologicamente Importantes (MEI). Esta vigilância é feita diariamente através do acompanhamento constante dos resultados laboratoriais e da comunicação direta com as equipas clínicas, permitindo a adoção imediata de medidas como isolamento, coorte e gestão adequada de camas. Além disso, é ainda comunicado ao Enfermeiro e Médico da Unidade de Saúde Familiar (USF), aos elos de ligação dos CSP a que o doente pertence e ainda às especialidades médicas em agendamentos futuros.

Por sua vez, a vigilância prospetiva foca-se em antecipar alterações emergentes nos padrões de infeção e resistência antimicrobiana permitindo identificar precocemente agentes com novos perfis de resistência e reforçar medidas preventivas específicas nos serviços afetados, bem como adaptar protocolos terapêuticos de forma dinâmica, contribuindo para uma gestão clínica mais segura e baseada em dados atualizados.

A VE reforça a importância do Enfermeiro na gestão de medidas de controlo de infeção.

Para a VE, o SCIRA utiliza diversas plataformas digitais especializadas. A plataforma HELICS, de âmbito europeu, permite a padronização da vigilância das IACS e garante a comparabilidade dos dados a nível nacional e internacional. A plataforma

interna HEPIC consolida os dados dos diversos serviços na ULSM, facilitando a monitorização em tempo real do cumprimento das práticas recomendadas. Já a plataforma INSA-RIOS, do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, é usada para o registo e análise dos microrganismos isolados nos hospitais portugueses, contribuindo para a vigilância laboratorial e epidemiológica a nível nacional. Essas ferramentas digitais asseguram uma gestão integrada da informação, possibilitando uma tomada de decisão fundamentada, rastreabilidade eficaz dos casos e implementação rápida de medidas corretivas.

Apêndice II – Processo de auditoria e o SU

Uma das funções e competências atribuídas ao Enfermeiro do SCIRA consiste na realização de auditorias que visam assegurar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Entre as auditorias realizadas, destaco a que se realiza anualmente ao SU cuja finalidade é o cumprimento das PBCI por parte dos profissionais de saúde bem como a observação do meio.

O processo de auditoria tem como finalidade verificar se a equipa executa as intervenções conforme o previsto e, por outro lado, disponibilizar aos responsáveis, informação sobre as possíveis mudanças a implementar para promover a melhoria dos cuidados prestados através do feedback dos resultados.

De acordo com Hattie (2009), o feedback pode ser direcionado para diferentes níveis: (a) a tarefa (o quão bem as tarefas são executadas); (b) o processamento da tarefa (o processo necessário para executar as tarefas); (c) autorregulação (auto-monitorização das ações); e (d) o self (avaliações pessoais do aluno). Como tal, o autor defende que as estratégias a adotar por professores e alunos para reduzir discrepâncias de desempenho, estarão em parte relacionadas com o teor do feedback que é oferecido:

Se o feedback for direcionado para o nível adequado, poderá ajudar os alunos a compreender, realizar ou desenvolver estratégias eficazes para processar informações que se pretende sejam aprendidas. Para ser eficiente, o feedback deve ser claro, ter um propósito, ser significativo e compatível com o conhecimento prévio dos alunos, e deverá fornecer conexões lógicas (Hattie, 2009, p. 177-178).

Segundo o autor supracitado, é necessário perceber o conhecimento e a formação que os “alunos” detêm previamente para que o feedback possa ser transmitido de forma adequada. Adaptando ao tema deste trabalho, o feedback não irá produzir o resultado e o efeito esperado se não for assegurado que os enfermeiros do SU possuem conhecimentos para compreender a dimensão e a importância dos resultados obtidos.

A auditoria interna ao cumprimento das PBCI constitui o meio utilizado para verificar a implementação da Norma 029/2012, por parte das administrações dos hospitais, e divide-se em dois fatores: processo e estruturas. Na avaliação do processo, são avaliados critérios relativos a cada uma das dez PBCI em que três deles é necessário uma questionar pelo menos 4 elementos de grupos profissionais diferentes. Relativamente às estruturas são avaliados “Conhecimento das PBCI”, ou seja, se os profissionais têm conhecimento da Norma, que formação registada existe para determinados grupos de

profissionais, se são objetivos para avaliação de desempenho a prevenção e o controlo de infeção e que informação afixada existe em locais considerados apropriados, e avaliados os “Recursos” presentes no serviço onde será aplicada a auditoria. O resultado da auditoria traduz-se em percentagem do índice de qualidade.

Analisando os relatórios de auditorias dos anos anteriores, verificou-se que, em 2020, o Índice Global de Qualidade do Processo (IGQP) e o Índice Global de Qualidade das Estruturas (IGQE) atingiram os 100%. Contudo, nos anos subsequentes, observou-se uma tendência decrescente nestes indicadores. Em 2022, os valores registados foram de 97,30% para o Índice de Processo e de 88,46% para o Índice de Estruturas, enquanto, em 2024, se verificaram resultados de 83,78% e 80,77%, respetivamente. Pormenorizadamente, o resultado obtido não foi 100% por falha em alguns critérios.

Em 2022, não foi realizada a avaliação de risco de transmissão de agentes infecciosos na admissão do doente (falha no processo) e os médicos, outros técnicos de saúde (radiologia, laboratório e medicina física e reabilitação) não tinham nenhuma formação registada no âmbito das PBCI (falha na estrutura – conhecimento das PBCI).

No ano de 2024 obteve-se uma resposta de 0% em relação ao conhecimento da Norma das PBCI; não foi atingido os 100% no processo em relação aos profissionais saberem como devem proceder em relação aos utentes nos períodos de maior prevalência de infeção respiratória, ao calçado utilizado pelos profissionais, à disponibilidade das recomendações dos fabricantes quanto aos métodos de descontaminação dos equipamentos, ao ambiente de trabalho estar livre de objetos e equipamentos desnecessários e ao conhecimento dos protocolos de limpeza e da sua responsabilidade específica.

No resultado de 2024 verificou-se mais falhas no processo do cumprimento das PBCI comparativamente com anos anteriores. No entanto consta-se que a formação dos profissionais continua ao longo dos anos a ser um dos principais fatores a considerar como um dos aspetos a melhorar.

Em 2025, colaborei na realização da auditoria ao SU, sob a orientação da enfermeira orientadora, cujos resultados apresento neste apêndice.

- AUDITORIA INTERNA NO SU RELATIVA ÀS PBCI DE 2025

A auditoria interna ao SU foi realizada no dia 17 de junho durante o turno da manhã, sob o acompanhamento e orientação da enfermeira especialista responsável no âmbito do estágio desenvolvido. Procedeu-se à observação direta do serviço, presenciou-

se algumas tarefas executadas no âmbito das PBCI e foi permitido o desenvolvimento de conversas, sob a forma de entrevista informal, com alguns profissionais. Para preencher os critérios avaliados por metodologia de entrevista informal, questionou-se um enfermeiro, um médico, um TAS e um elemento de outra categoria profissional, tendo sido escolhido um Técnico de Cardiopneumologia (TCPL).

Assim, os quatro profissionais de diferentes categorias, a quem foram realizadas as perguntas, conforme preconizado pela Norma foram: um enfermeiro a exercer funções no SU há 14 anos; um TAS a exercer funções no SU há 15 anos; um médico de Medicina Interna a exercer funções como especialista no SU há cerca 4 anos; e um TCPL a exercer funções há 20 anos, mas apenas 5 anos no SU. Os restantes critérios que constituem a grelha foram respondidos com base na observação do ambiente e confirmação da existência de documentos internos na instituição em causa.

A auditoria teve como suporte o instrumento de avaliação presente na Norma 029/2012 elaborada pela DGS, presente em anexo.

○ DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

Dos critérios avaliados por metodologia de entrevista informal aos profissionais foi obtido-se respostas transversais às 4 categorias profissionais nos seguintes temas: a etiqueta respiratória, utilização de EPI e exposição de risco no local de trabalho. Ou seja, os quatro profissionais descreveram de forma correta os componentes da etiqueta respiratória e demonstraram conhecimento sobre como devem proceder em relação aos utentes nos períodos de maior prevalência de infeções respiratórias. Resposta equivalente foi em relação aos procedimentos a seguir aquando da exposição significativa a fluidos orgânicos e/ou a acidentes (por picada, corte ou projeção para as mucosas oculares) já que todos os inquiridos sabiam como proceder nestas situações. Relativamente à utilização de EPI, apesar dos profissionais demonstrarem estar informados do uso obrigatório o uso de luvas em contacto com fluidos orgânicos, mucosas e pele não íntegra, o TAS referiu utilizar sempre luvas independentemente do tipo de contacto a ter com o doente dizendo “...*uso sempre luvas para o caso de ser necessário de repente ou em SOS...*” e a TCPL referiu utilizar em todas as situações mas nem sempre recorre à desinfeção das mãos após a retirada das luvas “...*nem sempre desinfecto as mãos quando tiro as luvas, é necessário?...*”. Estas duas respostas demonstram o uso indevido de luvas e a ideia de “falsa proteção” que as luvas conferem, o que pode potenciar a diminuição

da desinfecção das mãos ao serem as luvas encaradas como substituto desta técnica, falhando assim os 5 momentos de higienização das mãos preconizado pela OMS.

Esta conclusão corrobora os resultados que foram obtidos relativamente ao conhecimento das PBCI. Tanto o médico como o enfermeiro responderam conhecer a Norma das PBCI, sabem onde ela pode ser encontrada da Gestão Documental, mas confessam ter algumas dúvidas havendo a necessidade de consulta. Já o TAS e a TCPL conhecem a existência da Norma, mas desconhecem onde está disponível e nunca leram o seu conteúdo. Assim, pode-se concluir que as respostas que foram obtidas por estes profissionais relativamente à utilização de luvas e o seu desconhecimento da Norma, têm uma correlação.

Quanto ao controlo ambiental, este foi o critério em que o resultado foi negativo. Dos quatro profissionais, apenas o TAS demonstrou conhecimento sobre os protocolos de limpeza e da sua responsabilidade específica, não deixando de reforçar a necessidade pessoal de formação nessa área, bem como para a restante classe profissional.

Após consulta de documentos internos da instituição, foi possível confirmar que está implementado o uso de aventais de uso único no contacto direto com os doentes, o uso de bata de manga comprida nas situações de maior risco de exposição a fluidos orgânicos, protocolos para a remoção de derrames de matéria orgânica e a Norma das PBCI está disponível no Manual de Boas Práticas da Unidades de Saúde.

