



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS NA PROTEÇÃO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação
Crítica

Por
Nuno Miguel Amorim Guerra da Costa Filipe

Porto – março de 2024



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS NA PROTEÇÃO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

PROMOTING SPECIALIST NURSE'S CARE SAFETY TOWARDS THE PERSON IN CRITICAL CONDITION PROTECTION

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação
Crítica

Por

Nuno Miguel Amorim Guerra da Costa Filipe

Sob a orientação da Prof.^ª Doutora Irene Oliveira

Porto – março de 2024

RESUMO

O presente documento pretende descrever o percurso traçado pelo estudante para a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem no âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório* do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, lecionado na Escola de Enfermagem do Porto da Universidade Católica Portuguesa. Esta unidade curricular incorporou um estágio decorrido entre 4 de setembro e 16 de dezembro de 2023 num Serviço de Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos e num Serviço de Urgência de uma Unidade Local de Saúde na região Norte de Portugal.

A Ordem dos Enfermeiros reconhece ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, na dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, e na maximização da prevenção e controle da infeção e das resistências a antimicrobianos face à complexidade da situação que a pessoa em situação crítica vivencia. Entre as competências comuns dos enfermeiros especialistas encontra-se a capacidade de desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e a promoção de um ambiente de cuidados terapêutico e seguro, centrado na pessoa, agindo ativamente na criação de procedimentos que minimizam o risco e garantam a prestação de cuidados seguros.

Assim, este documento apresenta as intervenções desenvolvidas pelo estudante com vista à promoção da segurança nos cuidados e da melhoria contínua da qualidade nos dois serviços referidos. No primeiro, o Serviço de Controlo de Infecção e das Resistências aos Antimicrobianos, elaborou-se uma revisão do procedimento de precaução de contato aplicado às pessoas com infeção por *Clostridioides difficile*. A proposta de alteração do procedimento teve por base uma revisão da literatura conduzida pelo estudante que se encontra descrita neste documento. No Serviço de Urgência foi apresentada uma lista de verificação antes da realização do transporte do doente crítico e um guião para a comunicação eficaz na transição de cuidados entre os profissionais de Enfermagem.

Paralelamente, este documento convida o leitor a acompanhar o exercício crítico-reflexivo realizado pelo estudante ao longo desse mesmo percurso, colocando em destaque as atividades que contribuíram para o desenvolvimento de uma prática especializada centrada na pessoa em situação de doença crítica e na sua vulnerabilidade e de como a promoção da segurança nos cuidados contribui para a sua proteção.

Palavras-Chave: Segurança do Doente; Doente Crítico; Prevenção da Infecção; Transporte do Doente Crítico; Comunicação Eficaz

ABSTRACT

This document aims to describe the course followed by the student towards the acquisition and development of Specialist Nurse and Master of Nursing skills within the scope of the curricular unit *Estágio Final e Relatório* of the 16th Master's Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Critical Situations, taught at the School of Nursing-Porto of the Universidade Católica Portuguesa. This curricular unit incorporated an internship carried out between September 4th and December 16th, 2023 in an Infection Control and Antimicrobial Resistance Department and in an Emergency Department of a Local Health Unit in the North of Portugal.

The Ordem dos Enfermeiros of Portugal acknowledges the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Critical Situations Specialization with skills in providing specialized care for people in critical condition, in managing emergency, exception and catastrophe response, and in maximizing infection prevention and control and antimicrobials resistance, given the complexity of patients in critical condition.

Among the shared skills of all specialist nurses is the ability to develop quality practices, managing and collaborating in continuous quality improvement programs and promoting a therapeutic and safe care environment, person centered, actively pursuing the creation of procedures that minimize risk and ensure safety of care.

This document aims to showcase interventions intended to promote safety of care, under the continuous quality improvement standards, in a healthcare institution. In the Infection Control and Antimicrobial Resistance Department it was performed a review of the *Clostridioides difficile* infection precaution procedure. The proposal to change the procedure was based on a literature review conducted by the student that is described in this document. Secondly, it was developed a critically ill patient transport checklist and an effective communication handover template for the Emergency Department.

In parallel, this document invites the reader to follow the critical-reflective exercise carried out by the student, highlighting the activities that contributed to the development of a specialized nursing practice centered on the person in a situation of critical illness and their vulnerability, and how promoting safety in care contributes to the protection of said person.

Keywords: Patient Safety; Critical Care Patient; Infection Prevention; Critical Care Patient Transport; Healthcare Effective Communication

*“O que dá verdadeiro sentido ao encontro é a busca;
e é preciso andar muito para se encontrar o que está perto.”*

José Saramago

Agradecimentos

Aos meus pais e irmão, a minha primeira família, por me criarem num lar pleno de segurança e amor incondicional.

Aos meus sogros, que tão bem me acolheram e que sempre me apoiaram, por todas as vezes que abdicaram do seu tempo para me assistirem neste percurso.

À L., a minha âncora neste mar de emoções fortes, o meu farol nos momentos mais escuros, por me conhecer melhor do que eu próprio.

Aos meus filhos, R., J. e V., por abdicarem das horas com o pai, das nossas conversas, dos passeios e dos jogos, e por me mostrarem que, com alegria, tudo se torna mais fácil.

À Professora Doutora Irene Oliveira, pelas palavras sábias, pela disponibilidade e empatia, por acreditar sempre em mim e por me desafiar a ser mais e melhor.

Aos meus colegas de profissão, pelo exemplo, pelas palavras de apoio, por serem uma força e motivação constantes.

Aos meus colegas de mestrado, pelas discussões e reflexões conjuntas, e pelos momentos de convívio, um contributo fundamental para tornar esta caminhada mais fácil.

Às pessoas doentes e às suas famílias que partilharam comigo o seu tempo e o seu espaço, nos períodos mais difíceis das suas vidas, pela demonstração de resiliência, pelas palavras de apreço, pelas experiências que moldaram o enfermeiro que sou e que quero ser no futuro.

Siglas, Acrónimos e Abreviaturas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
APIC	<i>Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology</i>
CCI	Comissão de Controlo de Infeção
CEEMC	Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>
EEMC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPC	<i>Enterobacteriaceae</i> Produtoras de Carbapenemases
EVR	<i>Enterococcus</i> Vancomicino-Resistentes
GL-PPCIRA	Grupo Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
GR-PPCIRA	Grupo Regional do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
IDSA	<i>Infectious Diseases Society of America</i>
MEI	Microrganismo Epidemiologicamente Importante
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBCI	Precauções Básicas de Controlo da Infeção
PNCI	Plano Nacional de Controlo de Infeção
PNPRA	Programa Nacional para a Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
SABA	Solução Antissética de Base Alcoólica
SAMR	<i>Staphylococcus Aureus</i> Meticilino-Resistentes
SCIRA	Serviço de Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

SE	Sala de Emergência
SHEA	<i>Society for Healthcare Epidemiology of America</i>
SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica
SU	Serviço de Urgência
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
UL-PPCIRA	Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
ULS	Unidade Local de Saúde
UR-PPCIRA	Unidade Regional do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
VE	Vigilância Epidemiológica
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1 - O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DE UM AMBIENTE TERAPÊUTICO E SEGURO.....	21
1.1. Maximizar a Prevenção e o Controlo de Infeção	22
1.2. A Intervenção Especializada para a Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados	26
CAPÍTULO 2 - A VULNERABILIDADE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO CENTRO DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS	35
2.1. O Desenvolvimento do Autoconhecimento através da Relação com a Pessoa em Situação de Doença Crítica	38
2.2. A Comunicação e a Segurança centradas na Proteção da Pessoa em Situação Crítica ..	42
2.3. A Gestão dos Cuidados em Prol da Segurança	46
CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
APÊNDICES	61
Apêndice I – Diagrama PRISMA	63
Apêndice II – Tabela de Evidências.....	67
Apêndice III - Procedimento de Precauções de Contato para Doentes com Infeção por <i>C. difficile</i>	71
Apêndice IV – Guião para a Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência	75
Apêndice V – Lista de Verificação para a Preparação do Transporte do Doente no Serviço de Urgência	79

INTRODUÇÃO

Ao longo da sua vida a pessoa constrói um projeto de saúde, baseado nas suas vivências e idiosincrasias. Entre as diversas profissões na área da saúde, os enfermeiros são aqueles que detêm competências para, numa relação de parceria com a pessoa, capacitá-la e assisti-la no seu projeto de saúde e a vivenciar períodos de transição de forma bem-sucedida reconhecendo e gerindo, ao longo deste processo, os fatores que a tornam vulnerável.

A pessoa, ao longo da sua vida, atravessa processos de transição dos quais, sendo bem-sucedida, emerge capacitada para o desempenho de um novo papel. A vivência de um processo de transição é considerada como um período de particular vulnerabilidade, existindo determinantes que podem exercer um efeito inibidor, dificultando ou negando a concretização deste processo (Meleis, 2010).

Entre as pessoas que se encontram a vivenciar processos de transição de saúde/doença, e em particular estado de vulnerabilidade, destacam-se as pessoas em situação de doença crítica que recorrem aos serviços de urgência.

De modo a poder dar resposta às necessidades de saúde da pessoa e das comunidades, a Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece competências comuns, contempladas em quatro domínios, aos enfermeiros possuidores do título de Enfermeiro Especialista, capacitados para a prestação de cuidados especializados nas suas áreas da prática de cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Entre as diversas especialidades em Enfermagem existentes em Portugal, encontra-se a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Esta especialização pretende dotar o profissional de competências para a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação de doença crítica, sendo esta definida como aquela cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, moni-

torização e terapêutica por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A prestação de cuidados de enfermagem deve ser pautada por uma preocupação em manter o ambiente terapêutico e seguro, promovendo a melhoria contínua da qualidade, competências reconhecidas ao enfermeiro especialista.

Entre as diferentes abordagens à promoção da segurança dos cuidados, destacam-se a maximização da prevenção e do controle de infeção.

Este documento convida o leitor a acompanhar o exercício crítico e reflexivo levado a cabo pelo estudante e que emergiu das atividades desenvolvidas durante o estágio realizado num Serviço de Controle de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (SCIRA), entre 4 de setembro e 24 de outubro de 2023, e num Serviço de Urgência (SU), entre 25 de outubro e 16 de dezembro do mesmo ano, de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte de Portugal.

O estágio realizado integra a unidade curricular *Estágio Final e Relatório* do primeiro semestre do segundo ano do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, lecionado na Escola de Enfermagem do Porto da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

A unidade curricular *Estágio Final e Relatório* pretende proporcionar ao estudante a oportunidade de aplicar, desenvolver e consolidar as competências e os conhecimentos adquiridos pelo estudante no âmbito do presente curso, enquanto futuro mestre em Enfermagem e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Para tal, esta unidade curricular de 30 *European Credit Transfer System*, teve uma carga horária total de 840 horas, desenvolvidas entre 4 de setembro de 2023 e 4 de fevereiro de 2024, contemplando 400 horas de contato – 360 horas em estágio, 20 horas em orientação tutorial e 20 horas em seminário – e 440 horas de trabalho autónomo das quais se destacaram 200 horas para a elaboração deste relatório.

No caso do estágio sobre o qual este relatório incide, as 360 horas repartiram-se, como já foi referido, entre um SCIRA e um SU, dando assim resposta aos pressupostos determinados pela Ordem dos Enfermeiros para o reconhecimento do título de enfermeiro

Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Se, para a aquisição de competências de EEEMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a OE prevê a realização de um estágio num SU, coube ao estudante a decisão de optar por um SCIRA como segundo campo de estágio. Esta opção reflete a necessidade sentida pelo estudante de aprofundar conhecimentos e de desenvolver competências numa área com tanta relevância para a prestação de cuidados e que a OE destaca como uma das reconhecidas competências do EEEMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, considerando o seu particular estado de vulnerabilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Este documento espelha necessariamente a experiência acumulada durante os 22 anos de exercício profissional do estudante. A conjugação dos conhecimentos adquiridos ao longo deste Curso de Mestrado e a maturidade profissional alcançada ao longo de duas décadas influenciou a visão crítica e a reflexão sobre a realidade dos campos de estágio, as atividades realizadas na consecução dos objetivos traçados no projeto de estágio e o balanço final do percurso realizado.

Tendo completado o Curso de Bacharelato de Enfermagem em 2001, o estudante iniciou a sua atividade profissional no mesmo ano, obtendo posteriormente a Licenciatura em Enfermagem após a conclusão do Ano Complementar de Formação em Enfermagem em 2002. Depois de exercer a profissão durante cerca de cinco anos num serviço de Medicina, o estudante transitou para um serviço de Cuidados Intensivos onde se encontra há já aproximadamente dezoito anos e onde integra a Equipa de Emergência Intra-Hospitalar da instituição onde exerce funções.

O exercício profissional num serviço de cuidados intensivos polivalente permitiu ao estudante desenvolver competências na aplicação do Processo de Enfermagem à pessoa em situação de doença crítica, estabelecendo Diagnósticos de Enfermagem, planeando e implementando intervenções de Enfermagem e avaliando o resultado do plano estabelecido. Paralelamente o estudante teve oportunidade de desenvolver competências no domínio da aplicação de protocolos terapêuticos complexos, encontrando-se familiarizado com um conjunto de técnicas e procedimentos invasivos e não-invasivos de apoio à monitorização, vigilância e tratamento do estado clínico da pessoa em situação de

doença crítica, bem como na gestão da comunicação, da dor e do bem-estar, numa relação de parceria com a família/cuidador.