Através da observação no SU, como aspetos menos positivos, constatou-se o ambiente de trabalho com objetos e equipamentos desnecessários estando ainda locais pontuais passíveis de melhorar as condições de limpeza, as recomendações dos fabricantes quanto ao método de descontaminação dos equipamentos não estão disponíveis ou de fácil consulta e verificou-se que algum material/equipamento para a higienização das mãos poderia apresentar melhores condições de limpeza, como é o caso dos doseadores. Os protocolos de higienização ambiental em locais apropriados também deveriam ser reforçados em número e atualizados (possível verificar que já se encontram desatualizados).

Em conversa informal não orientada com uma TAS, foi possível constatar lacunas a nível de formação, nomeadamente em relação ao controlo ambiental e o tratamento de equipamentos. A formação para estes profissionais foi apontada também como uma necessidade.

Os registos de formação em serviço de que todos os profissionais receberam formação sobre as PBCI não foi aplicável no momento da realização da auditoria. O

registo é realizado através do preenchimento de uma grelha pelo Enfermeiro Gestor de cada serviço, mas apenas no final do ano, não sendo exequível a recolha dessa informação no momento.

Os restantes critérios foram avaliados de forma positiva. Relativamente à realização da avaliação de risco de transmissão de agentes infecciosos, no momento da auditoria todos os utentes passíveis de internamento hospitalar tinham a avaliação feita. No entanto, tal situação nem sempre se verifica devido, muitas vezes, à sobrecarga de trabalho da equipa médica e excesso do número de doentes.

Obtiveram-se os resultados os seguintes resultados:

- IGQP – 91,89%
- IGQE – 95%

O IGQP avalia a forma como os processos são realizados no SU. Ou seja, pela eficiência, eficácia, segurança e conformidade dos procedimentos adotados no atendimento, tratamento, organização do trabalho.

O IGQE valia a qualidade das estruturas físicas, equipamentos, recursos humanos e organizacionais do SU. Ou seja, se a infraestrutura e os recursos disponíveis são adequados e suficientes para garantir qualidade no funcionamento do serviço.

Para sistematizar os resultados obtidos, de forma transversal ao SU, foi elaborada uma análise SWOT com a identificação dos fatores internos como as forças e as fraquezas, e os fatores externos como as oportunidades e as ameaças.

As forças identificadas englobam o conhecimento, transversal às quatro categorias profissionais, acerca das medidas de etiqueta respiratória, os procedimentos sobre atuação perante a exposição a fluidos/acidentes, o uso de EPI e a recetividade dos profissionais para formação e oportunidades de melhoria. Salienta-se ainda, a existência de protocolos institucionais implementados e a avaliação de risco efetuada a todos os doentes passíveis de internamento.

Como fraquezas foram identificadas falha no conhecimento da Norma 029/2012 por parte do TAS e do TCPL, lacunas relativamente ao controlo ambiental e tratamento de equipamentos, a ausência de informação sobre as recomendações dos fabricantes acerca dos produtos de limpeza em local adequado e o uso inadequado de luvas.

Relativamente às ameaças destacam-se a sobrecarga de trabalho dos profissionais e o excesso de doentes, a ausência de formação contínua dos profissionais (nomeadamente dos TAS) e a falsa perceção de segurança pelo uso excessivo de luvas e do conhecimento da Norma 029/2012 das PBCI.

Como oportunidades, ou seja, para a melhoria contínua da qualidade das não-conformidades deve ser reforçada, perante todos os profissionais, a existência da Norma 029/2012 e onde pode ser consultada, reforço e maior visibilidade dos protocolos de controlo ambiental e higienização dos equipamentos e melhoria da organização do material e espaço.

○ ANÁLISE SWOT DOS RESULTADOS OBTIDOS NA AUDITORIA ÀS PBCI NO SU

	Forças	Fraquezas
Fatores internos	<p>Conhecimento, transversal às categorias profissionais, sobre etiqueta respiratória e procedimentos em caso de exposição a fluídos/acidentes;</p> <p>Conhecimento sobre EPI;</p> <p>Protocolos institucionais implementados;</p> <p>Profissionais demonstram receptividade para formação e melhoria;</p> <p>Avaliação de risco efetuada nos utentes passíveis de internamento.</p>	<p>Falha no conhecimento da Norma das PBCI por parte do TAS e TCPL;</p> <p>Uso excessivo de luvas comprometendo os 5 momentos de higienização das mãos;</p> <p>Lacunas no conhecimento e aplicação dos protocolos de controlo ambiental;</p> <p>Lacunas de formação em controlo ambiental e tratamento de equipamentos, segundo os profissionais;</p> <p>Recomendações dos fabricantes sobre produtos de limpeza em local adequado.</p>
	Oportunidades	Ameaças
Fatores externos	<p>Reforçar a existência da Norma das PBCI e onde pode ser consultada;</p> <p>Reforço e maior visibilidade dos protocolos de controlo ambiental e higienização dos equipamentos;</p> <p>Melhoria da organização dos materiais.</p>	<p>Sobrecarga de trabalho e excesso de utentes;</p> <p>Falsa perceção de segurança com o uso excessivo de luvas;</p> <p>Ausência de formação contínua dos profissionais, nomeadamente dos TAS;</p> <p>Falsa perceção do conhecimento da Norma das PBCI.</p>

Apêndice III – PAPA e Gestão de Risco

No dia 1 de julho, foi possível a realização de uma atividade realizada em contexto de estágio. Esta sessão foi conduzida pela coordenadora do PAPA e diretora do SCIRA

da ULSM, que apresentou o programa. Durante a sessão foram abordados alguns tópicos, nomeadamente:

- Os objetivos do programa, os resultados já alcançados desde a sua implementação, o impacto retrospectivo e prospetivo da implementação das medidas e a forma como são divulgados os resultados
- O processo de recolha e registo dos dados acerca da prescrição e administração de antimicrobianos na ULSM e a equipa multidisciplinar
- As estratégias utilizadas na vigilância e monitorização de prescrições de determinados antimicrobianos e, de que forma contribuem para o controlo do número de prescrições consideradas inadequadas
- A responsabilidade do enfermeiro no desenvolvimento e implementação do programa dando como exemplo 11 intervenções de Enfermagem, nomeadamente:
 - Vacinação de acordo com o Plano Nacional de Vacinação e gripe anual, educar para a prevenção e fomentar a vacinação nos grupos de risco;
 - Utilizar “bundle” na inserção e manutenção dos dispositivos, informar o médico e opinar sobre a necessidade de uso dos mesmos;
 - Sugerir a realização de exames microbiológicos;
 - Sugerir a consultadoria de especialistas;
 - Administrar os antibióticos de acordo com as recomendações médicas;
 - Informar o médico de fatores relativos ao doente (p.ex.: alergias, condições do local de habitação ou trabalho...);
 - Realizar as colheitas de acordo com as boas práticas, certificar que seguem para o laboratório o mais precocemente possível;
 - Discutir a necessidade de manter os dispositivos invasivos no doente;
 - Alertar para os resultados dos exames;
 - Utilizar as precauções básicas em qualquer doente, implementar, cumprir e fazer cumprir as medidas de isolamento preconizadas à situação do doente (partícula, gotícula e contacto), confirmar a prescrição das medidas;
 - Dar exemplo de boas práticas (manter-se em casa em caso de doença, manter as mãos higienizadas...)

O PAPA tem como principal objetivo promover o uso racional e consciente dos antimicrobianos, contribuindo para a prevenção da resistência bacteriana e para a

melhoria da saúde pública. Ainda, contribui decididamente para a melhoria contínua da qualidade no cuidado ao doente e na sustentabilidade dos serviços de saúde.

Após a formação sobre o PAPA, realizamos uma visita ao Serviço de Gestão de Risco da ULSM. Fomos recebidas pela responsável pelo SGR, que nos fez uma breve apresentação sobre as funções e responsabilidades do SGR, bem como as suas principais áreas de atuação e o trabalho desenvolvido. A Unidade de Gestão de Risco Geral e a Unidade de Gestão de Risco Clínico integram o Serviço de Gestão de Risco.

São áreas de atuação inerentes a este serviço a segurança no trabalho, o risco geral e o risco clínico (segurança do doente). Tem como missão promover a segurança dos profissionais, dos utentes e outros utilizadores, com foco na melhoria das condições de trabalho, segurança das instalações e formação dos profissionais, associada às boas práticas de trabalho. Os seus objetivos são:

- Diagnosticar as condições de segurança nos locais de trabalho, incluindo segurança das instalações e equipamentos;
- Diagnosticar as condições de segurança clínica associadas aos procedimentos de prestação de cuidados de saúde;
- Promover a notificação de ocorrências/eventos clínicos e não clínicos;
- Propor a implementação de ações para prevenir a ocorrência de acidentes/incidentes de trabalho e eventos adversos;
- Promover a formação e sensibilização dos profissionais no âmbito da segurança;
- Garantir que todos os serviços/unidades possuam um interlocutor da gestão de risco;
- Articular-se com os restantes serviços/unidades da ULSM

A equipa multidisciplinar é composta por profissionais das seguintes categorias: assistente técnica, enfermagem, médica e técnica superior. Integram, ainda, esta equipa, o Gestor de Risco Clínico e o Gestor de Risco Geral.

Foi ainda feita referência ao plano interno de emergência e catástrofe da ULSM, bem como a equipa que o constitui, à política de proteção de dados da instituição e a importância de os profissionais terem conhecimento dos mesmos.

Apêndice IV – Visita à Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos

No dia 29 de maio foi realizada uma visita à Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos (URDM) - salienta-se que na ULSM denomina-se de Unidade de Esterilização Central. A atividade teve como principal objetivo aprofundar o conhecimento sobre os processos de descontaminação, desinfecção e esterilização de dispositivos médicos, compreendendo o seu papel essencial na prevenção das IACS e na mitigação da resistência antimicrobiana. A observação direta deste serviço permitirá uma reflexão crítica sobre as práticas adotadas e a sua relevância na segurança do doente. Foram delineados os seguintes objetivos:

- Objetivo Geral:
 - Conhecer os processos e protocolos da unidade de reprocessamento de dispositivos médicos da ULSM, relacionando-os com a prevenção e controlo de infeções e com a resistência antimicrobiana;
 - Conhecer o papel do Enfermeiro na URDM.
- Objetivos Específicos:
 - Conhecer a Estrutura Física e Organizacional do Serviço:
 - Identificar as áreas que compõem a unidade de reprocessamento de dispositivos médicos, como:
 - Receção de materiais contaminados;
 - Limpeza e desinfecção;
 - Inspeção e preparação;
 - Esterilização;
 - Armazenamento e distribuição.
 - Compreender o Circuito do Processamento dos Materiais:
 - Observar o percurso dos materiais desde a receção até à sua saída;
 - Entender o princípio do fluxo unidirecional.
 - Conhecer os Métodos de Esterilização Utilizados:
 - Conhecer os métodos utilizados na ULSM e outros métodos específicos;
 - Conhecer a metodologia de certificação/validade do processo de esterilização.
 - Observar as etapas que constituem o circuito dos materiais:

- Avaliar os critérios usados na inspeção de instrumentos cirúrgicos;
- Verificar a padronização dos processos de embalagem e identificação dos pacotes.
- Identificar Protocolos de Segurança e Controle de Infecção:
 - Compreender a importância da rastreabilidade dos materiais esterilizados;
 - Analisar como são registados os dados sobre os ciclos de esterilização.
- Entender o papel dos profissionais do serviço bem como as funções que são desempenhadas:
 - Através da observação e diálogo com os enfermeiros do serviço.
- Reconhecer as Normas existentes na instituição:
 - Observar como a instituição cumpre as normas em vigor e leitura das mesmas.
- Refletir Sobre a Importância do serviço de esterilização na Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde bem como o papel do enfermeiro.
- Conhecer os cuidados com a embalagem esterilizada e perceber como se processa a leitura de uma embalagem de dispositivos médicos esterilizados.

Esta visita permitiu reforçar a importância da esterilização na prevenção de infeções e contribuiu para uma prática de enfermagem mais segura e fundamentada. As condições e os requisitos do material que passa pela unidade, obedecem as orientações preconizadas pelo Decreto-Lei 29/2024

define, ainda, as condições e requisitos a que deve obedecer o reprocessamento e a utilização de dispositivos de uso único reprocessados em território nacional, com o objetivo de estabelecer as necessárias condições de segurança e desempenho dos dispositivos, de acordo com o que determinam o artigo 17.º do Regulamento (UE) 2017/745 e o Regulamento de Execução (UE) 2020/1207 da Comissão, de 19 de agosto de 2020, que estabelece regras de aplicação do Regulamento (UE) 2017/745 no que diz respeito a especificações comuns aplicáveis ao reprocessamento de dispositivos de uso único (p.1)

É garantido assim a segurança dos utentes e a qualidade dos cuidados de saúde.

Além disso, permitiu sedimentar conhecimentos numa área de competências da EMCPCSC.

Salienta-se que este serviço dá resposta todos os serviços da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

A visita iniciou-se na área destinada à receção do material sujo, proveniente dos diversos serviços do HPH e dos CSP. Existe ainda, nesta área, um elevador que transporta o material sujo proveniente do Bloco Operatório Central, do Bloco de Partos e do Serviço de Neonatologia.

Aquando da receção, o material é identificado de acordo com o serviço de origem. Esta identificação permite saber exatamente o material entregue por cada serviço e possibilita uma verificação minuciosa ao longo de todo o processo. As caixas de cada serviço estão devidamente identificadas e são armazenadas na área de receção. Para facilitar o processo, após a entrega do material sujo é fornecida ao serviço uma caixa limpa, a ser utilizada no transporte subsequente.

Posteriormente, procede-se à lavagem do material, que ocorre numa banca específica, utilizando água e um produto enzimático para destacar resíduos e biofilme dos materiais. Para a lavagem mecânica na máquina designada por “máquina X”, é necessário separar o material por categorias, de acordo com as orientações do fabricante. Cada material tem requisitos diferentes relativamente à temperatura de desinfeção: por exemplo, o material cirúrgico exige temperaturas mais elevadas do que os vidros. O material é colocado num tabuleiro identificado por uma placa numerada, e o serviço dispõe de três máquinas que permitem a realização deste processo de lavagem e descontaminação. No final, o material está praticamente seco e, se necessário, pode ser complementado com secagem por ar medicinal pressurizado. O circuito de entrada e saída do material na máquina é feito de forma unidirecional, respeitando desta forma a barreira sanitária.

Na fase de acondicionamento, o material é embalado em mangas de papel-filme. Este material é então armazenado na zona limpa, aguardando a recolha pelos serviços. Caso o material não necessite de esterilização (apenas lavagem e desinfeção), é identificado com uma etiqueta própria, que atesta o seu estado.

O serviço utiliza dois métodos principais de esterilização: alta temperatura e baixa temperatura para material termo resistente e material termo sensível, respetivamente. Quando o material requer um método diferente, nomeadamente o óxido de etileno, este é enviado para o Hospital de São João.

No serviço, existem três autoclaves que permitem a esterilização pelo método de alta temperatura, mas atualmente apenas um está em funcionamento. A esterilização por autoclave é realizada a temperaturas que variam entre 121 °C e 134 °C, dependendo do tipo de material. Alguns materiais são previamente embalados em mangas de papel-filme e/ou material tecido-não-tecido, ou acondicionados diretamente em caixas próprias para esterilização. A retirada do material esterilizado é feita pela porta do autoclave que dá acesso à zona limpa, onde fica acondicionado até ser recolhido pelos respectivos serviços, respeitando novamente a barreira sanitária.

Relativamente ao método de descontaminação a baixa temperatura (peróxido de hidrogénio- plasma), existe atualmente uma máquina em funcionamento, com capacidade de 5 L. Uma nova máquina com capacidade de 8 L já foi adquirida, mas ainda não se encontra operacional. O acondicionamento do material a esterilizar por este método é semelhante ao do autoclave, embora as mangas de papel-filme utilizadas sejam diferentes.

Em cada um dos processos de esterilização é garantido um total controlo do processo através de três parâmetros: temperatura, tempo e pressão. No autoclave, o controlo é feito através de indicadores químicos presentes nas mangas de papel-filme, que alteram a cor quando o processo foi bem-sucedido (descrita na própria embalagem o método a que foi submetida e para que cor é expectável que seja alterada) – indicador Classe 1. Um indicador químico é colocado dentro das embalagens, assegurando o total controlo de processo. Se a alteração de cor não ocorrer, o material é considerado não esterilizado e o processo é repetido. O mesmo procedimento de controlo aplica-se ao método de esterilização por Plasma.

As máquinas de autoclave são sujeitas a controlo diário através do teste de Bowie-Dick. Este teste é um indicador de processo Classe 2, cuja alteração de cor indica o correto funcionamento da máquina. Além disso, em cada ciclo de esterilização, é também utilizado um indicador biológico com o objetivo de descartar a presença de vírus. Conforme o resultado, aceite ou não aceite, é emitido um alerta.

O material esterilizado é identificado com uma etiqueta onde constam as seguintes informações: nome da pessoa responsável, número do ciclo de esterilização do dia, data de esterilização, data de validade (preconizado meio ano) e temperatura do processo (no caso de autoclave). Cada máquina imprime o respetivo relatório detalhado do seu ciclo de lavagem, desinfecção e/ou esterilização, que é arquivado no serviço, disponível para consulta e para eventuais auditorias. Caso ocorra alguma intercorrência durante o processo, a máquina emite um alerta sonoro imediato.

Importa salientar que todo o processo de receção, lavagem/desinfecção, esterilização e acondicionamento do material cumpre rigorosamente as normas internacionais para a esterilização. Estas tarefas são realizadas pelos TAS, sob a supervisão e gestão das duas Enfermeiras responsáveis pelo serviço.

A responsabilidade dos enfermeiros neste serviço reveste-se de grande importância, não apenas na gestão e supervisão das atividades, mas também na formação contínua dos TAS. Esta formação garante que todos os procedimentos sejam realizados de acordo com as boas práticas e as normas estabelecidas, contribuindo assim para a segurança dos processos e para a prevenção e controlo da infeção hospitalar.

Para sedimentar a importância do trabalho do Enfermeiro, foi definido o seu perfil e as suas competências neste âmbito. A OE, em 2021, elabora o Regulamento n.º 729/2021 intitulado por “Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em Reprocessamento de Dispositivos” - neste documento, além da competência no domínio da “Prática Profissional, Ética e Legal”, é competência do enfermeiro o desenvolvimento do exercício da profissão através de um conjunto de processos específicos e complexos, assegurando uma atuação integral, preventiva e efetiva, segura e oportuna, num contexto de atuação multidisciplinar, garantindo os requisitos gerais de desempenho, qualidade e segurança em todas as etapas, de acordo com o quadro legal, as instruções de utilização do fabricante e normas aplicáveis a esta área de exercício.

O enfermeiro assume, desta forma, um papel central na implementação das normas de controlo de infeção, na manutenção da qualidade e segurança em todas as fases do processamento de materiais no serviço assim como na formação.

Apêndice V - Visita aos Cuidados de Saúde Primários

A visita aos CSP permitiu conhecer a realidade do trabalho desenvolvido neste local e realizar a auditoria às PBCI. Foi realizada no passado dia 4 de julho e envolveu duas USF e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) integradas na ULSM. Para a realização da auditoria foi necessário o acompanhamento próximo dos elos de ligação de cada unidade e foi possível ainda a presença da enfermeira coordenadora, o que demonstrou o compromisso e a importância atribuída a este processo. A recolha de dados foi efetuada através de entrevistas informais, que permitiram obter informação detalhada, bem como por observação direta, por forma a possibilitar o preenchimento da grelha de auditoria usada.

Após a realização da auditoria, foi realizada uma análise SWOT com base nos resultados obtidos, com o objetivo de organizar e clarificar os pontos fortes, fragilidades, oportunidades e ameaças identificados. Foram assim identificados os fatores de origem interna como as fraquezas e as forças, e os fatores de origem externa como as oportunidades e as ameaças.

As fraquezas identificadas foram as falhas na integridade das infraestruturas (nomeadamente paredes e problemas de infiltrações e humidade), alguns pontos de excesso de cartazes na zona de lavagem das mãos (aumento do risco de contaminação e poluição visual) e a presença de objetos/equipamentos desnecessários (principalmente nos gabinetes médicos) o que prejudica o controlo ambiental, enquanto as forças salientam o envolvimento ativo dos elos de ligação, a boa receptividade dos Enfermeiros e TAS às sugestões de melhoria referidas pela Enfermeira Auditora do SCIRA, a constatação da implementação de medidas que terão sido sugeridas em auditorias anteriores, a presença de informação acessível para os utentes e profissionais (cartazes e panfletos), o conhecimento exemplar do TAS sobre os planos de higienização do material e a organização desse registo, a formação realizada internamente sobre higienização das mãos, EPI e ainda sobre controlo ambiental e separação dos resíduos envolvendo a equipa multidisciplinar. As oportunidades passam pela reorganização da sinalética para maior eficácia e higiene e a reorganização de material de acordo com as zonas limpas e sujas. No entanto, as principais ameaças consideradas foram a aquisição de equipamentos essenciais para a organização do material (por exemplo, prateleiras) e a deterioração contínua das infraestruturas caso não haja intervenções por equipas especializadas.