Enquanto elemento integrante da Equipe de Emergência Intra-Hospitalar da sua instituição, ao longo destes dezoito anos o estudante teve extensa formação e inúmeras oportunidades de desenvolvimento de competências na aplicação do algoritmo de Suporte Avançado de Vida. O reconhecimento destas competências contribuiu para a obtenção de creditação à unidade curricular *A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica* do segundo semestre do primeiro ano do presente Curso de Mestrado.

Considerando os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, o estudante descreve ao longo deste documento as intervenções realizadas no SCIRA e no SU, após a identificação de oportunidades de melhoria, para a promoção da segurança e da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. As propostas de melhoria, suportaram-se na melhor evidência científica produzida, procurando desse modo dar resposta ao desenvolvimento das competências de mestre em Enfermagem. Nesse sentido, a revisão da literatura desenvolvida foi realizada recorrendo à metodologia PCC e consultando as bases de dados utilizando os descritores MESH identificados. O estudante construiu um diagrama PRISMA e uma tabela de evidências que ilustram a revisão de literatura elaborada e que sustentaram as propostas apresentadas.

Assim, sistematizando as experiências vividas em estágio e as reflexões que emergiram e que sustentaram o desenvolvimento das intervenções apresentadas, o primeiro capítulo encontra-se subordinado às competências desenvolvidas no SCIRA e como o contributo do enfermeiro especialista para a maximização da prevenção e do controle da infeção promove a segurança e a qualidade dos cuidados.

Procurando obedecer a um fio condutor e mantendo a continuidade do estágio, o segundo capítulo pretende descrever as competências desenvolvidas no SU, fruto da prestação de cuidados de enfermagem especializados centrados na pessoa em situação crítica e na sua vulnerabilidade, e as propostas apresentadas na área do transporte do doente crítico e na comunicação eficaz para a transição de cuidados de saúde com o intuito de promover a segurança nos cuidados de enfermagem.

O presente documento foi redigido respeitando as regras do novo acordo ortográfico e em cumprimento da norma de realização de citações e referência bibliográfica da *American Psychological Association*, 7ª edição.

CAPÍTULO 1 - O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DE UM AMBIENTE TERAPÊUTICO E SEGURO

Quando as pessoas recorrem aos serviços de saúde confiam que usufruirão de cuidados sustentados em práticas seguras e de qualidade. A segurança na prestação de cuidados não é uma preocupação recente e desde há muito tempo que é uma componente central da atividade de todos os *stakeholders* na área, sejam eles autoridades políticas, os gestores das instituições prestadoras de serviços, as empresas fornecedoras de materiais e equipamentos ou os próprios profissionais de saúde. Embora se possa encontrar alguma ressonância no princípio hipocrático de *primum non nocere*, refletido no princípio bioético da não-maleficência, a segurança na prestação de cuidados debruça-se sobre a preocupação ativa com a prevenção do dano que possa eventualmente decorrer, não só para o utente, mas também para os profissionais.

Os enfermeiros, enquanto zeladores da integridade total da pessoa a vivenciar processos de transição e seus protetores na sua vulnerabilidade, há muito que são agentes ativos na promoção e desenvolvimento da segurança nos cuidados. De facto, garantir que os cuidados de enfermagem prestados são seguros é uma dimensão central da profissão que não é recente. Encontra-se refletida no Código Deontológico da profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2015) e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro de Cuidados Gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A preocupação com a segurança nos cuidados assume particular destaque entre as competências comuns dos enfermeiros especialistas, sendo-lhes reconhecidas competências na gestão de um ambiente terapêutico e seguro e na promoção da melhoria contínua da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Tendo em conta todos os processos que envolvem a prestação de cuidados de saúde, existem bastantes mecanismos estabelecidos para que estes sejam desenvolvidos com segurança, e que reconhecem um carácter multidimensional à promoção da segurança nos cuidados. De facto, a abordagem à segurança nos cuidados está presente em áreas tão

dísparos como a prevenção e o controle da infecção, as dotações das equipas de saúde ou a promoção da literacia em saúde.

A Ordem dos Enfermeiros prevê que o enfermeiro especialista desenvolva cuidados especializados segundo os princípios deontológicos da profissão e que se encontre capacitado, não só para avaliar o desenvolvimento do processo de cuidados de enfermagem que implementa e os resultados que obtém, mas também para liderar a reflexão e a tomada de decisão ética na sua área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Pressupõe-se ainda, para o mesmo domínio das competências de Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, que o enfermeiro especialista desenvolva cuidados especializados, promovendo a segurança e protegendo a privacidade e a dignidade da pessoa ou comunidade sob a sua alçada.

Acerca dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados, o Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica elege, entre outros, a segurança nos cuidados especializados, afirmando que este enfermeiro especialista, procurando a excelência na sua prática, deve fazer a gestão do risco e do ambiente, salvaguardando a segurança de todos os envolvidos no processo de cuidar (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Reconhece-se assim que, embora todos os profissionais de Enfermagem se encontrem ética e deontologicamente obrigados a prestar cuidados seguros, compete aos enfermeiros especialistas o desenvolvimento de processos que garantam a segurança nos cuidados.

Em linha com os requisitos exigidos ao reconhecimento do título de enfermeiro especialista, o estudante teve oportunidade de desenvolver competências nestes domínios durante o seu período de estágio no SCIRA e no SU.

Este capítulo procura descrever as atividades realizadas durante o período de estágio no SCIRA, em função dos objetivos traçados no projeto de estágio com vista ao desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista, bem como a reflexão suscitada pelas experiências vivenciadas pelo estudante.

1.1. Maximizar a Prevenção e o Controlo de Infecção

De acordo com as competências específicas do EEEMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, e conjugando a necessidade sentida pelo estudante de desenvolver competências neste domínio, o SCIRA permitiu o desenvolvimento de esforços

com vista à realização do objetivo **maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos** traçado no projeto de estágio.

De acordo com os dados do Relatório Global da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre Prevenção e Controlo de Infeção (OMS, 2022), 7 em cada 100 pessoas admitidas para hospitalização adquirem pelo menos uma Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS). A OMS (2022) define as IACS como sendo infeções adquiridas pela pessoa enquanto alvo da prestação de cuidados de saúde e que não se encontravam presentes ou em incubação à admissão na instituição de saúde onde foram prestados os cuidados. Este valor mais que duplica quando se trata de países em desenvolvimento. O Relatório do *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), publicado em maio de 2023, referente ao estudo de prevalência das IACS no biénio 2016-2017 estima uma taxa de prevalência de IACS de 6,5%, correspondendo a um valor absoluto de 4,5 milhões de IACS no biénio em estudo (Suetens *et al.*, 2023).

É reconhecido o impacto que as IACS têm sobre os sistemas nacionais de saúde, aumentando o tempo de internamento e, mais preocupante, reduzindo a qualidade de vida, a esperança média de vida e contribuindo para o aumento a mortalidade (OMS, 2022). Procurando mitigar este fenómeno, a OMS tem ativamente criado diretrizes para o estabelecimento de programas nacionais de prevenção e controlo da infeção em todos os países-membros. Quando lançou em 2004 a iniciativa *Global Patient Safety Challenge*, o primeiro desafio global na área da Segurança nos Cuidados, desenvolvido no biénio 2005-2006, foi precisamente subordinado às IACS e ao seu impacto a nível mundial (OMS, 2005).

De facto, as IACS apresentam-se como uma indesejável consequência da prestação de cuidados de saúde e demonstram a absoluta necessidade de se manterem esforços contínuos para a prevenção e controlo da infeção e para a promoção de cuidados seguros, motivando o surgimento de estruturas e profissionais com competências específicas para o efeito.

Em Portugal formalizou-se no final do século passado a criação das Comissões de Controlo de Infeção (CCI) nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (Direção-Geral da Saúde, 1996). Além de recomendar (mas não obrigar) a criação das CCI, o despacho emitido estabelecia as competências das referidas comissões bem como a sua constituição. Entre as atribuições das CCI, estas estariam responsáveis pela implementação de um sistema de vigilância epidemiológica (VE), pela elaboração de normas e

procedimentos de boas práticas na prevenção e controlo de infeção e pela formação dos profissionais do seu estabelecimento na sua área de atuação.

Em 2007 o enquadramento normativo original sofreu alterações de modo a sustentar a criação e a operacionalização do Plano Nacional de Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) (Ministério da Saúde, 2007). O Manual de Operacionalização do Plano Nacional de Controlo de Infeção, publicado no ano seguinte, definiu três linhas estratégicas de atuação: a **(1)** Vigilância Epidemiológica, **(2)** a Formação e Informação e a **(3)** Recomendação de Boas Práticas (Direção-Geral da Saúde, 2008). De forma inovadora, o mesmo Manual discriminava os critérios de avaliação da implementação do PNCI e oferecia indicadores de processo, estrutura e resultado para a monitorização da atividade das CCI no cumprimento das três linhas estratégicas definidas. Posteriormente o PNCI viu a sua missão atualizada tendo sido transformado no Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) (Ministério da Saúde, 2013), agregando o PNCI e o Plano Nacional de Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos (PNPRA) que se encontrava formalizado desde 2008 (Ministério da Saúde, 2008).

A pandemia causada pelo SARS-COV-2 expôs fragilidades na área da prevenção e controlo de infeção relacionadas com os recursos humanos e materiais alocados para a prossecução dos objetivos do PNCI. As mais recentes alterações ao documento legal atualizam a estrutura organizacional para a operacionalização do PNCI e oferecem indicações muito claras sobre as dotações de recursos humanos para a sua execução tornando possível a concretização das condições necessárias para o seu cumprimento (Ministério da Saúde, 2022). Uma das recentes alterações efetivadas no mesmo despacho atribui maior autonomia a estes organismos, que passam agora a ser reconhecidos como Serviços de Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos. O mesmo documento regula as competências das agora denominadas Unidades Regionais do PPCIRA (UR-PPCIRA) e das Unidades Locais do PPCIRA (UL-PPCIRA) subordinadas às UR-PPCIRA, em substituição dos anteriores Grupos Locais (GL-PPCIRA) e dos Grupos Regionais (GR-PPCIRA) e define o PPCIRA como um programa prioritário da Direção-Geral da Saúde (DGS) com foco em três eixos: **(1)** redução da taxa de IACS, **(2)** promoção do uso correto de antimicrobianos e **(3)** redução da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos.

Embora o mais recente documento legislativo reforce a posição dos agora SCIRA como principais agentes dentro das instituições para a prevenção e controlo de infeção, as estratégias de atuação para a operacionalização do PNCI estão delineadas desde 2008 cabendo às UL-PPCIRA a responsabilidade de as pôr em prática no terreno. Como já foi referido anteriormente, é sua função conduzir a vigilância epidemiológica, elaborar normas de boas práticas e monitorizar a sua eficácia e a adesão dos profissionais recorrendo a auditorias, desenvolver a formação e a informação junto dos profissionais de saúde e dos utentes e prestar consultadoria e apoio quando solicitado.

O SCIRA onde teve lugar o primeiro período de estágio encontrava-se à data em processo de reorganização do seu regulamento e organograma de modo a dar resposta ao novo enquadramento legislativo. Atualmente o núcleo da equipa do SCIRA é composto por três enfermeiras e um médico especialista em Saúde Pública, além do diretor de serviço, e uma assistente técnica. No entanto, para o cumprimento da missão do SCIRA, estão ainda destacados outros profissionais da instituição que, embora não colaborem com este serviço a tempo inteiro, têm uma porção do seu horário reservada para as atividades do SCIRA. Entre estes destacam-se um farmacêutico dos Serviços Farmacêuticos e um patologista do Serviço de Patologia Clínica. Em cumprimento do Despacho n.º 10.901/2022, de 8 de novembro, os serviços clínicos da instituição têm um enfermeiro e um médico nomeados como membros dinamizadores/elos-de-ligação que colaboram com o SCIRA no cumprimento do seu desígnio.

A vigilância epidemiológica (VE) afigura-se como uma ferramenta absolutamente essencial na prevenção e controlo da infeção, bem como no combate ao aumento da resistência aos antimicrobianos. Define-se como a colheita, registo e interpretação contínua e sistematizada de informação referente aos doentes e microrganismos a fim de planear, implementar e avaliar medidas adequadas de prevenção e controle de infeção (Peres & Pina, 2008).

Quando implementada, além de promover a redução de taxas de IACS, permite ainda o estabelecimento de valores de *baseline* a nível institucional, regional e nacional, facilitando o *benchmarking*. No SCIRA onde decorreu o estágio estão implementados programas de VE laboratorial semi-automatizada de diversos microrganismos alerta: *Enterobacteriaceae* produtoras de carbamapenemases (EPC), *Staphylococcus Aureus*

Meticilino-Resistentes (SAMR), *Enterococcus* Vancomicina-Resistentes (EVR), *Clostridioides difficile*, entre outros.

O HEPIC – Sistema de Informação para Vigilância Epidemiológica em Unidades de Saúde - é o *software* de apoio à VE utilizado na instituição. Permite a rastreabilidade e identificação de todos os contactos que partilharam o internamento com a pessoa a quem foi identificado o microrganismo epidemiologicamente importante (MEI), bem como alertar em tempo real o SCIRA e os serviços onde o doente se encontra internado de que foi identificado um MEI pela equipa do Laboratório de Patologia Clínica da instituição. Este sistema possibilita não só a identificação precoce de eventuais surtos, mas também, a título de exemplo, alertar os profissionais do SCIRA e do SU, do Serviço de Imagiologia e da Consulta Externa se um utente que se encontra identificado na base de dados com uma infeção ou colonização por um MEI há menos de doze meses recorrer aos serviços hospitalares, favorecendo dessa forma o início atempado de medidas de precaução.