A realização desta auditoria permitiu constatar o trabalho em equipa entre os profissionais da unidade, bem como fragilidades que requerem atenção, nomeadamente ao nível das infraestruturas e da disponibilidade de materiais. A análise SWOT facilitou a sistematização dos resultados. Destaca-se a importância da continuidade destas auditorias como instrumento essencial para monitorizar, sensibilizar e promover a melhoria contínua das práticas de controlo de infeção nas unidades de saúde.

Apêndice VI - Visita à instituição, demonstração de circuitos de limpos e sujos e auditoria às precauções de isolamentos

Foi realizada uma visita a um serviço de internamento de cirurgia, escolhido de forma aleatória, com os objetivos de conhecer o circuito de limpos/contaminados e realizar uma auditoria interna às precauções de isolamento. Para a realização da auditoria foi utilizada uma grelha de observação que inclui indicadores como localização dos doentes, sinalização dos isolamentos, EPI, manipulação da roupa e alimentação, mobilidade do doente, educação do doente/visitas, rotina de cuidados, material clínico, nota de alta com referência a isolamento e a atitude dos profissionais. Nem todos os itens foram possíveis observar, assumindo Não Aplicável (NA).

Antes da visita, foi extraída uma listagem dos utentes sob medidas de isolamento, com identificação dos MEI. À chegada ao serviço, foi possível confirmar, com a colaboração da equipa de enfermagem, uma correta alocação dos doentes, encontrando-se em conformidade com a listagem obtida. Os enfermeiros demonstraram disponibilidade e conhecimento relativamente às medidas implementadas, mostrando-se recetivos ao esclarecimento de dúvidas. No entanto, estes profissionais identificaram como desafio o baixo rácio face ao número elevado de utentes em isolamento, o que dificulta a gestão eficiente dos cuidados. Outro obstáculo, frequentemente referido, prende-se com a atuação dos familiares que nem sempre cumprem adequadamente os cuidados que lhes são transmitidos, apesar das explicações fornecidas. Para mitigar esta dificuldade, na minha perspetiva, considero pertinente reforçar periodicamente os momentos de ensino aos familiares ao longo do internamento (visto que a maioria passa por períodos de internamento prolongados), e não apenas no momento da admissão, fase em que é entregue um panfleto informativo sobre os cuidados a adotar.

De uma forma sucinta, verificou-se uma boa adesão às práticas recomendadas, nomeadamente na utilização de EPI, na sinalização dos quartos e na disponibilidade dos equipamentos. Contudo, foram identificadas dificuldades na monitorização do cumprimento por parte dos acompanhantes, e constrangimentos relacionados com a escassez de recursos humanos.

Através da observação direta informal, ficaram dúvidas sobre a correta adesão às práticas da higiene ambiental por parte do profissional responsável por essa tarefa (empresa externa à ULSM). Não houve oportunidade para mitigar essas incertezas no

momento da observação, exigindo talvez, quando for oportuno, realizar um segundo momento de observação.

Apêndice VII – Sinaléticas “Diminui o Ruído”



Figura 1 - Para o armazém do aprovisionamento

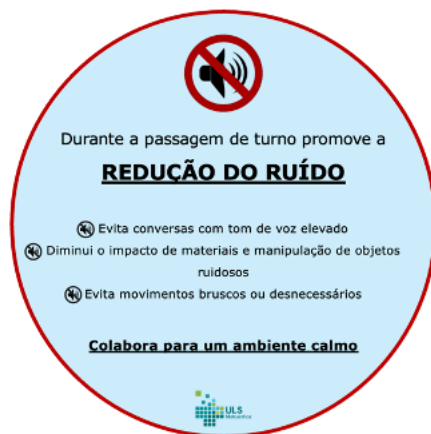


Figura 2 - Colocar no carro de higienização do SMI

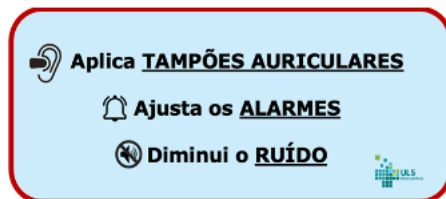


Figura 3 - Colocar junto do monitor na cada unidade

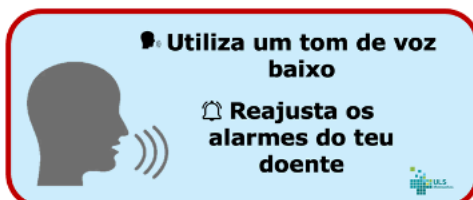


Figura 4 - Colocar na central de telemetria

Apêndice VIII - Sinalética “Colocação e remoção do EPI”



Figura 5 - Sequência de colocação e remoção do EPI

Apêndice IX – Manual de acolhimento e integração SUMC

SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICO (SUMC)

MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

PI – Plano de Integração

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-cirúrgico

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. O SUMC	6
1.1. ESTRUTURA FÍSICA	6
1.1.1. Planta Organização SU	8
1.2. RECURSOS HUMANOS	8
1.3. CIRCUITO DO DOENTE	10
2. PLANO DE INTEGRAÇÃO	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

INTRODUÇÃO

A integração de novos profissionais constitui um momento determinante no percurso profissional do enfermeiro, assumindo um papel central na qualidade, segurança e continuidade dos cuidados prestados. Em contextos de elevada complexidade e exigência, como o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC), este processo reveste-se de particular importância, uma vez que implica uma adaptação progressiva à dinâmica do serviço, à diversidade de situações clínicas e à utilização de múltiplos recursos humanos, materiais e tecnológicos.

Uma integração eficaz contribui significativamente para a redução do stress, da frustração e do conflito inerentes à transição para um novo contexto profissional, promovendo simultaneamente o aumento da autoconfiança, do autodesenvolvimento e da satisfação pessoal e profissional dos enfermeiros. Neste sentido, o processo de integração assume-se como um elemento fundamental para o desenvolvimento de práticas de enfermagem seguras, eficientes e de qualidade.

Um dos principais objetivos da integração é potenciar a eficiência dos novos profissionais, contribuindo de forma efetiva para a eficácia da instituição e para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência. De acordo com Loureiro et al. (2002), um processo de integração estruturado permite otimizar os cuidados prestados, indo ao encontro do que é defendido pela Ordem dos Enfermeiros (2023), ao salientar que a qualidade dos cuidados é diretamente influenciada pela forma como o profissional é integrado na organização, sendo este um fator determinante para a sua adaptação e desempenho.

O presente Manual de Acolhimento e Integração foi elaborado com o objetivo de apoiar o processo de integração de enfermeiros no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano, integrado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). Pretende-se que este documento funcione como um instrumento orientador, facilitador e uniformizador do processo de integração, promovendo uma abordagem estruturada, consistente e ajustada às especificidades do serviço. O manual encontra-se organizado em duas partes principais: a primeira corresponde à caracterização do Serviço de Urgência e do seu funcionamento; a segunda integra o Plano de Integração (PI).

O Plano de Integração tem como finalidade proporcionar ao enfermeiro em integração um conhecimento progressivo da organização do SUMC, da sua estrutura física, dos recursos humanos, do circuito do doente, bem como dos sistemas de informação,

procedimentos, protocolos e materiais utilizados na prática diária. Paralelamente, pretende-se fomentar a aquisição e o desenvolvimento de competências técnicas, organizacionais e relacionais, promovendo a autonomia, a confiança profissional e a integração efetiva na equipa multidisciplinar.

O PI deverá ser aplicado de forma flexível, tendo em consideração a experiência prévia, as necessidades individuais do enfermeiro integrado e as exigências do serviço, podendo ser ajustado e atualizado sempre que se justifique, de modo a acompanhar a evolução organizacional e assistencial do Serviço de Urgência.

1. O SUMC

O SUMC pertence à ULSM e presta cuidados hospitalares diretos à população adulta do concelho de Matosinhos e ainda cuidados hospitalares de referência à população de Vila do Conde e Póvoa de Varzim.

Trata-se de um serviço que dá resposta 24 horas por dia e é o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência. Sendo uma unidade diferenciada de um hospital distrital, dispõe de várias valências clínicas - medicina interna, cirurgia, cuidados intermédios e intensivos, ortopedia e obstetria - e serviços de apoio necessários para articular a um nível superior (Serviço de Urgência Polivalente) com o hospital da Unidade Local de Saúde São João e com o hospital da Unidade Local de Saúde Santo António e a um nível inferior (Serviço de Urgência Básica) com o hospital da Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim/Vila do Conde essencialmente para as especialidades de nefrologia e cardiologia e Unidade de Cuidados Intermédios e Serviço de Medicina Intensiva.

O SUMC integra a ULSM e presta cuidados hospitalares diretos à população adulta residente no concelho de Matosinhos. Paralelamente, assume-se como hospital de referência para os concelhos de Vila do Conde e da Póvoa de Varzim, assegurando resposta assistencial a uma população alargada.

O concelho de Matosinhos, inserido na Área Metropolitana do Porto, é constituído pelas Uniãos de Freguesias de Lavra, Perafita e Santa Cruz do Bispo; Matosinhos e Leça da Palmeira; São Mamede de Infesta e Senhora da Hora; e Custóias, Guifões e Leça do Balio, abrangendo uma área territorial de cerca de 62,3 km². A ULSM é responsável pela prestação de cuidados de saúde à população residente neste concelho, estimada em aproximadamente 173 mil habitantes. Simultaneamente, o Hospital Pedro Hispano (HPH) é o hospital de referência direta para os utentes provenientes dos concelhos de Vila do Conde e da Póvoa de Varzim, o que perfaz um total aproximado de 318 mil utentes abrangidos pela ULSM, de acordo com os dados dos Censos 2021.

O SUMC funciona de forma permanente, assegurando resposta assistencial 24 horas por dia, constituindo o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência e emergência. Enquanto unidade diferenciada de um hospital distrital, dispõe de diversas valências clínicas, nomeadamente Medicina Interna, Cirurgia, Cuidados Intermédios e Intensivos, Ortopedia e Obstetria, bem como dos serviços de apoio necessários à articulação com diferentes níveis de cuidados. A articulação a um nível superior é

assegurada com o Serviço de Urgência Polivalente dos hospitais da Unidade Local de Saúde São João e da Unidade Local de Saúde Santo António, enquanto a articulação a um nível inferior se concretiza com o Serviço de Urgência Básica do hospital da Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, essencialmente nas áreas de Nefrologia, Cardiologia, Unidade de Cuidados Intermediários e Serviço de Medicina Intensiva.