No SCIRA em questão, e em reconhecimento das competências comuns do enfermeiro especialista, a Vigilância Epidemiológica encontra-se a cargo da equipa de enfermagem. Atualmente recorre-se ao HEPIC, o programa anteriormente referido, como ferramenta de apoio à vigilância epidemiológica diária. A VE exige muito rigor e sensibilidade clínica para a deteção precoce de potenciais surtos, planeamento e implementação de medidas de controlo. O estudante, colaborando na identificação de pessoas internadas com colonização ou infeção por MEI, especialmente EPC, e nos esforços iniciados para identificação e contenção de potenciais surtos em sintonia com as orientações nacionais (Direção-Geral da Saúde, 2017), pôde desenvolver competências específicas do EEEMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica no que respeita ao domínio da maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção, em linha com aquele que se apresenta como o Padrão de Qualidade específico dos seus cuidados especializados.

1.2. A Intervenção Especializada para a Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados

A segurança na prestação de cuidados de enfermagem e a qualidade dos cuidados de enfermagem são dois conceitos indissociáveis. Embora a qualidade dos cuidados avalie outras dimensões da prestação de cuidados como, por exemplo, a eficiência e a equidade,

não se pode considerar que são prestados cuidados de enfermagem com qualidade quando estes não são prestados com segurança para os profissionais e para as pessoas que deles necessitam.

A avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, à semelhança da avaliação da qualidade da prestação de serviços de saúde, encontra-se enraizada e profundamente influenciada pela tríade proposta por Donabedian (2003) – estrutura, processo e resultado - que propôs a avaliação da qualidade em função destas dimensões.

A garantia de que a prestação de cuidados de enfermagem é efetuada com qualidade é, por um lado, um fim e, por outro, um processo. Enquanto objetivo final, a qualidade dos cuidados tem de ser continuamente avaliada, permitindo aos intervenientes nos cuidados – gestores e prestadores - a realização dos ajustes necessários à sua prossecução bem como abrindo oportunidades para a identificação de áreas e processos com necessidade de melhoria. Considerando ainda que a qualidade dos cuidados é avaliada em função daquilo que é definido como o *standard of care*, e que este é influenciado pela evolução do conhecimento científico, pode-se afirmar que o desenvolvimento de esforços para garantir essa qualidade é contínuo e que nunca se encontrará terminado.

De acordo com a OE, o Domínio B – Melhoria Contínua da Qualidade, das competências comuns do enfermeiro especialista, reconhece a este profissional as competências no desenvolvimento e promoção de práticas de qualidade, elaborando, implementando e supervisionando projetos de melhoria contínua, fomentando a adesão a práticas baseadas na melhor evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Em paralelo, o desenvolvimento de práticas que não se encontrem alinhadas com a melhor evidência, incorre em diminuição da segurança, para os profissionais e utentes, e aumenta o risco de incidentes com potencial efeito adverso.

Promover a melhoria contínua da qualidade implica uma monitorização rigorosa do atual estado daquilo que se pretende melhorar. As auditorias são o procedimento através do qual se verifica se o alvo de observação cumpre com parâmetros pré-determinados. É o reconhecimento do estado atual em que se encontra aquilo que se audita que promove o desenvolvimento e implementação de estratégias para se ir ao encontro do que se considera ser o estado da arte naquele momento. Os enfermeiros especialistas, competentes no domínio da melhoria contínua da qualidade, encontram-se capacitados para integrar auditorias clínicas e identificar oportunidades de melhoria. Com vista ao

desenvolvimento de competências neste domínio e procurando satisfazer o objetivo **contribuir para a melhoria contínua da qualidade**, o estudante colaborou com o SCIRA na realização de auditorias internas ao cumprimento das Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI).

As precauções básicas do controlo da infeção abordam 10 áreas relacionadas com a prestação de cuidados como (1) a alocação de doentes, (2) a higiene das mãos, (3) a etiqueta respiratória, (4) a utilização de equipamento de proteção individual (EPI), (5) a descontaminação do equipamento clínico, (6) o controlo ambiental, (7) o manuseamento da roupa, (8) a recolha segura de resíduos, (9) práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e (10) exposição a agentes microbianos no local de trabalho (Direção-Geral da Saúde, 2013). As PBCI são recomendações baseadas na melhor evidência científica disponível e que fornecem orientações muito claras, não só para a prestação direta de cuidados de saúde, mas também para a gestão e organização dos serviços de saúde através da elaboração dos circuitos de materiais limpos e de resíduos, ou de procedimentos de higienização ambiental e manuseamento seguro da roupa. As UL-PPCIRA são o núcleo responsável pela disseminação de toda a informação relacionada com as PBCI e pela monitorização da sua correta implementação com recurso a programas de auditoria, suportando-se nos membros dinamizadores/elos-de-ligação para a sua concretização. A execução do procedimento de auditorias encontra-se em alinhamento com o PNCI e cumpre um dos desígnios das UL-PPCIRA já referido, procurando-se garantir a adoção e rigoroso cumprimento das PBCI nas instituições de saúde, fomentando dessa forma a criação de um ambiente de prática de cuidados seguro para todos os envolvidos.

O instrumento de apoio às auditorias internas ao cumprimento das PBCI encontra-se disponibilizado pela DGS e integra a norma 029/2012 de 28 de dezembro, atualizada a 31 de outubro de 2013 (Direção-Geral da Saúde, 2013). O instrumento apresenta 64 itens que se distribuem na avaliação da implementação de processos e de estruturas favoráveis ao cumprimento das PBCI. O SCIRA elabora anualmente um relatório onde são identificadas as oportunidades de melhoria, ficando a cargo dos serviços visados a implementação de medidas optimizadoras do cumprimento das PBCI.

A oportunidade de realizar auditorias à aplicação das PBCI no âmbito do estágio também contribuiu para o desenvolvimento de competências no âmbito do Domínio D - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais. A identificação *in loco* de

práticas desajustadas da normativa da DGS e dos princípios que a fundamentam, permitiu ao estudante atuar como formador no local, veiculando informação sobre as PBCI e refletindo em conjunto com os profissionais sobre como ajustar a prática dos cuidados baseando-a na melhor evidência.

Ainda durante a realização das auditorias, o estudante confrontou-se com uma prática referente às precauções de isolamento de contato por infeção por *Clostridioides difficile* que motivaram uma revisão do procedimento da instituição. Na instituição onde o estudante realizou o estágio, é prática comum a remoção dos dispensadores SABA das unidades das pessoas que se encontram internadas e com infeção por *C. difficile*. No âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista e procurando responder aos objetivos **contribuir para a melhoria contínua da qualidade e transmitir às equipas evidência científica adequada aos contextos de estágio**, o estudante desenvolveu uma intervenção após ter sido identificada uma oportunidade de melhoria, em consonância com o Domínio B – Melhoria Contínua da Qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A identificação de uma intervenção de melhoria e o contributo para a sua revisão devem demonstrar o domínio das competências reconhecidas ao mestre em Enfermagem, suportando-se no recurso à melhor evidência disponível e, caso se justifique, identificando oportunidades de investigação para produção de novo conhecimento ou oferecendo mais robustez à evidência atual. O estudante procurou, com a identificação de uma oportunidade de melhoria, dar resposta ao objetivo **demonstrar capacidade para aplicar, transmitir e discutir conhecimentos relacionados com a área de especialização** traçado para este estágio. Nesse sentido o estudante desenvolveu uma revisão da literatura com ponto de partida na questão: “Quais as recomendações relativamente à utilização de solução antisséptica de base alcoólica (SABA) na higienização das mãos nos cuidados às pessoas internadas e com infeção por *C. difficile*?” com o objetivo de compreender se os dispensadores de SABA devem ser removidos das unidades das pessoas nesta circunstância. Utilizando a **metodologia PCC**, o estudante definiu como **população** as pessoas em internamento, como **conceito** a higienização das mãos e como **contexto** a infeção por *C. difficile*.

De acordo com os descritores MESH “*inpatients*”, “*clostridium infections*” e “*hand hygiene*”, o estudante, aplicando a frase booleana “*inpatients*” (Topic) AND “*hand hygiene*” (Topic) AND “*clostridium infections*” (Topic) consultou, em outubro de 2023, as bases de

dados *Web of Science*, *Scopus* e *CIHNAL* e as recomendações avançadas por organismos nacionais e internacionais.

Os critérios de inclusão definidos para a revisão da literatura conduzida foram revisões, *guidelines* e artigos com estudos originais disponíveis em texto integral, em quaisquer dos seguintes idiomas: português, inglês, espanhol ou francês.

Enquanto o diagrama PRISMA que ilustra a revisão elaborada e a tabela de evidências compilada pelo estudante que suportou a proposta apresentada podem ser consultados em apêndice (Apêndice I - Diagrama PRISMA e Apêndice II – Tabela de Evidências), aqui descreve-se o exercício crítico-reflexivo que sustentou a sua tomada de decisão.

Os *C. difficile* são bacilos anaeróbios gram positivos formadores de esporos presentes no trato intestinal dos animais. Uma infeção causada por estes microrganismos apresenta um amplo espectro de gravidade manifestando-se desde uma diarreia moderada a uma colite pseudomembranosa potencialmente fatal. A sua presença no trato intestinal não é, por si só, causa de doença, mas sim a sua capacidade de produção de duas toxinas capazes de danificar o epitélio intestinal. Por norma, a flora presente no trato intestinal inibe a produção dessas toxinas, mas se por qualquer motivo houver perturbação dessa flora, diminuem os mecanismos que previnam os *C. difficile* de produzir as toxinas responsáveis pela agressão ao epitélio. A pressão antibiótica a que as pessoas que se encontram internadas estão sujeitas, é a maior responsável pela perturbação da flora intestinal conduzindo de forma indireta à infeção por *C. difficile*, embora estejam identificados outros fatores de risco como a idade e o género (ECDC, 2022).

O mais recente relatório do ECDC sobre infeções por *C. difficile* reporta ao biénio de 2016-17 e estima um total de 189.526 infeções nos países da União Europeia/Espaço Económico Europeu nesse período, das quais 7.864 resultaram em morte para a pessoa infetada (ECDC, 2022). De acordo com os dados publicados, o mesmo documento coloca as infeções do trato gastrointestinal em quinto lugar entre as IACS, estimando que as infeções por *C. difficile* representem 54,6% das infeções do trato gastrointestinal.

Considerando os dados apresentados e as características do microrganismo, existem recomendações muito rigorosas para a prevenção da transmissão cruzada de *C. difficile*. Estas envolvem, e de acordo com as PBCI: **(1)** alocação da pessoa com infeção num quarto com instalações sanitárias próprias, **(2)** Utilização de EPI (bata e luvas) no contato

direto com a pessoa com infeção, **(3)** Higienização das mãos com água e sabão antes e depois do contacto com o doente. As soluções antissépticas de base alcoólica (SABA) não estão recomendadas para a higienização das mãos após a prestação de cuidados à pessoa com infeção porque não têm efeito biocida sobre os esporos e, nesse sentido, dá-se particular relevância à higienização das mãos com água e sabão para potenciar a remoção mecânica dos esporos (Oughton *et al.*, 2015).

Em linha com os conceitos já abordados, a prestação de cuidados de enfermagem de reconhecida qualidade e com segurança para a pessoa não é possível sem um escrupuloso cumprimento dos princípios básicos de controlo de infeção. A adoção e o cumprimento das PBCI encontram-se alinhadas com as premissas deontológicas da Enfermagem e no seu compromisso com a sociedade em prestar cuidados de enfermagem de excelência, com competência e qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A Ordem dos Enfermeiros reconheceu ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica um papel importante na prevenção e controlo da infeção e de resistência aos antimicrobianos quando desenvolveu os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros, 2017). O CEEMC caracteriza o EEEMC como um profissional de enfermagem de referência no seio da sua equipa participando na conceção de planos de prevenção, intervenção e controlo da infeção, definindo estratégias a implementar, gerindo e liderando o plano traçado e capacitando a sua equipa para colaborar ativamente nas estratégias desenhadas.

Em virtude da doença e/ou do tratamento associado, a pessoa em situação crítica encontra-se muitas vezes sujeita a procedimentos e/ou com dispositivos médicos invasivos que requerem manipulação asséptica dos quais se podem destacar, entre outros, os cateteres venosos centrais, de diálise ou para oxigenação extracorporeal, a aspiração de secreções brônquicas pelo tubo endotraqueal ou pela traqueostomia, o tratamento a feridas cirúrgicas ou queimaduras. De acordo com a norma da DGS sobre as PBCI é recomendada a higienização das mãos com SABA em todos os procedimentos anteriormente elencados, antes e depois da sua realização (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Na instituição que serviu de campo de estágio foi possível constatar, durante as auditorias ao cumprimento das PBCI que, apesar de não se encontrar elencado no atual procedimento do SCIRA sobre as precauções de contato ao doente com infeção por *C. difficile*, é comum serem retirados das unidades destes doentes o dispensador e a SABA

como forma de garantir que os profissionais higienizam as mãos com água e sabão após o contacto com a pessoa doente. No entanto esta medida não está alinhada com outros momentos em que se executam procedimentos que justificam a utilização de uma SABA. Paralelamente, a infeção por *C. difficile* não exclui que uma pessoa internada esteja colonizada ou infetada por outro(s) microrganismo(s) para os quais a higienização das mãos com uma SABA é eficaz. Infelizmente nem sempre é possível garantir que as pessoas internadas e com infeção por *C. difficile* se encontrem alocadas num quarto individual com instalações sanitárias próprias para otimizar a prevenção de transmissão cruzada.

A atualização de 2022 das recomendações conjuntas da *Society for Healthcare Epidemiology of America* (SHEA), da *Infectious Diseases Society of America* (IDSA) e da *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology* (APIC) para a prevenção de IACS recomendam que, no que toca aos *C. difficile*, a higienização das mãos seja preferencialmente efetuada com água e sabão apenas durante surtos de infeções por *C. difficile* (Glowicz *et al.*, 2023). Aliás, esta recomendação já se encontra justificada numa declaração pública conjunta das mesmas entidades de 2011 suportada por estudos que não demonstraram aumento de incidência de infeções quando se utilizava SABA nem redução da incidência deste fenómeno com a higienização com água e sabão, mas que, inversamente, demonstraram redução das infeções por SAMR e EVR com a higienização com SABA (Dubberke & Gerding, 2011), não tendo havido uma mudança de posição na última década.

As recomendações nacionais belgas para o controlo e prevenção de infeção por *C. difficile* admitem a utilização de SABA, com ênfase na ação mecânica da fricção, na impossibilidade de acesso imediato a água e sabão recomendando a higienização das mãos com água e sabão assim que possível e com carácter prioritário (*Conseil Supérieur de la Santé*, 2019). As recomendações das autoridades nacionais belgas estão alinhadas com as recomendações da OMS e dos organismos norte-americanos admitindo a utilização de SABA como alternativa à higienização das mãos com água e sabão. Na verdade, ao contrário da prática verificada através das auditorias na instituição que serviu de campo de estágio, tanto a OMS como as autoridades norte-americanas advogam a manutenção da SABA nas unidades das pessoas com infeção por *C. difficile*, sustentando-se na eventual impossibilidade imediata de acesso a água e sabão para a higienização das mãos entre procedimentos e após o contacto com a pessoa com infeção e na possibilidade de estes

estarem colonizados e/ou infetados com outros microrganismos sobre os quais a SABA tem efeito biocida eficaz.

Ao contrário destes organismos internacionais, em Portugal a norma 007/2019 da DGS não deixa dúvidas quanto às 3 situações em que se exclui a higienização das mãos com SABA, sendo uma delas a prestação de cuidados a pessoas com infeção ou suspeita de infeção por *C. difficile* (Direção-Geral da Saúde, 2019). No Reino Unido, as recomendações do *National Health Service* alinham-se com as portuguesas. No entanto, as autoridades britânicas realçam a utilidade da SABA para a remoção dos microrganismos não-clostridióides após a higienização das mãos com água e sabão (*Department of Health*, 2008).

É lícito concluir, através da revisão da literatura realizada pelo estudante que, nos cuidados à pessoa com infeção por *C. difficile*, a higienização das mãos com água e sabão tem de ser inequivocamente priorizada, não se podendo, no entanto, deixar de dar relevo à importância e utilização da SABA, sobretudo se perante procedimentos e/ou manipulação de dispositivos invasivos e se o doente se encontrar colonizado ou infetado com outro microrganismo para o qual a SABA é eficaz.

Com base na consulta das recomendações mais recentes e na melhor evidência, o estudante apresentou uma proposta de revisão do procedimento de precauções de isolamento aplicadas à infeção por *C. difficile*, tendo em mente a pessoa em situação crítica, mas com aplicabilidade para qualquer indivíduo internado cujos cuidados exijam manipulação de dispositivos invasivos ou outros procedimentos com técnica asséptica, com vista à melhoria da prática observada, contribuindo para a uniformização do procedimento na instituição, procurando reduzir o risco de transmissão cruzada de microrganismos para os quais a SABA tem efeito biocida e preservando a eficácia da higienização das mãos com água e sabão na remoção dos esporos de *C. difficile*.

A proposta, a ser adotada na próxima revisão do procedimento, encontra-se em apêndice e destaca agora como priorizar a alocação dos doentes com infeção por *C. difficile*, bem como a higienização das mãos com SABA após a higienização com água e sabão (Apêndice III – Procedimento de Precauções de Contato para Doentes com Infeção por *Clostridioides difficile*).

CAPÍTULO 2 - A VULNERABILIDADE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO CENTRO DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS

Excluindo os primeiros anos de vida, em que o ser humano necessita de ser cuidado para sobreviver enquanto não desenvolve competências para se tornar autónomo no autocuidado, é provável que uma pessoa não tome consciência da sua vulnerabilidade até ao momento em que é confrontada com a incapacidade de cuidar de si, seja por se encontrar a viver um processo de doença, ou outro que lhe retire ou reduza essa capacidade, conhecimento ou vontade.

Enquanto termo frequentemente utilizado na bibliografia, o conceito de vulnerabilidade pode apresentar vários significados, dependendo do contexto e da interpretação dos autores. A título de exemplo, a Estratégia Internacional para a Redução do Risco de Catástrofes (2017), organismo integrante da Organização das Nações Unidas, define vulnerabilidade como a condição determinada pela combinação de fatores ou processos físicos, sociais, económicos e ambientais que aumentam a suscetibilidade da pessoa ou comunidade ao risco de sofrer dano ou ao dano em si. O conjunto dessas variáveis e a forma como se conjugam e se influenciam determinam a exposição da pessoa ou comunidade ao risco e/ou dano, isto é, a sua vulnerabilidade.

Similarmente, o termo vulnerabilidade é também amplamente utilizado pelos profissionais de saúde, redefinindo-se, à luz da sua área de intervenção, como um aumento do risco ou suscetibilidade a ameaças à saúde da pessoa ou comunidade.

Procurando aprofundar o significado ontológico de vulnerabilidade em Enfermagem, e recorrendo à metodologia de análise de conceito proposta por Walker e Avant, Wardrop *et al.* (2021) identificaram quatro componentes associadas ao conceito de vulnerabilidade: (1) um contínuo sinérgico entre as circunstâncias que afetam o normal funcionamento da pessoa e a sua capacidade de *coping*, (2) a suscetibilidade ou risco a fatores intrínsecos e/ou extrínsecos que se interrelacionam e influenciam, (3) as repercussões negativas e positivas da vulnerabilidade enquanto processo de aprendizagem

e (4) o potencial para a promoção do cuidado se houver uma definição comum e partilhada deste conceito.

Também Chesnay (2016) explora exaustivamente o conceito de vulnerabilidade aplicado ao indivíduo e comunidade, e considera que a auto-percepção de vulnerabilidade é essencial para a adoção de estratégias para a redução do seu potencial impacto. Na ótica da autora, esta perspetiva tem implicações para a prática de enfermagem e os enfermeiros têm como missão colaborar, em parceria com a pessoa/comunidade, no processo de mudanças que ocorrem causadas pela vulnerabilidade.

A vulnerabilidade reveste-se assim de um carácter absolutamente essencial para a disciplina de Enfermagem. Os enfermeiros, reconhecendo a Pessoa na sua totalidade e em todas as dimensões que contribuem para a sua realização, desenvolvem o processo de Enfermagem considerando que a manifestação da vulnerabilidade da pessoa também é multidimensional. A vulnerabilidade manifesta-se não apenas na dimensão física, mas também assumindo uma componente emocional e psicológica. E, igualmente importante, atribuindo-lhe ainda mais complexidade, a vulnerabilidade apresenta-se como um contínuo, manifestando-se com maior intensidade em determinados momentos da vida e contextos. Assumindo esta perspetiva, o estudante acredita que os enfermeiros cuidam, reduzindo o impacto da vulnerabilidade na pessoa, e educam e capacitam, num esforço para não só reduzir a exposição da pessoa às determinantes que a podem tornar vulnerável, mas também para contribuir para a sua adaptação a um estado que se pode tornar crónico.

Meleis afirma que a Pessoa a vivenciar um processo de transição se encontra particularmente vulnerável (Meleis, 2010). Para a autora, a vulnerabilidade está relacionada com a forma como as experiências vividas pela Pessoa, as suas interações e condições ambientais dificultam ou impossibilitam uma transição para um novo papel (Meleis, 2010). Assim, na sua perspetiva, os enfermeiros preparam e assistem a pessoa a vivenciar o seu processo de transição com sucesso, colaborando na sua capacitação para assumir o novo papel e as intervenções de enfermagem devem ter em conta as determinantes pessoais, sociais e comunitárias que podem desempenhar um papel inibidor no processo de transição.

Collière, na partilha da sua visão sobre a evolução dos cuidados de enfermagem, sustenta que a disciplina se definiu e desenvolveu através dos cuidados prestados ao outro,

nos momentos em que este se encontra mais vulnerável (Collière, 2000). O estudante, em acordo com as autoras previamente mencionadas, acredita que o cuidado ao outro está intimamente relacionado com a sua vulnerabilidade e que, perante a exposição a um risco que pode ameaçar o estado atual de uma pessoa ou comunidade, e havendo capacidade, vontade ou conhecimento, os enfermeiros, estabelecendo uma relação de parceria, colaboram na adaptação com o intuito de anular ou mitigar o seu estado de vulnerabilidade.

O Enfermeiro Especialista, desenvolvendo uma prática centrada na pessoa, garantindo que os cuidados são prestados com efetividade terapêutica, deve reconhecer e atender à sua vulnerabilidade física, emocional, psicológica e espiritual. Considerando que os serviços de urgência têm como missão prestar cuidados de saúde a pessoas em situação de urgência e emergência médica (Ministério da Saúde, 2002) e que estas são definidas como situações clínicas agudas com risco de ou falência efetiva de uma ou mais funções vitais, é legítimo afirmar que as pessoas que a eles recorrem se encontram a viver um momento de especial vulnerabilidade.

Em reconhecimento então do estado de particular vulnerabilidade em que se encontra a pessoa que recorre ao serviço de urgência, é importante que os enfermeiros especialistas, centrando a sua atuação na pessoa vulnerável, desenvolvam as suas competências para pôr em curso procedimentos que maximizem um ambiente que se pretende terapêutico e seguro, protetor da pessoa em situação crítica.

No entanto, contrariando a intencionalidade dos enfermeiros, a prestação de cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência realiza-se com enormes desafios que podem comprometer a segurança nos cuidados. Estes profissionais, bastante pressionados pelas inúmeras solicitações, desenvolvem a sua atividade num ambiente assumidamente imprevisível. Power *et al.* (2022) destaca que os aspetos mais desafiantes da prestação de cuidados num serviço de emergência são a elevada carga de trabalho, a exposição a episódios de violência e agressão ou experiências traumáticas. Contextos de prática com estas características encontram-se mais propensos à prestação de cuidados menos seguros, para profissionais e doentes, e de ocorrência de incidentes para as pessoas que recorrem aos serviços de urgência.

Este capítulo versa sobre as atividades desenvolvidas durante o período de estágio no SU e como o estudante, desenvolvendo a sua prestação de cuidados centrado na pessoa

em situação crítica e de maior vulnerabilidade, pôde intervir com vista à promoção da segurança nos cuidados e da melhoria contínua da qualidade.

2.1. O Desenvolvimento do Autoconhecimento através da Relação com a Pessoa em Situação de Doença Crítica

A Ordem dos Enfermeiros reconhece ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica competências para cuidar da pessoa e família/cuidador em processo de doença crítica e/ou falência orgânica. Enquanto campo de estágio, o SU providenciou amplas oportunidades de desenvolvimento de competências neste domínio, considerando que se trata de um ambiente de prática diferente da realidade do estudante, dando resposta ao objetivo traçado **prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e familiar/cuidador.**

O Serviço de Urgência que serviu de campo estágio classifica-se, de acordo com o Despacho n.º 10.319/2014, de 11 de agosto, do Ministério da Saúde, como um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) (Ministério da Saúde, 2014). Integrado numa ULS da região Norte de Portugal serve, de acordo com os censos de 2021, um concelho com aproximadamente 170 mil habitantes (Pordata, 2024). No entanto, e de acordo com o mesmo despacho, enquanto SUMC do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), é classificado como um SU de segundo nível de acolhimento de situações de urgência e presta apoio diferenciado a concelhos vizinhos providos de Serviços de Urgência Básico, servindo assim uma área e uma população consideravelmente maior que a do seu concelho.

Cumprindo as orientações do despacho já referido, este SU tem implementado um sistema de triagem de prioridades de doentes, priorizando o atendimento dos utentes em função da classificação de risco realizada, uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada e uma sala de emergência. Tem em curso procedimentos como os sistemas de resposta rápida referidos no despacho, habitualmente denominados de “vias verdes” (VV) - VV AVC, VV Coronária e VV Trauma – em articulação com os Serviços de Urgência Polivalente e centros hospitalares onde estão concentrados meios terapêuticos diferenciados. A estrutura física do SU onde decorreu o estágio cumpre com as orientações do despacho, estando bem identificadas as áreas onde são prestados os diferentes cuidados, e os fluxos de circulação e atendimento dos utentes.