A gestão do SUMC encontra-se a cargo do Enfermeiro Gestor Marco Sousa, sendo a direção do serviço assegurada pelo Dr. Fernando Rosa, contando ainda com a supervisão do departamento assegurada pela Enfermeira Fátima Pinho.

1.1. ESTRUTURA FÍSICA

O SU do Hospital Pedro Hispano está localizado no piso -1 e ocupa uma área considerável do piso que se divide em áreas clínicas e em áreas administrativas e de apoio.

As áreas clínicas, dividem-se fundamentalmente em:

- A área da triagem, com possibilidade de ter dois triadores em simultâneo;
- A sala de emergência, localizada logo na entrada no SU, possui uma capacidade funcional para dois doentes em simultâneo permitindo ainda um terceiro temporariamente;
- A Área Laranja 1 engloba 6 gabinetes médicos, uma sala de trabalho de enfermagem e uma sala com 9 cadeirões destinados aos doentes autónomos em observação que têm prioridade laranja;
- A Área Verde/Azul, contígua à Área Laranja 1, destina-se aos doentes em observação com prioridade verde ou azul;
- A Área Amarela constituída por quatro gabinetes médicos, uma sala de trabalho de enfermagem, e 5 salas com capacidade para macas/ cadeirões onde são alocados os doentes para observação com prioridade amarela;
- A Área Cirúrgica com três gabinetes médicos e uma sala de trabalho de enfermagem é o espaço onde são observados os doentes encaminhados para as especialidades de cirurgia geral, pequena-cirurgia e ortopedia;
- A Área Laranja 2 é um espaço "open space" com capacidade para um total de 10 camas com vigilância (2 com monitorização), onde são alocados os doentes em maca para observação médica com prioridade laranja;

- O OBS Cirúrgico é um espaço contíguo à Área Laranja 2 com 5 macas, destinado a doentes internados ou com necessidade de vigilância pelas especialidades de Pequena Cirurgia, Cirurgia Geral e Ortopedia;
- O serviço de OBS é uma área de internamento constituída por 14 camas para doentes com necessidade de monitorização contínua e 2 camas sem monitorização;
- Áreas de Imagiologia, Raio-X e Tomografia Axial Computorizada (TAC) e um gabinete de eletrocardiografia assegurado por um profissional da área;
- Sala de técnicas fisicamente situada na Área Amarela, que se destina à execução de técnicas invasivas para as quais seja necessário um ambiente mais controlado (como exemplo a realização de punção lombar, colocação de dreno torácico, realização de paracentese, entre outros);
- Gabinete de isolamento, situado no corredor da Área Cirúrgica (gabinete 11), destina-se aos doentes com diagnóstico ou clínica suspeita de doenças que necessitem de isolamento;
- Sala de procedimentos, um espaço utilizado para execução de técnicas ao doente como algaliação, entubação nasogástrica, entre outras.

As áreas não clínicas são:

- Área administrativa: 2 balcões de atendimento para admissão de utentes;
- Um gabinete de apoio ao doente;
- Uma sala de acolhimento para comunicação de más notícias ou luto;
- Secretariado do SU, gabinete do chefe de equipa, gabinete do enfermeiro gestor e o gabinete de coordenação;
- Áreas de apoio: copa e instalações sanitárias para os profissionais;
- Copa de apoio aos doentes e quatro casas de banho para os doentes;
- 3 salas de banhos para os doentes, equipadas com o material necessário para apoio aos doentes alectuados e de cadeiras de rodas;
- 2 armazéns de material clínico, 2 farmácias de apoio e 1 armazém de hotelaria

1.1.1. Planta Organização SU



Figura 1 - Planta do SUMC

1.2. RECURSOS HUMANOS

O SU dispõe de médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde, técnicos de diagnóstico e terapêutica e profissionais administrativos. Além disso, trabalha de forma direta com o laboratório de análises clínicas disponível 24h constituído por técnicos de patologia clínica e hemoterapia e com o apoio da farmácia (com horário de funcionamento das 8h às 20h de 2ª a 6ª feira, das 8h às 17h aos sábados e encerrada aos domingos e feriados).

A equipa de administrativos responsáveis pelo atendimento no balcão de admissão dos doentes é constituída por dois elementos durante 24h. O responsável pela zona interna da urgência, cumpre um horário das 8h às 17h.

Os técnicos auxiliares de diagnóstico e terapêutica asseguram o serviço de imagiologia (RX e TAC) durante 24h. O técnico de Cardiopneumologia (responsável pela realização de eletrocardiogramas e gasimetria no SU) está em permanência num horário das 9h às 23h.

Quanto aos recursos médicos estes estão distribuídos pelas diferentes áreas, que se encontra de acordo com regulamento da constituição das equipas médicas nos serviços de urgência de 2022 (Ordem dos Médicos, 2022):

- 4 médicos de Clínica Geral no turno da manhã, 4 médicos no turno da tarde, 1 médico com turno das 10h-00h, 1 médico com turno das 14h-00h, 3 médicos no turno da noite;
- 1 médico de Medicina Interna para a área de triagem médica, 1 médico de Medicina Interna e 1 médico do internato para a Área Laranja 1 e 2 e 1 médico de Medicina Interna e 1 médico do internato para OBS;
- 2 médicos de Ortopedia permanentes durante 24h;
- 2 a 3 médicos de Cirurgia Geral permanentes durante 24h;
- 3 médicos de Ginecologia/Obstetrícia que desempenham a tua atividade no bloco de partos e encontram-se à chamada nos casos de emergência obstétrica na sala de emergência durante 24h;
- 1 médico anestesiologista que desempenha a sua atividade no bloco operatório central e dá apoio ao SU durante 24h e um médico interno da mesma especialidade;
- 1 médico emergencista que assegura a sala de emergência 24h;
- 1 neurologista em presença física das 8h às 20h e de chamada desde as 20h até às 8h durante 7 dias por semana

Os Técnicos Auxiliares de Saúde (TAS) estão sob a orientação do enfermeiro gestor e/ou coordenador e a sua distribuição nos turnos comporta os seguintes elementos: 1 elemento na Triagem, 1 elemento na Sala de Emergência, 1 elemento na Área Laranja 1/Verdes, 2 elementos na Área Amarela, 2 elementos na Área Laranja 2, 1 elemento na área da cirurgia / pequena cirurgia / ortopedia e 2 elementos em OBS. À noite é reduzido um elemento em OBS. Cada TAS é responsável pelo encaminhamento e transporte para a realização dos MCDT's dos doentes da área a que estão adstritos. No entanto, o TAS alocado à Área Laranja 1 / Verdes fica responsável pelo transporte de doentes

para realização de ecografias de todo o SUMC e pelo transporte dos óbitos de todo o hospital.

A equipa de enfermagem é constituída por um total de noventa e sete enfermeiros distribuídos por seis equipas, um enfermeiro Gestor(a) e um enfermeiro(a) de referência. Em cada equipa existe um enfermeiro coordenador responsável e um elemento que o substitui em caso de ausência. Diariamente é elaborado um plano de trabalho referenciando-se a distribuição dos enfermeiros pelos diferentes setores bem como o enfermeiro coordenador responsável pela equipa.

No turno da manhã, a prestação de cuidados é assegurada por um enfermeiro alocado ao posto de triagem 1, um enfermeiro ao posto de triagem 2, que acumula funções de apoio à Área Amarela, e um enfermeiro afeto à Área Laranja 1, desempenhando igualmente funções de segundo triador, assegurando a substituição do elemento do posto de triagem 1 sempre que necessário. A Sala de Emergência conta com um enfermeiro responsável e um enfermeiro de apoio, sendo este último também responsável pela Área Verde. A Área Amarela é assegurada por três enfermeiros até às 00h, passando a contar, após esse horário, com dois elementos. A Área Laranja 2 e o OBS Cirúrgico são assegurados por dois enfermeiros, enquanto a área de Ortopedia, Cirurgia Geral e Pequena Cirurgia dispõe de um enfermeiro dedicado. O Serviço de Observação (OBS) é assegurado por quatro enfermeiros.

Relativamente à função de coordenação, no turno da manhã e no turno da noite, o enfermeiro coordenador assume funções de apoio à Sala de Emergência e à Área Verde, contrariamente ao turno da tarde, em que assume exclusivamente funções de coordenação. Deste modo, o turno da manhã é constituído por quinze enfermeiros, o turno da tarde por dezasseis enfermeiros e o turno da noite por quinze enfermeiros até às 00h, passando a catorze enfermeiros a partir desse horário.

Os turnos de trabalho da equipa de enfermagem são das 8h às 14:30h (turno da manhã), das 14h às 20:30h (turno da tarde) e das 20h às 8:30h (turno da noite). Além destes horários, existe ainda todos os dias um elemento da manhã com o horário das 8h às 16h (M6) e um elemento da tarde com o horário das 16h às 00h (T30) adstrito à área amarela. Além dos postos de trabalho definidos em plano, o enfermeiro do SU durante a noite ou na ausência de enfermeiros do serviço de exames especiais de cardiologia, presta apoio na sala de colocação de pacemaker caso haja essa necessidade de ser utilizada para um doente de qualquer serviço do hospital (apesar de não haver nenhum documento oficial onde esteja explícita essa função).

Existem também os elos de ligação do SU, cujas funções são assumidas por enfermeiros atribuídos, nomeadamente com o Gabinete de Qualidade, com a Gestão do Risco Não Clínico, com a Comissão de Controlo de Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos (CCIRA), com o Grupo de Apoio à Prática de Enfermagem (GRAPE), com o Grupo de Tratamento de Feridas, com o Grupo de Trabalho sobre Quedas, com o Grupo Coordenador para a Abordagem da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho (GCAV/CPSLT) e as Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), com o Programa de Luta Contra a Tuberculose, com a Comissão de Catástrofe e com o Gabinete de Gestão de Risco Clínico.

Os enfermeiros constituem um grupo profissional cujas funções estão estabelecidas na profissão de enfermagem e às quais têm de dar cumprimento. Contudo dentro de um serviço há necessidade de acrescentar às funções atrás referidas todas aquelas necessárias ao bom funcionamento dos diferentes setores.

1.3. CIRCUITO DO DOENTE

Após a inscrição no balcão administrativo o doente aguarda na sala de espera a chamada para a triagem. A triagem é realizada de acordo com o sistema de Triagem de Manchester.

Após a triagem e, de acordo com a cor atribuída e o grau de mobilidade do doente triado (maca ou autónomo), poderá ser encaminhado para as áreas laranja 1 ou 2, área amarela ou área verde e azul. No entanto, pode ocorrer o encaminhamento direto para OBS após confirmação médica.