À data da realização do estágio, a equipa de enfermagem era composta por 99 enfermeiros, dos quais apenas 17 eram EEEMC. Integrava ainda enfermeiros de outras áreas de especialização em enfermagem, nomeadamente: um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e três Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária. Constituídos em cinco equipas, os turnos eram assegurados por 14 enfermeiros distribuídos pelas diferentes áreas do SU da seguinte forma: 1 enfermeiro na área de triagem; 4 enfermeiros na área de atendimento dos quais 1 era alocado para a Sala de Emergência quando esta era ativada e 1 era alocado para a área de triagem sempre que necessário; 2 enfermeiros na área de atendimento aos utentes triados com prioridade azul ou verde; 2 enfermeiros na área de curta permanência; 1 enfermeiro na área da pequena cirurgia responsável pela prestação de cuidados de enfermagem aos utentes encaminhados para as especialidades de Ortopedia e Cirurgia Geral; e, por fim, 4 enfermeiros na área de observações. Destaca-se que, na equipa, além do enfermeiro gestor, existem duas enfermeiras que colaboram na gestão do serviço, encontrando-se presentes nos dias úteis, durante a manhã e a tarde.

Durante o período de estágio foi possível prestar cuidados de enfermagem aos utentes do serviço de urgência em colaboração com a equipa multidisciplinar e de forma autónoma. Sem questionar a condição de vulnerabilidade que motiva uma pessoa a recorrer aos serviços de urgência hospitalar, desde logo ficou muito claro que são canalizados recursos humanos e materiais para a prestação de cuidados de saúde nos serviços de urgência quando existem alternativas capazes de prestar os mesmos serviços. Uma utilização otimizada dos recursos disponibilizados pelo Serviço Nacional de Saúde poderia libertar os serviços de urgência para a prestação dos cuidados para os quais estão verdadeiramente vocacionados (Ministério da Saúde, 2002). Apesar das campanhas existentes para sensibilizar a sociedade, torna-se evidente a necessidade de reforçar a informação à população, promovendo a literacia em saúde, uma prioridade já formalizada no Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026 (Ministério da Saúde, 2021), bem como os mecanismos já em curso, de modo a aliviar a sobrecarga sobre os serviços de urgência.

Tendo em conta o curto período que as pessoas a viver processos de doença permanecem no serviço de urgência, o estudante considerou todos os momentos de

contato entre a pessoa doente e a equipa de enfermagem extremamente valiosos. Procurando minimizar o risco, prevenir complicações e garantir a prestação de cuidados com segurança, a comunicação entre o enfermeiro e a pessoa em situação de doença deve ser eficaz e objetiva, sem descuidar o poder da relação terapêutica.

A vulnerabilidade da pessoa em situação de doença manifesta-se muitas vezes em sofrimento intenso, físico ou não, pelo que o estudante, em atos como a colheita de sangue, a administração de medicação ou a colocação de uma sonda vesical, procurou maximizar a relação terapêutica e um ambiente promotor do conforto e protetor da privacidade e da dignidade da pessoa. São ainda momentos em que, só com uma sensibilidade clínica adquirida com experiência e conhecimento, os enfermeiros mais despertos podem identificar outros problemas que as pessoas doentes apresentam e outras necessidades que poderão inclusivamente não corresponder ao motivo pelo qual recorrem aos cuidados de saúde.

O autoconhecimento pessoal e profissional potencia a eficácia da relação terapêutica. O desenvolvimento de competências no Domínio das Aprendizagens Profissionais das competências do Enfermeiro Especialista, confere ao enfermeiro ferramentas para aprofundar o seu autoconhecimento e, identificando aquilo que influencia e pode limitar a sua relação com o outro, interferindo no estabelecimento de uma relação com eficácia terapêutica, capacitá-lo para a sua otimização. Como afirma Vieira (2017), no reconhecimento do cuidado justo, devido à pessoa vulnerável em situação de doença, o enfermeiro é convidado a partilhar o seu tempo e o sofrimento desta. Estar disponível para cuidar do outro, indo ao seu encontro e, na experiência que este se encontra a vivenciar, assisti-lo ou substituí-lo no cumprimento das atividades que contribuem para o seu projeto de saúde, exige ao enfermeiro o desenvolvimento de competências emocionais que suportem a relação terapêutica que procura estabelecer com a pessoa doente. E, no entanto, ser capaz de reconhecer o que pode interferir numa relação terapêutica, que se pretende de sucesso, não se limita ao plano emocional. O enfermeiro especialista sustenta a sua tomada de decisão especializada na melhor evidência disponível. Tem por isso o dever de se manter atualizado, contribuir para a difusão do conhecimento científico e, no seio das equipas em que está inserido, fomentar e até liderar a sua implementação na prática.

Em harmonia com os objetivos específicos **prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e familiar/cuidador** e **gerir os cuidados de enfermagem otimizando a resposta da equipa de enfermagem em articulação com a equipa multidisciplinar** descritos no projeto para este estágio e com as competências específicas do EEEMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a maioria dos turnos no SU teve lugar na Sala de Emergência (SE). A prestação de cuidados à pessoa admitida na SE permitiu ao estudante consolidar conhecimentos e competências adquiridos ao longo da sua vida profissional, antecipando e identificando focos de instabilidade, e intervindo em conformidade.

O estudante teve oportunidade de aliar a experiência adquirida enquanto enfermeiro num serviço de cuidados intensivos polivalente, à prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, agora num contexto diferente. O exercício profissional nas últimas duas décadas permitiu ao estudante prestar diariamente cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, encontrando-se familiarizado com a aplicação de protocolos terapêuticos complexos, como meios diferenciados de monitorização e vigilância fisiológica, técnicas e fármacos para suporte ou substituição de funções vitais, os cuidados prestados em situações de morte cerebral com potencial para doação de órgãos e tecidos, gestão de situações de sedo-analgésia e estratégias facilitadoras da comunicação. O reconhecimento da aquisição prévia destas competências concedeu, ao estudante, como já foi referido anteriormente, creditação à unidade curricular *A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica* do segundo semestre do primeiro ano deste Curso de Mestrado.

Enquanto enfermeiro de um serviço de cuidados intensivos polivalente, o estudante integra a equipa de emergência intra-hospitalar da sua instituição, sendo frequentemente ativado para ocorrências que requerem suporte avançado de vida e, embora a sua experiência e conhecimentos previamente adquiridos tenham sido muito importantes para o período de estágio no SU, o estudante reconhece as particularidades do atendimento aos utentes admitidos na SE.

As pessoas doentes admitidas na SE apresentam características próprias que se tornam um desafio para os cuidados. É na SE que muitas vezes são prestados os primeiros cuidados de suporte de vida, frequentemente sem conhecimento dos fatores precipitantes, e os utentes apresentam maior instabilidade até serem asseguradas as funções vitais. A

abordagem ABCDE manteve-se uma ferramenta absolutamente fundamental para garantir uma resposta sistematizada procurando a identificação e correção precoce de problemas potencialmente ameaçadores da vida.

Em muitas das ocorrências na SE, as pessoas admitidas em situação de doença crítica, conscientes da sua vulnerabilidade, apresentavam uma angústia intensa, manifestando preocupação com a incerteza do seu futuro e expressando medo de morrer. Os cuidados de enfermagem devem ser prestados considerando a Pessoa na sua totalidade, respeitando e preservando a sua dignidade. Embora na SE se priorize a recuperação, preservação e estabilização das funções vitais da pessoa doente, não se exclui a proteção das suas dimensões psicológica, emocional e espiritual. De facto, este estudante acredita que, dada a fragilidade e vulnerabilidade em que se encontra a pessoa em situação de doença crítica estas dimensões assumem particular relevância. Para o estudante foi muito importante participar ativamente em momentos em que a assistência, apesar de prestada num ambiente ruidoso, era realizada por uma equipa bem coordenada, concentrada em todas as necessidades das pessoas doente e não apenas em assegurar as funções vitais, procurando privilegiar a comunicação e o conforto sempre que possível. Em todas as oportunidades, o estudante procurou transmitir tranquilidade e segurança, estabelecendo contato visual, explicando os procedimentos de enfermagem, garantindo o consentimento da pessoa ao seu cuidado. De modo similar, foi sempre prioritário manter a comunicação com a família/cuidador, permitindo a sua presença na SE sempre que possível e que se mostrasse benéfico para a pessoa a vivenciar o processo de doença.

No entanto, se a comunicação com a família/cuidador foi considerada relevante e houve cuidado em privilegiar essa relação, o estudante observou que a equipa de enfermagem por vezes não atribuía à comunicação para a transição eficaz de cuidados a mesma atenção, não existindo no Serviço uma abordagem sistematizada adotada pela equipa para a transmissão de informação.

2.2. A Comunicação e a Segurança centradas na Proteção da Pessoa em Situação Crítica

Centrar a prestação de cuidados de enfermagem na pessoa em situação crítica, numa condição de extrema vulnerabilidade, pressupõe que, em paralelo, sejam desenvolvidos todos os esforços para garantir a segurança dos mesmos. A comunicação de

informação sobre a pessoa doente é uma das áreas fundamentais dos cuidados destacada no Código Deontológico da profissão e, como tal, não pode ser negligenciada quando se procura desenvolver e garantir a segurança nos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

De facto, acredita-se que a transmissão insuficiente ou incompleta de informação sobre as pessoas doentes, é responsável pelo aumento do risco e de eventos adversos relacionados com os cuidados de saúde (Thomas *et al.*, 2013). Reconhecendo o impacto negativo que a transmissão de informação insuficiente ou deficiente na transição de cuidados pode ter para as pessoas, já em 2007 a OMS emitiu um comunicado conjunto com a *Joint Comission* dos Estados Unidos da América e a *Joint Comission International* sobre a necessidade de se implementar uma abordagem sistematizada (OMS, 2007).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 destaca a Comunicação como um dos seus cinco pilares de intervenção prioritária (Ministério da Saúde, 2021), especificando (1) o desenvolvimento de ferramentas de comunicação a utilizar durante a transição de cuidados e (2) de formação para os profissionais de saúde sobre a transferência de informação.

Desde 2017 que a Direção-Geral de Saúde formalizou a recomendação para a utilização da metodologia ISBAR na transição de cuidados de saúde entre os profissionais, estando comprovada a sua relevância e eficácia para a segurança do doente (Direção-Geral de Saúde, 2017). A metodologia ISBAR deriva da estratégia SBAR, criada pelos serviços militares norte-americanos na década de 40 do século passado, utilizada sobretudo pelas equipas dos submarinos nucleares, para a transmissão de informação concisa e relevante (Shahid & Thomas, 2018).

No Serviço de Urgência onde o estudante desenvolveu o seu estágio, identificou-se uma oportunidade de melhoria relativamente à sistematização da passagem de informação realizada pela equipa de enfermagem na transição de cuidados, nomeadamente em diferentes momentos como a passagem de turno ou a transferência dos doentes da sala de emergência para a área de observações, para o serviço de cuidados intensivos ou para a enfermaria, por exemplo. As fragilidades relativamente à adoção de uma estrutura mais sistematizada de transmissão de informação para a transição de cuidados permitem que fique ao critério de cada enfermeiro comunicar a informação que considere mais importante ou relevante sobre a pessoa doente.

Em linha com as competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade e em função dos objetivos de estágio **garantir um ambiente terapêutico e seguro para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e família/cuidador e transmitir às equipas evidência científica adequada aos contextos de estágio**, após consulta do enfermeiro gestor do SU, para facilitar a adoção da metodologia ISBAR pela equipa de enfermagem, o estudante propôs a colocação de guiões para a transmissão de informação sobre a pessoa doente em conformidade com a norma n.º 001/2017 da DGS, adaptados à realidade do SU, nos postos de trabalho onde são efetuados os registos de Enfermagem (Apêndice IV – Guião para a Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência).

A criação do guião procurou respeitar aquilo que o estudante percecionou como sendo a informação mais relevante para o contexto do SU (Klim *et al.*, 2013) e privilegiada pela equipa de enfermagem, em alinhamento com as recomendações da DGS e com a brochura tipo sugerida na norma n.º 001/2017.

A adoção da metodologia ISBAR para a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde apresenta ainda particular utilidade em momentos de considerável aumento do risco para a pessoa em situação de doença crítica, como no caso da realização de um transporte, seja ele primário ou secundário.

A Ordem dos Enfermeiros (2018) define a pessoa em situação de doença crítica como sendo aquela pessoa cuja vida se encontra em risco por falência presente ou eminente de uma ou mais funções orgânicas e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Com frequência o transporte da pessoa a vivenciar processos de doença crítica é necessário para se providenciarem os meios de vigilância, monitorização e terapêutica exigidos à sua sobrevivência.

Em Portugal, a primeira referência legal ao transporte de doentes data de 1919 reconhecendo-se já nessa época as características deste transporte e a necessidade de assegurar meios específicos (Ministério da Guerra, 1919). Mais recentemente, destacam-se a Portaria n.º 260/2014, de 15 de dezembro, o Despacho n.º 10.109/2014, de 6 de agosto e o Despacho n.º 5.058-D/2016, de 13 de abril que estabelecem disposições sobre o transporte integrado do doente crítico (Ministério da Saúde & Ministério da Administração Interna, 2014). No entanto o transporte do doente crítico não se esgota nas ocasiões em

que é necessário providenciar um transporte secundário, isto é, um transporte entre unidades de saúde. De facto, a título de exemplo, considera-se um transporte primário o transporte de uma pessoa em situação crítica sempre que se torna necessária a sua mobilização, seja de uma sala de emergência ou de outro local onde foi estabilizada, para um bloco operatório, um serviço de cuidados intensivos ou um serviço onde se realizem exames complementares de diagnóstico e/ou tratamento, como um Laboratório de Hemodinâmica ou de Imagiologia.

Considerando a instabilidade em que se encontra a pessoa em situação de doença crítica e os meios humanos e materiais necessários à sua estabilização, monitorização e mobilização o momento do seu transporte deve ser considerado com especial atenção. Tendo em atenção o particular momento de especial vulnerabilidade em que se encontra a pessoa a vivenciar um processo de doença crítica, é fundamental que se procurem garantir sempre as condições de segurança para o doente e profissionais durante a realização de um transporte, seja qual for a distância ou o tempo despendido.

Recentemente, e em reconhecimento da especificidade do transporte do doente crítico, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos promoveu, em conjunto com o Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos, a atualização das suas recomendações referentes ao Transporte de Doentes Críticos Adultos (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023). Estas recomendações assumem-se como “um veículo para a divulgação de conhecimentos práticos úteis para o transporte do doente crítico adulto, promovendo a segurança do doente e dos profissionais” (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023, p. 9).

Embora se reconheça o contributo de enfermeiros na redação deste documento, o estudante lamenta que o Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros não se encontre ativamente ou diretamente envolvido. Como já foi diversas vezes reiterado pelo estudante, a segurança nos cuidados é um dos pilares dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros e assume particular relevância para os EEEMC. Na realidade, o EEEMC vê o seu papel reforçado na promoção de cuidados especializados seguros pelo CEEMC da OE, sendo-lhe reconhecidas competências para a otimização do ambiente e dos processos terapêuticos a que se encontra sujeita a pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Esta ênfase na gestão do risco, na prevenção de complicações e na otimização das condições de segurança, fundamenta o papel ativo que o EEEMC pode e deve desempenhar no seio da sua equipa, criando os mecanismos de atuação necessários para assegurar a minimização dos riscos associados ao transporte da pessoa em situação crítica.

Tendo em consideração a instabilidade fisiológica da pessoa em situação de doença crítica, o período em que é realizado o seu transporte deve ser observado com particular atenção e a sua preparação requer uma abordagem sistematizada garantindo que se encontram disponíveis todos os meios e recursos disponíveis para atuação em caso de evento adverso, que todos os dispositivos de vigilância e de manutenção das funções vitais se encontram operacionais e que, em paralelo, é utilizado apenas o que é absolutamente fundamental, evitando adereços que possam causar perturbação durante o transporte. Estes princípios foram conjugados com a metodologia ABCDE de modo a facilitar a apreensão e a adoção de uma lista de verificação pela equipa de enfermagem do SU.

Em harmonia com as competências do EEEMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica e os objetivos traçados **garantir um ambiente terapêutico e seguro para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e família/cuidadores e transmitir às equipas evidência científica adequada aos contextos do estágio** o estudante elaborou uma lista de verificação de preparação do transporte da pessoa em situação crítica a ser aplicada pela equipa de enfermagem na antecipação de potenciais complicações, desenvolvendo competências no âmbito da promoção de procedimentos para a prática de cuidados seguros à pessoa em situação crítica e no serviço de urgência (Apêndice V – Lista de Verificação para a Preparação do Transporte do Doente Crítico no Serviço de Urgência).

2.3. A Gestão dos Cuidados em Prol da Segurança

Mações (2020) define gestão como sendo o processo de coordenação das atividades dos membros de uma organização através do planeamento, organização, direção e controlo dos recursos de modo a atingir os objetivos estabelecidos. De acordo com o autor, cabe ao gestor **planear**, definindo objetivos e estratégias, **organizar** os recursos físicos e processuais, **dirigir** e **controlar**, avaliando os resultados e procedendo aos ajustes necessários. Para a garantia da prestação de cuidados seguros é essencial gerir eficazmente

os recursos de pessoas, desde que estas existam em quantidade suficiente. O estudo pioneiro de Aiken demonstrou inequivocamente que, cuidados de enfermagem prestados com rácios insuficientes, conduziam ao aumento da mortalidade entre os doentes (Aiken *et al.*, 2002).

De acordo com o documento da Ordem dos Enfermeiros que estabelece as recomendações para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, é possível verificar que a equipa de enfermagem deste SU encontra-se em conformidade com o previsto (Ordem dos Enfermeiros, 2019). No entanto, o mesmo documento refere a necessidade de ponderação sobre os postos de trabalho em função dos fluxos de afluência ao SU ao longo do tempo (dia, semana, mês) e recomenda fluidez do número de postos de trabalho em função da procura. Durante o período de estágio o número de postos de trabalho e de elementos da equipa de enfermagem manteve-se constante, embora os enfermeiros desta equipa já tenham identificado há muito os períodos do ano e os dias da semana com maior afluência.

Paralelamente, em articulação com os Serviços de Urgência Polivalente da região, este SU promove um considerável número de transportes de doentes ao longo das 24h. Na prática, significa que a ausência de um enfermeiro para acompanhar um doente num transporte para outra instituição, retira um elemento à equipa durante esse período. Cabe ao enfermeiro responsável de turno, enquanto enfermeiro especialista com competências no domínio da gestão dos cuidados, mobilizar os elementos da equipa de enfermagem para áreas de trabalho que se encontrem sob maior pressão se assim considerar necessário. No entanto, o estudante pôde observar que, neste SU, é uma prática geradora de tensão na equipa e, talvez por isso, esporádica.

Além da mobilização de enfermeiros entre as áreas de trabalho ao longo de um turno, cabe ainda ao enfermeiro responsável de turno a responsabilidade de gestão do serviço na ausência do enfermeiro gestor. Reconhecendo-se a complexidade na gestão dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem de um SU e nas tarefas desempenhadas pelos assistentes operacionais funcionalmente dependentes, atender a necessidades muito específicas como rutura de materiais e de fármacos, dar resposta a reclamações por parte dos utentes e familiares e manter uma boa articulação com a restante equipa multidisciplinar, seria expectável que o enfermeiro responsável de turno estivesse alocado apenas para esta função não lhe sendo atribuído um posto de trabalho onde prestar

cuidados. Na realidade deste campo de estágio, o enfermeiro responsável de turno encontra-se ainda destacado para a sala de trabalho da área médica do SU. Enquanto estudante, foi possível constatar que, para toda a equipa de enfermagem, era unânime que o enfermeiro responsável de turno deveria encontrar-se totalmente dedicado à gestão do serviço, sem que lhe fosse atribuído um posto de trabalho.

De facto, estas circunstâncias foram motivo de reflexão e o estudante, procurando dar resposta ao desenvolvimento de competências no Domínio da Gestão de Cuidados, teve oportunidade de abordar a problemática com o enfermeiro gestor do SU.

Considerando que uma boa gestão implica utilizar os recursos disponíveis eficientemente, garantindo qualidade e a prestação de cuidados seguros, a tomada de decisão do enfermeiro especialista é suportada por um conjunto de informações a que ele, enquanto gestor, tem acesso e que lhe permitem uma perspetiva diferente dos enfermeiros que se encontram na prestação de cuidados.

Assim, importa que, enquanto gestor, o enfermeiro baseie a sua tomada de decisão tendo em conta outras variáveis como os indicadores de qualidade do serviço, ocorrência de eventos adversos, auditorias à qualidade e à segurança dos cuidados e os objetivos institucionais.

O estudante acredita que, só na posse desse conhecimento é que o enfermeiro, enquanto gestor, estará em condições de, no âmbito das suas competências, negociar os recursos adequados para a prestação de cuidados de qualidade e em segurança pela sua equipa.

CONCLUSÃO

A construção de um corpo de conhecimento, próprio da Enfermagem, enquanto profissão, disciplina e Ciência, sustenta-se na relação simbiótica entre a prática e a investigação. O percurso profissional traçado, transformado agora pelo contributo do conhecimento adquirido ao longo deste curso de Mestrado, foi um elemento facilitador na identificação e interpretação das realidades de ambos os campos de estágio e impulsionador das diversas reflexões descritas neste documento.

As atividades realizadas ao longo do estágio e aqui abordadas, em alinhamento com o projeto delineado, permitiram a aquisição e o desenvolvimento das competências previstas para este ciclo de estudos. No entanto, a aplicabilidade das mesmas e do conhecimento adquirido, não se encerra com o término desta etapa. Importa então refletir sobre o contributo para a transformação da práxis do estudante no futuro.

A prestação de cuidados de enfermagem com qualidade e com segurança para o cliente dos serviços de saúde e para os profissionais não é possível sem um escrupuloso cumprimento dos princípios básicos de controle de infeção. A adoção e o cumprimento das PBCI encontram-se alinhadas com as premissas deontológicas da Enfermagem e no seu compromisso com a sociedade em prestar cuidados de enfermagem de excelência, com competência e com qualidade.

A Ordem dos Enfermeiros reconheceu ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica um papel importante na prevenção e controle da infeção e das resistências aos antimicrobianos quando desenvolveu os padrões de qualidade especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica caracteriza o EEEMC como um profissional de enfermagem de referência no seio da sua equipa participando na conceção de planos de prevenção, intervenção e controle da infeção, definindo estratégias a implementar, gerindo e liderando o plano traçado e capacitando a sua equipa para colaborar ativamente nas estra-

tégias desenhadas.

Na mesma Assembleia, ao definir os Padrões de Qualidade pelos quais se devem pautar os cuidados especializados do EEEMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, o CEEMC reitera a relevância que as IACS têm nos cuidados de saúde à pessoa em situação crítica, considerando a sua exposição a procedimentos e monitorização invasivos, pressão antimicrobiana e a imunodepressão em que se encontra, seja ela adquirida ou idiopática.

Encontra-se assim fundamentada a absoluta necessidade do EEEMC conduzir uma práxis sustentada nas boas práticas elencadas nas PBCI que, por sua vez, se encontram suportadas na melhor evidência disponível no momento.

A prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica tem lugar em ambientes tão díspares como um serviço de cuidados intensivos, uma sala de emergência, em contexto pré-hospitalar ou em situações de catástrofe. Poder-se-á alegar que, em determinados contextos e situações extremas, a intervenção rápida do enfermeiro poderá ser conduzida à custa da aplicação das PBCI. Confrontados perante esta ocorrência os profissionais devem estar preparados para fazer uma reflexão e uma tomada de decisão ponderada que justifique a não observância das PBCI que se apliquem à situação e as suas consequências.

Ao contrário de cenários limite em que é aceitável fazer uma ponderação risco-benefício, não existe qualquer justificação para o não cumprimento das PBCI quando não há risco imediato de vida para a pessoa em situação crítica. De facto, o inverso é que poderá ser verdade, isto é, a prestação de cuidados de enfermagem em incumprimento das PBCI expõe utentes e profissionais a riscos que devem ser evitáveis e minimizados. A capacidade para adotar uma atitude crítica e reflexiva sobre a práxis em contextos complexos requer maturidade pessoal e profissional, além de exigir ao enfermeiro competências de pesquisa e de interpretação do conhecimento existente, permitindo-lhe alicerçar a sua tomada de decisão, as suas ações e inclusive, em última circunstância, identificar lacunas no conhecimento existente.

Promover a maximização da prevenção e controle de infeção encontra-se em alinhamento com o compromisso deontológico reconhecido aos enfermeiros, mas sobretudo aos enfermeiros especialistas enquanto detentores de competências acrescidas

nos domínios da segurança e qualidade dos cuidados. Estes estabelecem-se como uma referência no seio da equipa contribuindo para que a prestação de cuidados de enfermagem seja suportada na evidência e com garantia de segurança. De facto, as competências comuns dos profissionais detentores deste título referem a promoção da prestação segura de cuidados como uma das áreas de distinção na prestação de cuidados especializados.

O EEEMC deve identificar oportunidades de melhoria e estabelecer planos de intervenção no seio da equipa que conduzam ao desenvolvimento de práticas mais seguras, alinhadas com as boas práticas de controle de infeção. Para tal, e sempre que necessário, deve posicionar-se como um elemento facilitador da aprendizagem, partilhar conhecimento e disseminar a melhor evidência para o seu contexto de prática e da sua equipa, em alinhamento com as competências descritas no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais explanadas nas competências comuns do enfermeiro especialista.

A prevenção e o controle de infeção ao doente em situação crítica apresentam desafios aos profissionais de enfermagem para os quais a evidência não tem sempre resposta clara e satisfatória. A título de exemplo, a consulta da bibliografia e das *guidelines* existentes não só não apresenta recomendações com especificidade para a pessoa em situação crítica, com dispositivos invasivos e com infeção por *C. difficile*, como as recomendações existentes não sofrem revisões há algum tempo. O EEEMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, quando dotado das competências de mestre em Enfermagem, deve assumir-se e posicionar-se como um agente capaz de fundamentar as suas decisões na evidência disponível de modo a dar resposta a situações complexas da sua prática. Este profissional é convidado a manter uma atualização permanente sobre a produção científica na sua área de especialização e, enquanto mestre, é ainda desafiado a desenvolver conhecimento que garanta solidez à evidência que fundamenta a sua tomada de decisão ou a produzir conhecimento que justifique uma nova abordagem nos seus cuidados especializados.