Os doentes que são encaminhados para as especialidades de cirurgia geral / pequena cirurgia / ortopedia são encaminhados para esta área independentemente da cor atribuída.

No período entre as 8h e as 20h podem ainda ser referenciados para as especialidades de Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Neurologia.

Salvo situações de protocolos de via verde, instabilidade do doente e/ou preocupação do enfermeiro que realiza a triagem, o doente pode ser encaminhado diretamente na sala de emergência.

Salienta-se que os doentes em todo o espaço do SU têm o direito legal de acompanhante, salvo exceção de situações de aglomerados de doentes e para gestão

de espaço, por ordem do chefe de equipa não sejam permitidos a entrada de acompanhantes temporários. Na pré-triagem, o enfermeiro atribui uma pulseira de acompanhante permanente, para doentes dependentes com necessidade de acompanhante, ou acompanhante temporário, para doentes que querem gozar do seu direito de ter o acompanhante, mas que não constituem uma necessidade.

Para todos os doentes internados no SU, independentemente da localização no espaço físico do SU, são permitidas visitas em horário estabelecido das 11:30h às 13:30h e das 17:30h às 19:30h, desde que estejam internados. Para os doentes não internados, são permitidos acompanhantes, salvo exceções (nomeadamente sobrelocação por indicação do Chefe de Equipa e Enfermeiro Coordenador).

2. PLANO DE INTEGRAÇÃO

Com a implementação do PI, pretende-se que sempre que um novo enfermeiro for admitido no SU e, após a definição do Enfermeiro Gestor ou da Enfermeira de Referência sobre o enfermeiro responsável pelo processo de integração, o plano deverá ser idealmente preenchido e utilizado. O PI divide-se essencialmente em duas vertentes: os Sistemas de Informação e os Procedimentos e Protocolos existentes no SU.

Preconiza-se que o tempo de integração abranja sensivelmente os trinta dias, podendo ser estendido mediante as necessidades do enfermeiro a ser integrado ou até reduzido tendo em consideração a adaptação do enfermeiro. Durante o período de integração, é exigido que o enfermeiro integrado faça pelo menos um turno em todas as áreas que constituem o SU. Essa "rotatividade" de postos será igualmente ajustada em função das necessidades e dificuldades apresentadas, ficando a definição das áreas atribuídas em cada turno sob a responsabilidade do enfermeiro integrador.

O posto da Triagem, exige uma visão diferente uma vez que, para assegurar funções nesse posto, é necessário que o enfermeiro recém-chegado possua o curso de Triagem de Manchester. No entanto, em situações que o enfermeiro não possua essa competência, deve ser apresentado o local e explicado a metodologia de trabalho pela atribuição de prioridades, mas não será exigido a realização de um turno completo nesse posto.

A integração na SE decorre de forma independente.

Toma-se igualmente fundamental que o enfermeiro em processo de integração tenha acesso, com a maior brevidade possível, às formações consideradas essenciais, nomeadamente o plano de emergência interna e externa, o curso de Triagem de Manchester, o curso de SIV, entre outras formações pertinentes ao contexto do SU. Paralelamente, deverá ser garantida a sua participação na sessão de boas-vindas da ULSM, enquanto momento estruturante de acolhimento institucional.

DATA DE INÍCIO: ___/___/___ DATA DE FIM: ___/___/___

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS
HOSPITAL PEDRO HISPANO – SERVIÇO DE URGÊNCIA
PLANO DE INTEGRAÇÃO

ENFERMEIRO INTEGRADOR:

_____ N.º MECANOGRÁFICO: _____

ENFERMEIRO A INTEGRAR:

_____ N.º MECANOGRÁFICO: _____

SITUAÇÃO INICIAL DO ENFERMEIRO A INTEGRAR (mobilidade de outro serviço da ULSM / mobilidade de outra ULS / recém-licenciado)

OBJETIVOS E EXPECTATIVAS DO ENFERMEIRO A INTEGRAR (a ser preenchido no início do processo de integração):

FORAM ATINGIDOS OS OBJETIVOS PROPOSTOS? SE NÃO, PORQUÊ? (a ser preenchido pelo integrador e pelo integrado no final do processo)

PROPOSTAS DE MELHORIA NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

ENF. INTEGRADOR ENF. INTEGRADO. ENF. GESTOR

COMPETÊNCIAS BÁSICAS EM SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE ENFERMAGEM

Aplicação	Domínio	Descrição de competências	Ação Formativa	Efetuada
EUNICE	CENTRO DE FORMAÇÃO	Consultar o plano de formação da ULSM	Demonstrar	
		Conhecer o procedimento para inscrição em ações de formação	Informar	
INTRANET	GESTÃO DE RISCO	Efetuar o registo da ocorrência de queda de um doente no SU	Demonstrar	
		Efetuar o registo da ocorrência de situações de risco	Demonstrar	
		Efetuar o registo da ocorrência de acidentes de trabalho	Demonstrar	
	GESTÃO DOCUMENTAL	Conhecer o procedimento para realização de notas de ocorrência	Demonstrar	
NOTIFICA		Conhecer o funcionamento da plataforma e o seu objetivo	Apresentar	
BTRAC		Conhecer o equipamento PDA e compreender o seu funcionamento	Demonstrar	
		Conhecer o procedimento para administração de hemoderivados através do BTRAC	Demonstrar	
SISQUAL		Aceder ao Sisqual e compreender as funcionalidades do programa	Demonstrar	
ESCALAS		Consultar escalas dos médicos, enfermeiros e auxiliares técnicos de saúde correspondente ao turno	Demonstrar	

EXCEÇÕES		Conhecer o procedimento a adotar em caso de falha informática	Descrever Informar	
FILEDOC		Aceder ao Filedoc	Demonstrar	
		Conhecer a finalidade do programa para obtenção e gestão de documentos	Informar	
GLINT	PEDIDOS À FARMÁCIA	Aceder ao Glint	Demonstrar	
		Realizar pedidos de medicação à farmácia (com ou sem doente associado)	Demonstrar	
SCLINICO		Aceder ao SClínico	Demonstrar	
		Consultar informação clinicamente relevante do doente	Demonstrar	
HCIS	PDS	Consultar o seguimento clínico do doente	Demonstrar	
		Consultar protocolo de feridas e/ou úlceras	Demonstrar	
	INEM	Consultar a informação relativa ao extra-hospitalar	Demonstrar	
	MCDT's	Visualizar os resultados dos MCDT's relativos ao episódio de urgência atual ou anteriores através do SAM	Demonstrar	
		Compreender os ícones associados aos diferentes estados do processo de realização dos exames	Demonstrar	
		Imprimir etiquetas, validar análises e envio ao laboratório	Demonstrar	
Agendar e eliminar requisição de colheitas		Demonstrar		
	Aceder ao esquema de hipocoagulação pelo serviço de hemoterapia	Demonstrar		

SERVIÇO DE URGÊNCIA	Imprimir etiquetas de identificação do doente e etiquetas de triagem	Demonstrar	
	Chamar o doente através do sistema informático e registar "não responde à chamada"	Demonstrar	
	Consultar episódios anteriores de urgência	Demonstrar	
	Conhecer o sistema de prescrição terapêutica, através de: <ul style="list-style-type: none"> • Aceder às prescrições médicas • Identificar prescrições novas • Identificar atitudes terapêuticas prescritas e registar quando efetuadas • Conhecer as justificações para a não administração de terapêutica 	Demonstrar Descrever	
	Conhecer o layout informático do SU e alocar os doentes informaticamente de acordo com a localização física no serviço	Descrever	
	Criar um comentário de evolução de enfermagem	Demonstrar	
	Registar sinais vitais e intervenções de enfermagem	Demonstrar	
	Realizar espólio de valores	Demonstrar	
	Protocolar úlceras por pressão e feridas	Demonstrar	
	Documentar e editar uma alergia do doente	Demonstrar	
	OBS	Avaliar o Risco de Queda na pessoa adulta	Demonstrar

	Avaliar do Risco de Úlcera de Pressão na pessoa adulta	Demonstrar	
	Admitir o doente na unidade monitorizada	Demonstrar	
RELATÓRIOS	Imprimir o relatório de enfermagem do doente e prepara a documentação da alta/transferência	Demonstrar	
	Imprimir o resumo de prescrição	Demonstrar	
VACINAÇÃO	Consultar o RSE e Vacinas	Demonstrar	
	Efetuar registo de vacinas quando são administradas no SU	Demonstrar	

DOMÍNIO	DESCRIÇÃO	Efetuada
LOGÍSTICA	Apresentar a equipa de enfermagem, médica, técnicos auxiliares de saúde e secretariado	
	Informar sobre o horário e método de funcionamento da rouparia	
	Explicar o funcionamento das áreas administrativas	
	Apresentar a estrutura física do serviço	
	Informar sobre os serviços de apoio como a manutenção e informática, incluindo o contacto telefónico e horário de funcionamento	
	Explicar o horário de funcionamento dos recursos humanos	
	Apresentar o centro de formação da ULSM	
	Apresentar a lista telefónica disponível e os locais onde se encontram afixadas	
	Explicar o procedimento de pedido e alteração de dietas	
	Informar sobre o horário de visitas e acompanhantes no SU	
	Explicar o procedimento de efetuar pedido de material ao aprovisionamento e a outros serviços do hospital através do método "pede/envia"	
	Explicar o horário de funcionamento da saúde ocupacional, formas de contacto em situações de recurso	
ESPAÇOS	Apresentar o armário de catástrofe e explicar as situações em que pode ser utilizado	
	Apresentar o local de armazenamento da fluidoterapia aquecida e do frigorífico para medicação	

	Apresentar a sala de pacemaker, o kit de apoio ao procedimento e explicar a necessidade de garantir a desinfecção do espaço no fim do procedimento	
	Apresentar a localização dos botões de pânico no serviço	
	Apresentar os armazéns de aprovisionamento de material clínico e as listas de material organizadas por Kaizen	
	Explicar o funcionamento dos dispensadores de medicação e apresentar os locais de armazenamento dos restantes componentes da farmácia	
	Apresentar os locais onde se encontram armazenados equipamentos clínicos e os locais de aprovisionamento de material hoteleiro	
	Apresentar a sala de técnicas e o material que a constitui	
PROTOCOLOS E PROCEDIMENTOS	Apresentar os protocolos relativos a terapêutica medicamentosa e os locais onde estão afixados para consulta	
	Apresentar os protocolos de procedimentos presentes em OBS (por exemplo de remoção da TR-band)	
	Apresentar e explicar os protocolos de "Vias Verdes" em vigor no SU	
	Explicar o funcionamento e a finalidade do 2222	
	Apresentar o Plano de Catástrofe (livro de capa vermelha), presente ao lado do armário de catástrofe e na gestão documental	
	Explicar o procedimento de pesquisa de documentação na Gestão Documental e qual a sua finalidade	
	Explicar o procedimento de preparação do doente para HD, colocação de PM, óbito, realização de MCDT's,	

	BO (documento a ser elaborado pelos elos de ligação da qualidade).	
	Apresentar a escala para acompanhamento de transporte do doente crítico inter-hospitalar	
	Explicar a metodologia de controlo e registo de estupefacientes e reposição	
	Apresentar o Manual n.º 2046 disponível na Gestão Documental para procedimentos na manipulação e utilização de componentes sanguíneos (preenchimento/confirmação dos impressos de administração de sangue e hemoderivados)	
	Explicar o procedimento para colheita e administração de hemoderivados em caso de falha do BTrac	
	Explicar o procedimento de identificação e envio dos diferentes tipos de amostras biológicas (sangue, expetoração, LCR, entre outras), através do circuito interno do hospital e para o exterior	
MATERIAIS	Apresentar o material do SU utilizado na monitorização eletrocardiográfica (diferentes adaptadores de cabos de ECG e o material necessário à adaptação das pás multifunções aos diferentes monitores)	
	Apresentar os monitores e mochilas de transporte de doentes, bem como o material que contém e datas de verificação	
	Apresentar o material e dispositivos utilizados para a Ventilação Não Invasiva	
	Apresentar os diferentes kits existentes no serviço (VNI, CVC, paracentese, toracocentese, dreno torácico, pericardiocentese)	
	Apresentar e conhecer o material de imobilização (aranhas, cintas pélvicas, colar cervical, plano duro, maca coquile)	

Apêndice X – Plano de formação no SU do “Manual de acolhimento e integração SUMC”

Sessão: Manual de Acolhimento e Integração - Projeto de Melhoria Contínua				
Data: 29/01/2026		Hora: 14h	Duração: 20min	
Formadoras	Enf. ^a Juliana Coelho (6510); Enf. ^a Sónia Miranda (7933)			
Público-Alvo	Enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano			
Local	Reunião de serviço do SUMC no auditório de Formação da ULSM.			
Objetivos	<p>Geral</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover um adequado processo de integração de novos enfermeiros no SU 			
	<p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Divulgar a importância e vantagens de uma integração estruturada Divulgar o plano de integração de enfermeiros no SU Recolher sugestões de melhoria ao Manual de Acolhimento e Integração 			
Fase	Conteúdo	Método	Recursos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação das formadoras Apresentação da temática a abordar Apresentação dos objetivos propostos 	<p>Expositivo</p> <p>Interativo</p>	<p>Apresentação</p> <p>Power Point</p> <p>Computador</p>	5 min.

Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • O processo de integração, os seus objetivos e vantagens • Projeto de melhoria contínua e as fases da elaboração • A estrutura do Manual de Integração • Aspetos a considerar no processo de integração 	Expositivo Interativo		10 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Questões do público- alvo • Informar sobre o envio de sugestões via email • Encerramento da sessão 	Interativo		5 min.
Avaliação da sessão				
<ul style="list-style-type: none"> • Número de sugestões de melhoria enviadas por email • Participação do público durante a sessão (questões/partilhas) • Feedback verbal dos enfermeiros no final da apresentação 				

Apêndice XI – Instrumento de Recolha de Dados

QUESTIONÁRIO DE INVESTIGAÇÃO

Este questionário tem como objetivo recolher informações sobre a perceção dos enfermeiros relativamente às Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), no âmbito de um estudo de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A sua participação é voluntária, e as respostas são anónimas e confidenciais. O tempo estimado de resposta é de 10 minutos. Em qualquer momento poderá desistir de participar.

_____ Declaro que li e compreendi as informações acima e concordo em participar deste estudo (assinale com uma cruz).

Parte I – Dados Sociodemográficos

1. Identificação do questionário (número): _____
2. Género:
 - a) Masculino
 - b) Feminino
 - c) Outro _____
3. Idade:
 - a) < 30 anos
 - b) 31 a 44 anos
 - c) > 45 anos
4. Formação em Enfermagem:
 - a) Licenciatura
 - b) Pós-licenciatura
 - c) Mestrado
 - d) Doutoramento
5. Tempo de experiência como enfermeiro (em anos) _____

Parte II – Conhecimento sobre PBCI

1. Colocação dos doentes – Na admissão do doente no Serviço de Urgência, deve-se ter especial atenção os seguintes aspetos na colocação de utentes (escolha a(s) opção/opções correta(s)):

- a) Os utentes que representem risco acrescido de transmissão cruzada, por exemplo, com sintomas de diarreia
- b) Os utentes com Microrganismo Epidemiologicamente Importante (MEI) já confirmados em resultados laboratoriais
- c) Evitar a deslocação de doentes entre diferentes locais no Serviço de Urgência
- d) Todas as anteriores

2. Higienização das mãos – Indique os 5 momentos obrigatórios para higienização das mãos (escolha a(s) opção/opções correta(s)):

- a) Antes do contacto com o doente, antes de procedimentos limpos/assépticos, após o risco de exposição a fluídos orgânicos, após contactar com o doente ou com a sua unidade, após a remoção de EPI
- b) Antes do contacto com o doente, antes de procedimentos assépticos, após o risco de exposição a fluídos orgânicos, após contactar com o doente ou com a sua unidade, após a remoção de EPI
- c) Antes do contacto com o doente, antes de procedimentos limpos/assépticos, após o risco de exposição a fluídos orgânicos, após contactar com o doente , após a remoção de EPI
- d) Antes de vestir o EPI, antes do contacto com o doente, antes de procedimentos limpos/assépticos, após o risco de exposição a fluídos orgânicos, após contactar com o doente ou com a sua unidade

3. Etiqueta Respiratória – Qual/quais das seguintes medidas faz/fazem parte da correta

etiqueta respiratória (escolha a(s) opção/opções correta(s)):

- a) Utilizo a mesma máscara cirúrgica ao longo de todo o turno de 12h, se ela estiver aparentemente íntegra
- b) Se tossir ou espirrar para um lenço descartável, não necessito de desinfetar as mãos com uma solução à base de álcool
- c) Os profissionais de saúde devem apenas promover as medidas de etiqueta respiratória apenas aos utentes, não sendo necessário às restantes pessoas que entram na unidade de saúde
- d) Tossir ou espirrar para o braço/manga e evitar tocar nas mucosas dos olhos, boca ou nariz

4. Utilização de EPI's – Relativamente aos EPI's, qual das seguintes afirmações considera correta (escolha a(s) opção/opções correta(s)):

- a) Posso reutilizar o avental, em contactos seguintes desde que seja sempre no mesmo utente
- b) As luvas devem ser usadas quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos
- c) As batas de manga comprida devem ser substituídas entre doentes sendo facultativa no final de cada procedimento
- d) A sequência correta para colocação do EPI é: máscara, bata, óculos e luvas

5. Tratamento do equipamento clínico – No tratamento do equipamento clínico, que aspetos são considerados corretos (escolha a(s) opção/opções correta(s)):

- a) A descontaminação do equipamento reutilizável está indicada após contaminação com sangue e fluidos orgânicos, após cada utilização e em intervalos regulares predefinidos e antes da inspeção, manutenção e reparação
- b) A descontaminação do equipamento reutilizável está indicada após contaminação com sangue e fluidos orgânicos, não sendo necessário após cada utilização

c) O equipamento clínico que é classificado como de uso único, a sua embalagem apresenta um símbolo que contém o algarismo 1

d) Todas as anteriores

6. Controlo ambiental – Quais das seguintes medidas que contribuem para um controlo ambiental eficaz (escolha a(s) opção/opções correta(s)):

a) O derrame de sangue e fluidos orgânicos é considerado um evento de risco, devendo ser removido logo que possível tornando facultativo chamar profissionais treinados para o efeito

b) As superfícies pertencentes à unidade do doente ou frequentemente manipuladas devem ser alvo de uma maior frequência de descontaminação comparativamente com outras superfícies

c) Os profissionais devem manter os quartos de isolamento arejados e com as portas abertas para facilitar e potenciar a ventilação do espaço

d) Todas as anteriores

7. Manuseamento seguro da roupa – Que aspetos devem ser considerados no manuseamento da roupa suja (escolha a(s) opção/opções correta(s)):

a) Toda a roupa suja deve ser considerada como contaminada

b) A roupa deve ser colocada em sacos de plástico, independentemente da cor do saco (laranja, branco ou preto) até 2/3 da sua capacidade e não deve ser manipulada após

c) Nos doentes infetados é necessário proceder à separação da roupa após a prestação de cuidados

d) As mãos não necessitam de ser higienizadas antes e após o manuseio da roupa suja desde que haja o uso de luvas

8. Recolha segura de resíduos – Como deve ser descartado o material e resíduos hospitalares e/ou resultantes da prestação de cuidados? (escolha a(s) opção/opções

correta(s)):

- a) Os resíduos provenientes da prestação de cuidados de saúde devem ser eliminados junto ao local de produção e separados e triados posteriormente de acordo com os grupos a que pertencem
- b) Os frascos de soros não contaminados fazem parte do grupo III segundo a classificação dos resíduos hospitalares
- c) Faz parte do grupo III segundo a classificação dos resíduos hospitalares, material de proteção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que haja contacto com produtos contaminados (luvas, máscaras, aventais e outros).
- d) Todas as anteriores

9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis – Que cuidados devem ser seguidos na prática segura na preparação e administração de injetáveis (escolha a(s) opção/opções correta(s)):

- a) Usar técnica limpa na preparação para evitar a contaminação do material
- b) Se for necessário usar embalagens de doses múltiplas, tanto a agulha, como a seringa e/ou sistema e prolongadores usados para aceder à embalagem devem estar limpas
- c) As embalagens de dose única para medicamentos injetáveis devem ser a primeira opção
- d) Pode ser utilizada a mesma seringa de medicação para vários doentes desde que seja garantida a troca de agulha

10. Exposição de risco no local de trabalho – O risco de exposição a agentes microbianos é um dos riscos mais importantes a que os profissionais de saúde estão sujeitos, devendo saber que é considerado exposição de risco qual das seguintes opções (escolha a(s) opção/opções correta(s)):

- a) Traumatismo percutâneo com cortantes ou perfurantes contaminados, exposição de feridas ou outras lesões da pele e/ou de mucosas (incluindo a ocular) a salpicos de sangue ou outros fluidos orgânicos de risco
- b) Traumatismo percutâneo com cortantes ou perfurantes contaminados, exposição de

feridas ou outras lesões da pele e/ou de mucosas (excluindo a ocular) a salpicos de sangue ou outros fluidos orgânicos de risco

c) Traumatismo percutâneo com cortantes ou perfurantes contaminados, exposição de feridas ou outras lesões da pele e/ou de mucosas (incluindo a ocular) apenas a salpicos de sangue

d) Traumatismo percutâneo com cortantes ou perfurantes estando contaminados ou não, exposição de feridas ou outras lesões da pele e/ou de mucosas (incluindo a ocular) a salpicos de sangue ou outros fluidos orgânicos de risco

Parte III – Barreiras e dificuldades

1. Já frequentou algum curso no âmbito de controlo de infeção, independentemente da sua origem (dentro ou fora da instituição) (selecione uma opção)?