A oportunidade de realizar o estágio no SU proporcionou o amadurecimento do conceito de vulnerabilidade da pessoa em situação crítica, e como o enfermeiro especialista tem o dever de maximizar a segurança na prestação de cuidados bem como o

desenvolvimento de uma prática de cuidados que preserve e proteja a dignidade da pessoa ao seu cuidado.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos cuidados especializados da OE para o EEEMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, e em linha com o Código Deontológico da profissão, esta dimensão da prestação de cuidados especializados ganha particular relevância perante a pessoa em situação crítica, em condição de reconhecida vulnerabilidade, e cabe ao enfermeiro desenvolver uma prática irrepreensível, procurando promover um ambiente terapêutico e seguro, da qual resultaram as intervenções propostas para adoção pela equipa de enfermagem do Serviço de Urgência onde se realizou o estágio.

De facto, a oportunidade de estagiar num SCIRA e um SU revelou-se extremamente enriquecedora e um enorme privilégio para o estudante. Tanto os conhecimentos e competências adquiridos como os consolidados contribuíram para o desenvolvimento profissional do estudante e para estabelecer uma tomada de decisão mais sustentada na evidência.

Embora seja difícil separar o desenvolvimento profissional do desenvolvimento pessoal, na medida em que ambos se complementam e se influenciam, o estudante acredita que esta oportunidade de desenvolvimento de competências lhe permitiu tornar-se mais consciente do seu contributo para a segurança e qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica no seio da sua equipa.

Em retrospectiva e analisando os objetivos propostos no Projeto de Estágio é possível afirmar que os objetivos inicialmente desenhados não refletem todo o percurso traçado nem todo o desenvolvimento alcançado pelo estudante, sendo inegável reconhecer a imensidão de conhecimento obtido e o seu contributo para a práxis enquanto futuro enfermeiro especialista e mestre em enfermagem.

Sem esquecer o que foi alcançado ao longo deste ciclo de estudos, é importante reconhecer que a aquisição e o desenvolvimento do conhecimento e competências não terminaram nem terminarão no final deste percurso académico, impondo-se uma atitude inquisitiva e motivada para continuar a seu aprofundamento.

Talvez por isso seja verdadeiramente agradável constatar que o desenvolvimento pessoal e profissional também se concretiza na aquisição de competências que permitem a pesquisa do conhecimento científico e da melhor evidência. Enquanto campos de estágio,

o SCIRA e o SU proporcionaram esse desafio ao estudante, tendo tido o privilégio de ser conduzido e auxiliado nesta jornada por enfermeiros tutores com reconhecidas competências nas suas áreas de atuação.

A identificação de oportunidades de melhoria afigurou-se como um exigente, mas benéfico, desafio. A enorme responsabilidade de dar uma resposta blindada pela melhor evidência obrigou ao desenvolvimento de competências na pesquisa do conhecimento disponível e de juízo crítico para a sua aplicação à realidade da instituição onde se realizou o estágio, procurando garantir a adesão de todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados e contribuir para a sua tomada de decisão com a noção, porém, de que as práticas atuais na instituição se encontram demasiado disseminadas e enraizadas.

Adquirir, desenvolver e consolidar conhecimentos e competências não deve nem pode ser um ato isolado. O conhecimento deve ser partilhado e deve contribuir para o crescimento profissional de todos os envolvidos. Enquanto futuro enfermeiro especialista e mestre, existe uma responsabilidade acrescida de partilhar o conhecimento adquirido e de contribuir para o desenvolvimento de competências no seio das equipas. É também dever do Enfermeiro Especialista identificar lacunas no conhecimento, iniciar e participar em projetos que promovam a investigação e disseminação do conhecimento científico, fortalecendo a Ciência de Enfermagem. A oportunidade de poder desenvolver propostas de melhoria facilitou o crescimento e aperfeiçoamento dessas competências.

Este documento, enquanto relatório do estágio final, assume-se como o materializar de todo o percurso realizado ao longo deste curso de mestrado. Ao longo da sua redação o estudante procurou cumprir duas intenções: partilhar com clareza as reflexões desenvolvidas ao longo deste trajeto e demonstrar a aquisição e o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem.

A elaboração deste relatório foi, em si, um exercício crítico e reflexivo, influenciado por mais de duas décadas de profissão, desafiado pela realidade dos campos de estágio e sustentado neste percurso académico. Na conclusão desta etapa, além da sensação de dever cumprido e de objetivos alcançados, fica a gratidão pela oportunidade que foi dada ao estudante de poder contribuir para a transformação da prática, aplicando o conhecimento e as competências adquiridas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *Journal of American Medical Association*, 288:16, pp. 1.987–1.993.
- Aziz, A.M. (2013). Nursing management of clostridium difficile infection. *Nurse Prescribing*, 11:1, pp. 21-27.
- Barker, A., Zellmer, C., Tischendorf, J., Duster, M., Valentine, S., Wright, M., Safdar, N. (2017). On the hands of patients with *Clostridium difficile*: a study of spore prevalence and the Effect of hand hygiene on *C. difficile* removal. *American Journal of Infection Control*, 45:10, pp. 1.154-1.156. doi:10.106/j.ajic.2017.03.005
- Barker, A., Ngam, C., Musuuza, J., Vaughn, V., Safdar, N. (2017). Reducing *Clostridium difficile* in the patient setting: a systematic review of the adherence to and effectiveness of *C. difficile* prevention bundles. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 38:6, pp. 639-650. doi:10.1017/ice.2017.7
- Collière, M.F. (2000). *Promover a Vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lidel.
- Conseil Supérieur de la Santé. (2019). *Recommandations em Matière de Prévention, Maîtrise et Prise en Charge des Infections dues à Clostridium Difficile dans les Institutions de Soins*. Disponível em www.css-hgr.be
- De Chesnay, M., & Anderson, B. (2016). *Caring for the Vulnerable: Perspectives in Nursing Theory, Practice and Research*. 4ª ed.. Jones & Bartlett Learning.
- Department of Health. (2008). *Clostridium difficile infection: How to deal with the problem*.
- Direção-Geral da Saúde. (1996). Despacho n.º 246/96 para a criação das Comissões de Controlo de Infeção nos Estabelecimentos de Saúde. em *Diário da República II Série*, 246/96, pp. 14.879. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/2s/1996/10/2S246A0000S00.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Manual de Operacionalização do Plano Nacional de Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa

- Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma 001/2017 - Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde. Disponível em [comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf](https://www.dgs.gov.pt/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf) (min-saude.pt)
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Recomendação Prevenção da Transmissão de Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos em Hospitais de Cuidados de Agudos. Disponível em <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Norma 007/2019 – Higiene das mãos nas unidades de saúde. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press
- Dubberke, E. R., Gerding, D. N. (2011). Rationale for Hand Hygiene Recommendations after Caring for a Patient with Clostridium difficile Infection. Disponível em <https://icap.nebraskamed.com/wp-content/uploads/sites/2/2020/02/Rationale-for-Hand-Hygiene-Recommendations-%E2%80%93-SHEA/IDSA.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2022). *Clostridioides difficile Infections Annual Epidemiological Report for 2016-2017*. Disponível em <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/clostridioides-clostridium-difficile-infections.pdf>
- Glowicz, J. B., Landon, E., Sickbert-Bennett, E. E., Aiello, A. E., Dekay, K., Hoffmann, K. K., Maragakis, L., Olmsted, R. N., Polgreen, P. M., Trexler, P. A., Vanamringe, M. A., Wood, A. R., Yokoe, D., & Ellingson, K. D. (2023). SHEA/IDSA/APIC Practice Recommendation: Strategies to prevent healthcare-associated infections through hand hygiene: 2022 Update. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 44:3, pp. 355–376. Disponível em <https://doi.org/10.1017/ice.2022.304>

- Haute Conseil de la Santé Publique. (2008). Avis relatif à la maîtrise de la diffusion des infections à *Clostridium difficile* dans les établissements de santé français. Disponível em <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/directory-HAI-clostridium-difficile>
- Klim, S., Kelly, A. M., Kerr, D. Wood, S. & McCann, T. (2013). Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualised and systematic approach. *Journal of Critical Nursing*, 22:15-16, pp. 2233-2243. Disponível em <https://doi.org/10.1111/jocn.12274>
- Mações, M. (2020). *Manual de Gestão Moderna. Teoria e Prática* (2nd ed.). Conjuntura Actual Editora.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Ministério da Guerra. (1919). Decreto n.º 5.702/1919 – Expropriação do invento do sistema especial para adaptação dos camiões e outros veículos de carga ao transporte de feridos e doentes. em *Diário da República 1ª Série*, 98, p. 1088. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1919/05/09810/10881088.pdf>
- Ministério da Saúde. (2002). Despacho normativo n.º 11/2002 – Reorganização da urgência hospitalar. em *Diário da República – I Série-B*, 55, pp. 1.865-1.866. Disponível em <http://files.diariodarepublica.pt/1s/2002/03/055b00/18651866.pdf>
- Ministério da Saúde. (2007). Despacho n.º 14.178/2007 – Aprova o Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. em *Diário da República 2ª série*, n.º 127, p. 19.007. Disponível em <1900719007.pdf> (diariodarepublica.pt)
- Ministério da Saúde. (2008). Despacho n.º 20.729/2008 – Aprova a criação da Comissão Técnica para a conceção do Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos. em *Diário da República 2ª Série*, 152, p. 35.140. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/20729-2008-1492324>
- Ministério da Saúde. (2013). Despacho n.º 15.423/2013 – Aprova a Criação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. em *Diário da República 2ª série* 229, pp. 34.563-34.565. Disponível em <3456334565.pdf> (diariodarepublica.pt)

- Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10.319/2014 – Aprova a criação do Sistema Integrado de Emergência Médica. em *Diário da República 2ª série*, 153, pp.20.673-20.678. Disponível em [2067320678.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Ministério da Saúde, & Ministério da Administração Interna. (2014). Portaria n.º 260/2014, versão consolidada pela Portaria n.º 96/2018 e pela portaria n.º 107/2023 – Aprova o Regulamento do Transporte dos Doentes. em *Diário da República 1ª série*, 241, pp. 6.085-6.095. Disponível em [0608406095.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Ministério da Saúde. (2021). Despacho n.º 9.390/2021 – Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2012-2026). em *Diário da República 2ª Série PARTE C*, 187, pp. 96-103. Disponível em [0009600103.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Ministério da Saúde. (2022). Despacho n.º 10.901/2022 – Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). em *Diário da República, 2ª Série PARTE C*, 174, pp. 93-99. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Disponível em [divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Lei n.º 156/2015 – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. em *Diário da República, 1ª série*, 181, pp. 8.059-8.105. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - 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. em *Diário da República 2ª*

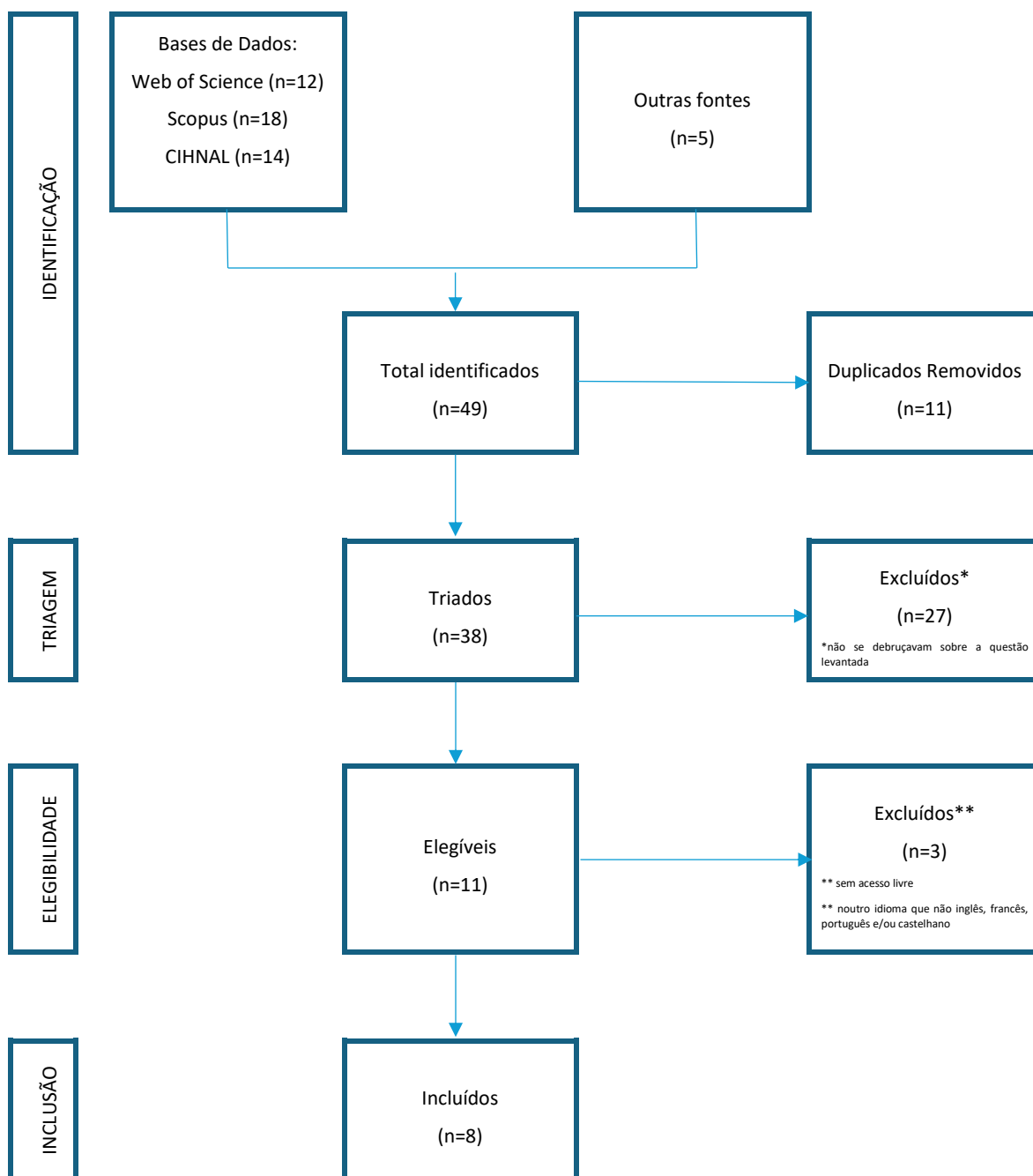
- série, 26, pp. 19.359-19.370. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. em *Diário da República 2.ª série*, 26, pp. 4.744-4.750. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 743/2019 – Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. em *Diário da República, 2ª série*, 184, pp. 128-155. Disponível em [0012800155.pdf](https://diariodarepublica.pt/0012800155.pdf) (diariodarepublica.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Aviso n.º 4.511/2021 - Programa formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista nas áreas de Enfermagem Médico-Cirúrgica. em *Diário da República, 2.ª série*, Parte E, 49, pp. 142-162. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/03/049000000/0014200162.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *World Alliance for Patient Safety Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care*.
- Organização Mundial de Saúde. (2007). Communication During Patient Hand-Overs. *Patient Safety Solutions*, 1.
- Organização Mundial de Saúde. (2022). *Global Report on Infection Prevention and Control*. Disponível em <http://apps.who.int/bookorders>
- Organização Mundial de Saúde. (2022). Overview of the IPC Situation Worldwide: Highlights of Achievements and Gaps – Member States Information Session on Infection Prevention and Control.
- Oughton, M., Loo, V., Dendukuri, N., Fenn, S., Libman, M. (2015). Hand Hygiene with Soap and Water is Superior to Alcohol Rub and Antiseptic Wipes for Removal of *Clostridium difficile*. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2009, 30(10): 939-944. Disponível em <https://doi.org/10.1086/605322>
- Peres, D., & Pina, E. (2008). Vigilância Epidemiológica na Infecção Associada a Cuidados de Saúde. *Nursing*. 239, s3–s10.
- Pordata. Consultado a 2 de fevereiro de 2024. Disponível em <https://www.pordata.pt/municipios>