- a) Nenhuma vez
- b) Uma vez
- c) Duas ou mais vezes

2. Qual considera a forma mais eficaz para promover a adesão ao cumprimento das PBCI (selecione a opção)?

- a) Sessões de formação
- b) Panfletos e informação distribuída pelo serviço
- c) Auditorias ao serviço de urgência com feedback à equipa
- d) Outros (diga qual): _____

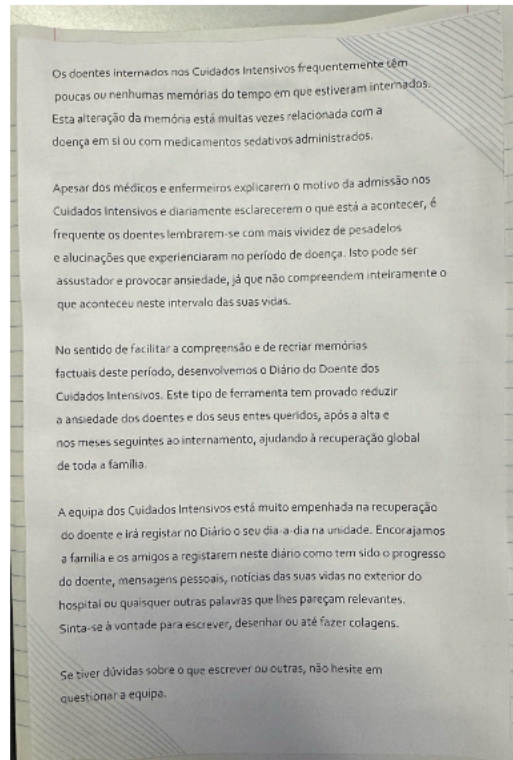
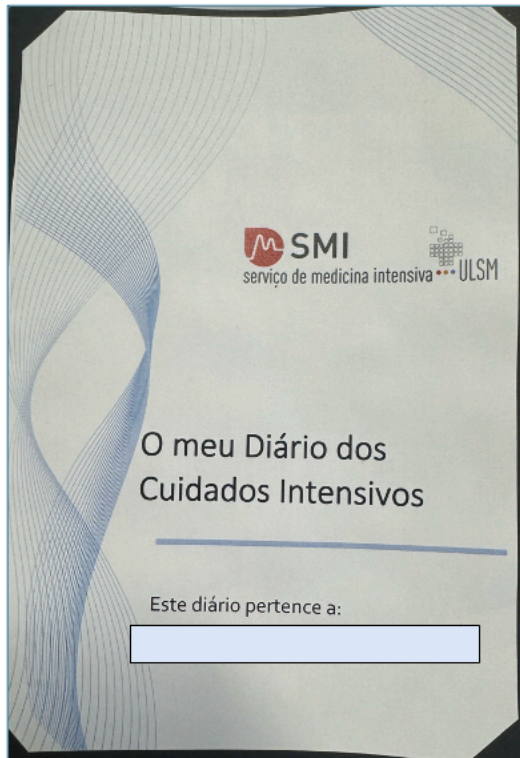
3. Qual ou quais considera como principais barreiras e dificuldades para o cumprimento das PBCI no seu local de trabalho (selecione das seguintes opções):

- a) Falta de conhecimento sobre controlo de infeção e PBCI
- b) Pouca perceção da eficácia das PBCI
- c) Falta de tempo
- d) Falta de equipamentos de proteção individual
- e) Número elevado de doentes
- f) Falta de apoio por parte da gestão
- g) Estrutura física do serviço de urgência
- h) Falta de formação no âmbito do controlo de infeção

i) Desmotivação profissional

j) Outros (diga qual): _____

Anexo I – “O Meu Diário Dos Cuidados Intensivos”



Alguns dados sobre mim...

Nome pelo qual gosto de ser tratado: _____

Eu vivo com: _____

As pessoas mais próximas de mim são: _____

A minha profissão: _____

Nos meus tempos livres gosto de: _____

Os meus amigos descrevem-me como: _____

Feitos de que me orgulho: _____

Coisas de que não gosto ou me deixam stressado: _____

Coisas que me alegram e que são importantes para mim: _____

Outras informações que gostaria que soubessem sobre mim: _____

Em casa eu uso: Óculos Lentes de contacto Aparelho auditivo

Bengala Andarilho Prótese dentária Outro: _____

Anexo II – Certificado E-Poster “Conhecimento e dificuldades dos enfermeiros sobre as precauções básicas de controlo de infeção”



CERTIFICADO

Certifica-se que:

Juliana Coelho, Pedro Gonçalves

apresentaram o E-Póster “**Conhecimento e dificuldades dos enfermeiros sobre as precauções básicas de controlo de infeção**” no 7º Congresso Internacional Infeção Associada aos Cuidados de Saúde 2025: Desafios e Inovação em Controlo de Infeção, realizado nos dias 23 e 24 de outubro de 2025, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal.

Santa Maria da Feira, 24 de outubro de 2025

Presidente Conselho Direção
da ESSNorteCVP


Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica


Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

Anexo III – E-Poster “Conhecimento e dificuldades dos enfermeiros sobre as precauções básicas de controlo de infeção”

7º CONGRESSO INTERNACIONAL
IACS2025

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA, PORTUGUESA

Conhecimento e Dificuldades dos Enfermeiros sobre as Precauções Básicas de Controlo de Infeção

Juliana Coelho¹; Pedro Gonçalves²

¹ Enfermeira, ULIS Matosinhos, Mestrando em Enfermagem Médica Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Juliana.coelho@uls.mn.hs-ude.pt)

² Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ULIS Santo António | pedrgoncalves.aul@ulissamn-hs-ude.pt

ENQUADRAMENTO

A evolução dos cuidados de saúde melhorou a vida, mas aumentou o risco de infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). As Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI) são essenciais na prevenção, porém persistem falhas de conhecimento e barreiras à sua adesão pelos enfermeiros.

OBJETIVO

Analisar o conhecimento, as barreiras na adesão e as estratégias que favorecem o cumprimento das PBCI por parte dos Enfermeiros.

RESULTADOS OBTIDOS

Conhecimento dos Enfermeiros

A maioria dos estudos analisados, revelou que os Enfermeiros apresentam níveis adequados de conhecimento sobre as direções de prevenção e controlo de infeção.^(1,3,4,5) No entanto, existem estudos que revelaram conhecimento insuficiente.^(6,7)

Barreiras no cumprimento

Barreiras individuais:

- Falta de conhecimento.^(2,3,5,7)
- Desmotivação profissional dos Enfermeiros.⁽⁸⁾

Barreiras organizacionais:

- Excesso de trabalho e escassez de tempo.^(9,10,11)
- Estrutura física dos serviços.⁽¹²⁾
- Falta ou escassez de Equipamento de Proteção Individual (EPI).^(1,12)
- Falta de apoio por parte do Gestor.⁽⁷⁾

Estratégias para o cumprimento das PBCI

Formação contínua:

- Formação contínua.^(1,3,5,9)
- Feedback às equipas relativamente à sua prática.⁽¹⁰⁾
- Existência de um profissional responsável pela supervisão do uso de EPI.⁽¹⁾

Outras estratégias:

- Existência de ficheiros informativos e realização de auditorias.⁽¹⁾
- Utilização de Inteligência Artificial.⁽¹⁾

METODOLOGIA

Realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura (RI) segundo as orientações PRISMA. Formulou-se a questão de investigação com base nos critérios PICO.

P
Enfermeiros

I
Conhecimento, barreiras percebidas e estratégias

C
Não aplicável

O
Nível de conhecimento, barreiras no cumprimento das PBCI e estratégias eficazes

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Qual o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre as PBCI, que barreiras percebem e que estratégias consideram eficazes para as superar?

ESTUDOS IDENTIFICADOS

Estudos identificados através dos registos na base de dados

Registos identificados na base de dados PubMed (n= 142)

Registos excluídos antes da triagem: Registos duplicados (n=1) Registos duplicados removidos (n=3)

Registos selecionados (n=123)

Registos excluídos após a leitura do título (n=100) Registos excluídos após a leitura do resumo (n=4)

Registos excluídos após a leitura integral do texto (n=0)

Registos excluídos após a leitura integral do texto (n=0)

Registos excluídos após a leitura integral do texto (n=0)

Registos excluídos após a leitura integral do texto (n=0)

CONCLUSÃO

Apesar dos enfermeiros demonstrarem, em geral, níveis adequados de conhecimento sobre as PBCI, ainda existem estudos que demonstram níveis desadequados relativamente ao tema. Persistem barreiras individuais e organizacionais para a adesão às PBCI. A formação contínua é a estratégia considerada mais eficaz para colmatar as necessidades, promovendo a consolidação do conhecimento que é uma das principais falhas apontadas por estes profissionais.

Palavras-chave: Conhecimento; Controlo de infeção; Enfermagem; Hospitais

Keywords: Knowledge; Infection Control; Nursing; Hospitals

Referências Bibliográficas

7º CONGRESSO INTERNACIONAL
IACS2025

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
EDV
ENTRE DOURO E VOUGA

Anexo IV - Email de aceitação para produção do artigo científico



Millenium Millenium <noreply@rcaap.pt>



Para: Juliana Coelho; Gorete Batista <gorete@ipb.pt>

qui, 05/03/2026 17:20


Não costuma receber e-mails de noreply@rcaap.pt. [Saiba por que motivo isto é importante](#)


Caras autoras,

A edição da sua submissão, "Conhecimento e dificuldades dos enfermeiros sobre as precauções básicas de controlo de infeção," está concluída. **O artigo foi enviado para a produção.**

URL da submissão : <https://revistas.rcaap.pt/millenium/authorDashboard/submission/44663>

 Responder

 Responder a todos

 Reencaminhar