- Power, H., Skene, I., & Murray, E. (2022). The positives, the challenges and the impact; an exploration of early career nurses experiences in the Emergency Department. *International Emergency Nursing*. 64. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101196>
- Public Health Agency of Canada. (2013). Clostridium difficile infection – infection prevention and control guidance for management in acute care settings. Disponível em www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/nosocomial-occupational-infections/clostridium-difficile-infection-prevention-control-guidance-management-acute-care-settings.html
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos*.
- Shahid, S., Thomas, S. (2018). Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool for Handoff in Health Care – A Narrative Review. *Safety in Health*. 4, 7. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s40886-018-0073-1>
- Suetens, C., Kärki, T., & Plachouras, D. (2023). *Point Prevalence Survey of Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial use in European Acute Care Hospitals*. Disponível em <https://doi.org/10.2900/474205>
- United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (2017). *United Nations Office for Disaster Risk Reduction Terminology on Disaster Risk Reduction*. Genebra.
- Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro Da Compaixão à Proficiência* (3rd ed.). Universidade Católica Editora.

APÊNDICES

Apêndice I – Diagrama PRISMA

Diagrama PRISMA



Descritores MESH utilizados:

- *Inpatients*
- *Hand hygiene*
- *Clostridium infections*

Frase booleana:

"Inpatients" (Topic) AND *"Hand hygiene"* (Topic) AND *"Clostridium infections"* (Topic)

Apêndice II – Tabela de Evidências

TABELA DE EVIDÊNCIAS

Autor	Título	Revista	Ano	Tipo	Conclusão/Recomendação	Contributo
Azziz, A.M.	Nursing management of Clostridium difficile infection	Nurse Prescribing Vol. 11 (1) pp. 21-27	2013	Revisão integrativa	<ul style="list-style-type: none"> Higiene das mãos com água e sabão durante 15 segundos; Higiene das mãos com SABA com efeito biocida para outros agentes 	SABA na unidade da pessoa com infecção por <i>C. difficile</i>
Barker et al.	On the hands of patients with clostridium difficile: A study of spore prevalence and the effect of hand hygiene on C. difficile removal	American Journal of Infection Control, Vol. 45 (10) pp. 1154-1156	2017	Estudo randomizado	<ul style="list-style-type: none"> Presença de C. difficile em 100% dos participantes após higiene das mãos com SABA vs. 50% após higiene das mãos com água e sabão Dada a reduzida amostra populacional sugerem a necessidade de mais estudos 	
Barker et al.	Reducing Clostridium difficile in the inpatient setting: A systematic review of the adherence to and effectiveness of C. difficile prevention bundles	Infection Control & Hospital Epidemiology	2017	Revisão sistemática	<ul style="list-style-type: none"> Impossível concluir qual a higienização das mãos mais eficaz enquanto aspeto integrado nos diferentes feixes de intervenção analisados 	
Department of Health/ Health Protection Agency National Health Service	Clostridium difficile infection: how to deal with the problem		2008	Guidelines Nacionais	<ul style="list-style-type: none"> Recomendam higienização das mãos com água e sabão Recomendam não usar SABA em vez de água e sabão para a higienização das mãos Admitem a possibilidade de higienização das mãos com SABA após água e sabão para remoção de organismos não-clostridióides 	
Glowicz et al.	SHEA/IDSA/APIC Practice Recommendation: Strategies to prevent healthcare-associated infections through hand hygiene: 2022 Update	<i>Infection Control and Hospital Epidemiology</i> , 44:3, pp. 355–376	2022	Guidelines Nacionais	<ul style="list-style-type: none"> Recomendam higienização das mãos com água e sabão ou SABA Recomendam higienização das mãos com água e sabão em caso de surto 	SABA na unidade da pessoa com infecção por <i>C. difficile</i>
Public Health Agency of Canada	Hand Hygiene Practices in Healthcare Settings		2012	Guidelines Nacionais	<ul style="list-style-type: none"> Higienização das mãos com água e sabão após os cuidados 	SABA na unidade da pessoa com

					<ul style="list-style-type: none"> Higienização das mãos com SABA se não houver ponto de água disponível 	infeção por <i>C. difficile</i>
Haut Conseil de la Santé Publique	Avis relatif à la maîtrise de la diffusion des infections à <i>Clostridium difficile</i> dans les établissements de santé français		2008	<i>Guidelines</i> Nacionais	<ul style="list-style-type: none"> Higienização das mãos com água e sabão Aplicação de SABA após secagem das mãos 	
Conseil Supérieur de la Santé	Recommandations em Matière de Prévention, Maîtrise et Prise en Charge des Infections dues à <i>Clostridium Difficile</i> dans les Institutions de Soins		2017	<i>Guidelines</i> Nacionais	<ul style="list-style-type: none"> Higienização das mãos com água e sabão seguido de aplicação de SABA Higienização com SABA se não for possível higienização com água e sabão (prioritário, assim que possível) 	SABA na unidade da pessoa com infeção por <i>C. difficile</i>

**Apêndice III - Procedimento de Precauções de Contato para Doentes com
Infeção por *C. difficile***

Precauções de Contato aplicadas à infeção por *C. difficile* (iCD)

Localização do Doente com iCD	<p>Por prioridade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1º Quarto individual (de modo a ser possível o doente ter instalações sanitárias próprias) • 2º Formar coorte • 3º Colocar na ponta da enfermaria mais distante da entrada, com cortina corrida e com definição de WC próprio e exclusivo
Sinalização	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar a sinalética de “Precaução de Contato” (Doc. 1269) • Registar em notas de Enfermagem e notas médicas
Higiene das mãos e EPI	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar EPI (bata e luvas) no contato direto com o doente • Rejeitar EPI para contentor de resíduos do Grupo III após utilização • Higienizar as mãos com água e sabão antes, entre procedimentos e após o contato direto com o doente • Utilizar SABA após a higienização das mãos com água e sabão antes, entre procedimentos e após o contato direto com o doente
Equipamento	<ul style="list-style-type: none"> • Individualizar equipamento não crítico (ex.: termómetro, esfigmomanómetro, estetoscópio) • Aparadeira individualizada e protegida com saco específico (GRUPO III). Descontaminação da aparadeira: (1) lavar na máquina, (2) colocar submersa numa solução de cloro com diluição a 1.000 ppm – cumprir indicações do fabricante, (3) passar por água e (4) deixar secar
Roupa	<ul style="list-style-type: none"> • Ao retirar, evitar movimentos bruscos e contato com o fardamento • Colocar de imediato em saco plástico sem tocar noutras superfícies, encerrar o saco e higienizar as mãos logo de seguida
Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Entregar e recolher o tabuleiro em último lugar, evitando contato com os doentes ou superfícies
Mobilidade do doente com iCD	<ul style="list-style-type: none"> • O serviço recetor deverá ser avisado com antecedência de modo a manter as medidas de isolamento • Antes de sair do serviço: dar banho e mudar roupa do doente e proteger maca/cadeira com lençol limpo • Evitar permanência do doente nos corredores ou contato com outros doentes • Descontaminar superfícies que estiveram em contato com o doente (recorrendo a uma solução de cloro com diluição de 1.000 ppm – cumprir indicações do fabricante)
Educação do doente e visitas	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre razão das medidas, a importância da higienização das mãos e da relevância de limitar mobilidade e contatos com outros doentes e superfícies • Fornecer panfleto “Saiba mais sobre <i>C. difficile</i> – Informação aos Doentes e Visitas” (ver. Doc. 1862)
Limpeza	<ul style="list-style-type: none"> • Deverá ser feita em último lugar e o funcionário deve utilizar avental e luvas • Equipamento pertencente à unidade do doente e respetivas superfícies deverá ser descontaminado diariamente (solução de cloro com diluição de 1.000 ppm – cumprir indicações do fabricante) • Enviar as cortinas para a lavandaria após a alta
Alta ou Transferência	<ul style="list-style-type: none"> • Referir a iCD na carta de alta com descrição das datas de início e término dos sintomas • Se o utente for transferido para outra instituição contatar o SCIRA • Informar os tripulantes de ambulância sobre higienização das mãos e descontaminação de superfícies e materiais da ambulância

Apêndice IV – Guião para a Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência

COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

ISBAR

I	Identificação	<ul style="list-style-type: none">• Nome• Idade• Cama/Maca (se aplicável)
S	Situação	<ul style="list-style-type: none">• Motivo pelo qual recorreu ao SU e/ou se mantém internado(a)
B	<i>Background</i>	<ul style="list-style-type: none">• Antecedentes relevantes e alergias conhecidas• MCDTs com resultados relevantes• Evolução durante a estadia no SU
A	Avaliação	<ul style="list-style-type: none">• A: Via Aérea• B: FR; FiO2; SpO2; amplitude/simetria torácica• C: TA; FC; TPC; Diurese• D: ECG; Avaliação da Dor; Força/Simetria nos 4 membros; avaliação pupilar (tamanho, simetria, reatividade à luz); PGC• E: Temperatura; Tegumentos; Drenos
R	Recomendação	<ul style="list-style-type: none">• Plano Terapêutico: cuidados de enfermagem planeados, vigilância; MCDTs por realizar;...

adaptado de Direção-Geral da Saúde, norma nº 001/2017

Apêndice V – Lista de Verificação para a Preparação do Transporte do Doente no Serviço de Urgência

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE TRANSPORTE DE DOENTES

A	Via Aérea patente
	Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia fixados
	Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia sem obstrução
	Pressão de <i>cuff</i> adequada (com SF se necessário)

B	Ventilador de Transporte operacional
	Ajuste adequado dos parâmetros ventilatórios
	Quantidade de oxigénio previsível adequada para o transporte (mais 30')
	Insuflador manual com máscara, reservatório e extensão de O ₂

C	Acessos venosos e arteriais permeáveis e seguros
	Monitor de Transporte/Desfibrilhador operacional
	Baterias do monitor de transporte, seringas e/ou bombas perfusoras com carga
	Cabos de alimentação de seringas, bombas perfusoras e monitor de transporte se necessário
	Quantidade adequada de medicação (para bólus e/ou perfusão)

D	Dor controlada
	Fármacos para administração de sedação e curarização

E	Sacos de drenagem esvaziados
	Sonda gástrica em drenagem
	Utilização de E.P.I.s (de acordo com procedimentos do SCIRA)
	Doente com bata e roupa de cama para proteção da privacidade e dignidade

Confirmar se...	Requisição efetuada
	Contacto com serviço de destino
	Equipa de transporte assegurada
	Mala de transporte (se necessário)
	Doente/Família informados

Nota: Efetuar registo de ocorrências no regresso ao serviço

adaptado de Transporte do Doente Crítico - Recomendações 2023 da SPCI e Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos

