



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

O CUIDADO HOLÍSTICO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

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
Daniela Patrícia Alvelos Oliveira

Porto – março de 2024



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**O CUIDADO HOLÍSTICO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

**HOLISTIC CARE FOR CRITICAL ILL PERSON
THE ROLE OF THE NURSE SPECIALIST**

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
Daniela Patrícia Alvelos Oliveira

Sob a orientação de Prof.^a Doutora Amélia Ferreira

Porto – março de 2024

Resumo

A realização do relatório surge no âmbito da unidade curricular designada “Estágio Final e Relatório”, do curso de mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica – 16ª Edição, da Universidade Católica Portuguesa. O objetivo do presente relatório prende-se na realização da análise fundamentada das competências desenvolvidas nos contextos de estágio inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, através do cumprimento de objetivos e atividades previamente definidos para o estágio, e como método de avaliação da unidade curricular para posterior atribuição do título de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica e de mestre em enfermagem. Seguindo uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, este relatório encontra-se estruturado em 5 capítulos, que espelham o contínuo desenvolvimento de competências nos estágios realizados, nomeadamente na unidade de cuidados intensivos, serviço de urgência polivalente e UL-PPCIRA.

Para além dos momentos ricos de contacto com a pessoa em situação crítica e de intervenção no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção, também os momentos de autorreflexão, de observação e de reflexão com os pares foram de extrema importância para o meu crescimento e sedimentação de comportamentos e conhecimentos que permitiram a aquisição de competências para o cuidado especializado. O enfermeiro especialista deverá então diferenciar-se pela sua alta performance na prestação de cuidados diferenciados, integrando conhecimentos baseados na evidência científica, com uma atitude de liderança e gestão eficazes e eficientes, demonstrando aos pares a sua capacidade técnica, crítica e reflexiva na prestação de cuidados, visando a segurança e a qualidade dos mesmos. Estas competências adquiridas e potenciadas através dos estágios, permitiram assim maximizar a conceção e prestação de um cuidado holístico, especializado e altamente diferenciado.

Palavras-Chave: Enfermagem, Cuidados, Holístico.

Abstract

This report is part of the "Final Internship and Report" curricular unit of the Master's Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Critical Care Nursing - 16th Edition, from the Universidade Católica Portuguesa. The aim of this report is to carry out a reasoned analysis of the skills inherent to the specialist nurse in medical-surgical nursing in the area of nursing the critically ill person developed in the internship contexts, through the fulfillment of objectives and activities previously defined for the internship, and as a method of evaluating the curricular unit for the subsequent award of the title of specialist nurse in medical-surgical nursing in the area of critical care nursing and master in nursing. Following a descriptive and critical-reflective methodology, this report is structured into 5 chapters, which reflect the continuous development of skills in the internships such intensive care unit, emergency service and UL-PPCIRA.

In addition to the rich moments of contact with the person in a critical situation and intervention in terms of infection prevention and control, the moments of self-reflection, observation and reflection with peers were also extremely important for my growth and the consolidation of behaviors and knowledge that enabled me to acquire specialized care skills. The specialist nurse must then differentiate themselves by their high performance in providing differentiated care, integrating knowledge based on scientific evidence, with an effective and efficient leadership and management attitude, demonstrating to their peers their technical, critical and reflective capacity in the provision of care, aiming for safety and quality. These skills, acquired and enhanced through the internships, allowed them to maximize the design and provision of holistic, specialized and highly differentiated care

Keywords: Nursing, Care, Holistic.

Agradecimentos

Aos meus pais pelo apoio incondicional e pelos valores que me ensinaram, permitindo-me o desenvolvimento da minha pessoa em todas as dimensões.

À prof.^a Doutora Amélia Ferreira pela dedicação, orientação, incentivo e apoio proporcionados igualmente nos momentos de maior dificuldade.

À B. e M. pelo companheirismo, resiliência e motivação durante todo este percurso partilhado e que sem elas se tornaria árduo a concretização deste desafio.

À minha prima L. e amiga L. pela disponibilidade, ajuda, apoio e paciência que tiveram comigo e indispensáveis neste percurso.

Aos meus orientadores de estágio pelo apoio, ensino e orientação bem como pela partilha do seu tempo e conhecimentos.

Lista de Símbolos, Siglas e Abreviatura

AVC - Acidente Vascular Cerebral

bpm- batimentos por minuto

cpm- ciclos por minuto

ex. – exemplo

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

MMR – Microrganismos Multirresistentes

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

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

RAM – Aumento da Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos

Séc. – Século

USD – *United States Dollar*

UL-PPCIRA – Unidade Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

% - percentagem

Índice

1. Introdução.....	13
2. Desenvolvimento de Competências em Cuidados Intensivos	19
3. Caracterização dos Contextos de Estágio	25
4. Desenvolvimento do Cuidado Especializado e Holístico	29
5. Conclusão.....	51
6. Referências Bibliográficas	55
7. Apêndice.....	65
Apêndice I – A Percepção de Privacidade do Utente no Serviço de Urgência	67
Apêndice II – Formulário de Observação da Higiene das Mãos.....	97

1. Introdução

A crescente complexidade e multiplicidade de doenças com que a população se apresenta faz com que as mesmas necessitem de um maior consumo de cuidados de saúde, que exigem maior complexidade nas técnicas de tratamento e conhecimentos atuais. A evolução global tem um forte impacto no contínuo aumento da esperança média de vida e conseqüentemente na saúde, pois os fatores de risco comportamentais e ambientais têm um vigoroso impacto na mesma (Hashemi et al., 2023; Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, 2021).

Assim, a etiologia multifatorial causadora de doença leva ao surgimento da pessoa com necessidade de cuidados de saúde, diferenciados e, por vezes, complexos, sendo muitas vezes, urgentes e/ou emergentes. Segundo o Regulamento n.º 429/201, da Ordem dos Enfermeiros, referente às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, (2018, p.4), a pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” Desta forma o contacto com a pessoa em situação crítica é na sua maioria realizado nos serviços de urgência.

Os serviços de urgência são serviços que, pela sua particularidade de se encontrarem abertos a toda a população 24 horas/dia nos 365 dias/ano, de acesso livre, se tornam desafiantes pela afluência diária que recebem, sendo as pessoas que chegam a estes serviços detentoras de uma situação de saúde que pode ser urgente ou emergente (Ordem dos Enfermeiros, 2019; Serviço Nacional de Saúde, 2019). Estes dois conceitos diferem na gravidade, sendo que uma situação clínica urgente “exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)” (Serviço Nacional de Saúde, 2019, p.2) e a uma situação clínica emergente exige uma intervenção imediata pois existe o risco de morte ou de perda de função orgânica (Serviço Nacional de Saúde, 2019). Os serviços de urgência podem ainda ser classificados por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: serviço de urgência básico, serviço de urgência médico-

cirúrgicos e serviço de urgência polivalente (Ordem dos enfermeiros, 2019; Serviço Nacional de Saúde, 2019).

Igualmente importantes e que constituem uma preocupação mundial atual são as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), os microrganismos multirresistentes (MMR) e a sua resistência a antimicrobianos. A exposição da pessoa ao risco de IACS é uma realidade preocupante nos dias de hoje que trará implicações alarmantes para o futuro da saúde da população.

A descoberta arbitrária do antimicrobiano por Alexander Fleming, a penicilina, e a evolução que decorreu do seu achado, fez com que o séc. XX fosse um período repleto de grandes avanços na medicina. Estes avanços foram importantes para a manutenção da vida, mas assim como o ser humano se desenvolve e se adapta as diferentes condições e adversidades que a vida impõe, as bactérias também (Bennett & Chung, 2001).

As bactérias, microrganismos que são eliminados pelo uso do antimicrobiano, têm a capacidade de se adaptarem por forma a conseguirem desenvolver resistência aos antimicrobianos, acrescentando a capacidade notável de conseguirem transmitir estas resistências a bactérias suscetíveis tornando-se assim igualmente resistentes. Assim se cria uma bola de neve que também é influenciada não só pelo uso do antimicrobiano na saúde, mas também pelo seu uso no setor animal e na agricultura (Direção-Geral da Saúde, 2017a; Arias & Carrillho, 2012).

Pelo perigo da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos e as suas consequências futuras para a saúde da população, foi solicitado um estudo pelo primeiro-ministro do Reino Unido, James Cameron, ao economista Jim O'Neill sobre a temática. O estudo realizado em 2014 com a colaboração de clínicos e *experts* da área, demonstraram que as taxas de mortalidade e os custos de tratamento das pessoas com infeção causada por MMR são elevadas. Refere ainda que o uso do antimicrobiano de forma inadequada ou em excesso contribui para o desenvolvimento de mais resistências pelas bactérias. Assim o contínuo aumento da resistência aos antimicrobianos, segundo o estudo, levará a que em 2050 esta resistência dos microrganismos aos antimicrobianos sejam a principal causa de morte (10 milhões de pessoas por ano), superando causas como o cancro (8.2 milhões de pessoas por ano) e a diabetes (1.5 milhões de pessoas por ano). Denota-se ainda que, para além do custo sério que implica a vida humana, também

afetar economicamente a sociedade, sendo estimado um custo de 100 trilhões USD (O'Neill, 2014).

Emerge, portanto, a preocupação da resistência dos microrganismos com IACS, pois segundo o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, (2016), 1 em cada 3 microrganismos detetados nas IACS eram resistentes aos antimicrobianos e 1 em cada 15 pessoas, nos hospitais, é portadora de, pelo menos, 1 IACS. De reforçar ainda que alguns MMR são resistentes aos antimicrobianos de “última linha”, ou seja, antimicrobianos como os carbapenemes. Significa isto que, uma pessoa cuja infeção seja causada por um MMR e o seu tratamento não seja possível com antimicrobianos de “última linha”, não existe tratamento possível com antimicrobiano, tornando estas infeções altamente fatais.

Pela complexidade dos cuidados exigidos atualmente potenciados pela evolução global, seja à pessoa em situação crítica e/ou em matéria de intervenção na prevenção e controlo de infeções, estes exigem um conhecimento científico e um conjunto de competências por forma a prestarem-se cuidados altamente diferenciados, surgindo a necessidade de uma formação avançada que traga conhecimentos técnico-científicos para os enfermeiros, para uma prática segura, eficaz e baseada na evidência.

O cuidado à pessoa em situação crítica é de extrema importância, mas não se refere apenas a cuidados técnicos baseados no conhecimento mais atual. Integram-se igualmente os cuidados à pessoa no seu todo, inserida numa comunidade, ambiente social e familiar, respeitando as suas crenças e valores. Desta forma a enfermagem visa uma intervenção do enfermeiro numa perspetiva biopsicossocial, ou seja, numa perspetiva holística. Assim, a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica potenciou através das competências inerentes adquiridas, a prestação de cuidados holísticos, possibilitando uma prática altamente diferenciada através da inclusão dos vários eixos que compõem a pessoa como um ser único e singular (Aydin et al., 2023; Yilmaz et al., 2022). A denominação do presente relatório respeita esta perspetiva adquirida ao longo do meu percurso académico, também evidenciada nos projetos desenvolvidos em contexto de estágio.

Desta forma, surge o curso de mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, dotando os enfermeiros de competências específicas que

permitam cuidar da pessoa em situação crítica, assim como, intervir excecionalmente em matéria de prevenção e controlo de infeção. Para além destas competências inerentes à especialidade, esta formação avançada também permite a produção de conhecimento para a ciência de enfermagem, uma ciência já reconhecida pelos pares e em crescimento.

O presente relatório de estágio é realizado sob uma metodologia descritiva e critico-reflexiva cujo objetivo prende-se na análise fundamentada das competências desenvolvidas nos contextos de estágio inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem á pessoa em situação crítica, através do cumprimento de objetivos e atividades previamente definidos para o estágio, e como método de avaliação da unidade curricular para posterior atribuição do título de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem á pessoa em situação crítica e de mestre em enfermagem.

A sua realização surge no âmbito da unidade curricular designada “Estágio Final e Relatório”, do curso de mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica – 16ª Edição, da Escola de Enfermagem – Porto da Universidade Católica Portuguesa, do ano letivo 2023/2024, decorrido em 2 períodos: no período de 4 de setembro de 2023 a 24 de outubro de 2023, num serviço de urgência polivalente, e de 25 de outubro de 2023 a 16 de dezembro de 2023, numa Unidade Local-Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA) ambos no mesmo centro hospitalar de uma região norte do país, sob orientação da Prof.^a Doutora Amélia Ferreira.

O estágio foi delineado por forma a serem cumpridas 360 horas totais de prática clínica. O centro hospitalar escolhido para a realização dos estágios teve em consideração o facto de este ser um dos centros hospitalares de referência do norte do país, caracterizado pela sua vasta competência no cuidar das pessoas em situação crítica. A UL-PPCIRA inseriu-se na minha escolha opcional pela necessidade de enriquecer os meus conhecimentos em matéria de prevenção e controlo de infeção.

O relatório encontra-se estruturado em 5 capítulos: o primeiro capítulo faz referência ao desenvolvimento de competências no contexto de cuidados intensivos; o segundo capítulo expõe a caracterização do serviço de urgência

polivalente e da UL-PPCIRA; o terceiro capítulo apresenta a reflexão e a fundamentação teórica das competências desenvolvidas nos contextos de serviço de urgência polivalente e UL-PPCIRA; o quarto capítulo refere-se à conclusão e, por fim, no quinto capítulo apresentam-se as referências bibliográficas.

O presente relatório foi elaborado segundo a norma *American Psychological Association*, 7ª edição.

2. Desenvolvimento de Competências em Cuidados Intensivos

As unidades de cuidados intensivos caracterizam-se por receberem pessoas em situação de falência orgânica, oferecendo cuidados de suporte, preventivos e revertendo situações que implicam risco de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A unidade de cuidados intensivos polivalentes onde decorreu o estágio é uma unidade de nível III, constituída por 14 camas, sendo destas 4 quartos de isolamento com adufa de entrada. Quanto à sua disposição, as unidades são abertas, apenas com pequenas barreiras, como cortinas passíveis de serem recolhidas para manter a privacidade das pessoas, permitindo a vigilância sobre as mesmas (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013).

Uma unidade de nível III é caracterizada pela realização de suporte de funções vitais, com monitorização invasiva e com “equipas funcionalmente dedicadas (enfermeiros e médicos), assistência médica qualificada, por intensivista, em presença física nas 24 horas; possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários” (Ministério da Saúde, 2013, p. 58).

Para o estágio foram delineados objetivos e atividades a cumprir por forma a desenvolverem-se competências inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica e de mestre em enfermagem.

Foram diversas e diversificadas as oportunidades durante este período de estágio. O contacto diário com a pessoa em situação crítica, de foro médico ou cirúrgico, permitiu desenvolver um conjunto de competências importantes inerentes ao enfermeiro especialista.

Pela sua instabilidade hemodinâmica, a maioria destas pessoas encontravam-se em suporte de funções vitais – ventilação mecânica invasiva, aminas vasoativas, medicação sedo-analgésica, técnicas dialíticas, entre outras. Assim, torna-se imperativo uma prática segura e com conhecimento, que permita ao enfermeiro especialista intervir eficazmente e oportunamente, identificando sinais de alarme, como por exemplo, a interpretação da variação de sinais

hemodinâmicos, por forma a antecipar situações emergentes ou reveladoras de disfunção orgânica.

Foram, na sua maioria, as pessoas que encontrei com ventilação mecânica invasiva e com suporte de aminas vasoativas, que pela instabilidade hemodinâmica que se encontravam, exigiram de mim o conhecimento de sinais de alerta de instabilidade e de atuação. Também importante foi identificação de sinais de desconforto ou dor nas pessoas em ventilação mecânica invasiva e com medicação sedativa.

Pela impossibilidade da comunicação verbal, devido à sua condição de saúde, a dor na pessoa em situação crítica pode-se traduzir em alterações dos valores vitais, cabendo ao enfermeiro especialista perceber e estar alerta aos sinais, assim como, interpretá-los e agir em conformidade. Desta forma na elaboração e reavaliação do processo de enfermagem, foi essencial identificar estes sinais através de escalas que consideram os fatores comportamentais (expressão facial, posicionamento no leito) e fatores fisiológicos (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória entre outros), demonstrando assim, a importância do controlo da dor no conforto e na repercussão hemodinâmica. Segundo Gomarverdi et al. (2019), o controlo da dor adequado traduz melhores resultados no tratamento da pessoa em situação crítica.

Igualmente importante é o posicionamento da pessoa. Para além de ser uma medida não farmacológica que transfere conforto, é igualmente relevante, por exemplo, na elevação da pressão intracraniana. A flexão coxofemoral no posicionamento pode ser o suficiente para a elevação da pressão intracraniana e recorreremos no risco de lesão cerebral.

A vigilância do estado neurológico também é importante, tendo o enfermeiro especialista de diferenciar fatores influenciadores sabendo que, dependendo da patologia presente, esta avaliação deverá ser feita com maior regularidade estando atento a sinais de alerta – anisocoria, fotorreatividade ocular, expressão corporal (descerebração e descorticação). Ainda de referir que os fármacos sedo-analgésicos podem ser causadores de alterações neurológicas, como por exemplo, alterações pupilares.

Uma das oportunidades que surgiu foi a preparação e manuseamento de técnica dialítica. A hemodiálise é uma técnica que consiste na passagem do sangue

da pessoa por um dialisador, ocorrendo a difusão e ultrafiltração onde acontecem a troca de líquidos, eletrólitos e produtos residuais e, posteriormente, é reencaminhado para a pessoa. O acesso à circulação sanguínea pode ser feito de várias formas como fístula arteriovenosa e cateterização das veias femoral, jugular interna e subclávia (Monahan et al., 2010).

A preparação da técnica, dos seus constituintes, a manipulação do cateter e a vigilância das funções vitais e possíveis riscos associados foram intervenções por mim realizadas sob supervisão.

No contexto do estágio é subentendida a complexidade que a pessoa em situação crítica oferece e a necessidade de procura de conhecimento para uma prática baseada na evidência científica. Mas, para além desse desafio, surgiu um outro, através da relação estabelecida com os familiares das pessoas internadas, relacionado com a comunicação.

A comunicação, um conceito básico, mas essencial para nos interligarmos, pode ser uma barreira para os profissionais de saúde quando falamos em más notícias. A comunicação é primordial entre os profissionais de saúde dos cuidados intensivos e a família, bem como, a relação estabelecida entre ambos, sendo um fator importante para ditar a experiência na unidade de cuidados intensivos. Atualmente, o apoio do enfermeiro é imprescindível neste período de transição, fazendo contraste com o passado onde o enfermeiro desvalorizava a sua importância no apoio emocional (Wong et al., 2018; Adams et al., 2017).

A maioria das pessoas das unidades de cuidados intensivos não conseguem comunicar devido à sua condição de saúde sendo a família essencial nesta substituição de papéis. A comunicação de más notícias sobre a condição de saúde destes aos familiares é uma realidade frequente e incontornável. Assim, os enfermeiros assumem um papel excecional no cuidado holístico através da sua presença permanente e no estabelecimento de uma relação terapêutica, adquirindo um papel importante para a transmissão da má notícia aos familiares.

Neste processo de comunicação de más notícias, os enfermeiros deparam-se com limitações desafiantes que os transportam para um campo de dúvidas e medos inferidos pela necessidade de transmitir a má notícia aos familiares e do que poderá advir nesse processo de comunicação.

Face ao exposto emergiu a importância da temática, por forma a identificarem-se as limitações na comunicação de más notícias pelos enfermeiros aos familiares das pessoas internadas na unidade de cuidados intensivos, tendo sido realizada uma revisão da literatura e comunicação posterior à equipa das conclusões obtidas.

O meu estágio decorreu com o acompanhamento de uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica que assumia funções de enfermeira responsável de turno. O acompanhamento diário com a orientadora permitiu-me perceber como era realizada a gestão de recursos humanos e materiais. O conhecimento da estrutura física, armazenamento dos materiais e equipamentos clínicos, rácios por turno/pessoa, os cuidados exigidos pela pessoa diariamente, permitiram perceber como esta gestão era realizada. De salientar que os enfermeiros com o papel de responsável de turno, para além dessas funções, também tinham uma pessoa internada no serviço ao seu cuidado, o que torna a conjugalidade destas funções uma necessária capacidade de organização, liderança e conhecimentos, absorvidos pelo acompanhamento diário com a orientadora.

O enfermeiro especialista, face à crescente importância global que as IACS assumem pelos seus riscos para a saúde, deve ser um exemplo na sua prática diária quanto à prevenção das mesmas. Saber identificar focos possíveis de infeção e agir em conformidade é indispensável. O conhecimento atualizado sob medidas preventivas, deverá ser uma arma no combate à diminuição da incidência das IACS, devendo o enfermeiro ser líder de ação, implementação e de transmissão de conhecimentos. Pelo conceito de pessoas que as unidades de cuidados intensivos recebem, com falência orgânica, detêm dispositivos médicos para a manutenção e controlo de funções vitais – ventilação mecânica invasiva, cateteres venosos centrais e cateteres vesicais. A manutenção destes dispositivos na unidade era guiada pelas intervenções apresentadas nos feixes de intervenção elaborados pela Direção Geral de Saúde, (2022 a, b, c).

Resumidamente, o estágio na unidade de cuidados intensivos proporcionou momentos de aprendizagem e de reflexão que contribuíram para o desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro especialista. Este desenvolvimento de competências é fundamental para que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa

em situação crítica, consiga exercer a sua prática com fundamentação, mas também como figura de líder, assessoria e de investigação. Para além do cuidar, o enfermeiro especialista deverá reconhecer e ultrapassar as suas limitações, partindo pela busca do conhecimento atual.

Desta forma precedeu-se um caminho de desenvolvimento de competências, com início na unidade de cuidados intensivos, mas que foram essenciais para o contínuo desenvolvimento das mesmas nos 2 contextos de estágio seguintes, conseguindo enriquecer e cimentá-las com as experiências e oportunidades que se seguiram.

3. Caracterização dos Contextos de Estágio

O conhecimento dos contextos de estágio foram um ponto de partida importante para alcançar os objetivos previamente delineados, por forma a desenvolver as competências inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. A compreensão da dinâmica de trabalho, a integração na equipa multidisciplinar, o conhecimento de protocolos e do espaço físico foram assim relevantes neste processo. O estágio, inserido na unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, foi realizado em 2 contextos: serviço de urgência polivalente e UL-PPCIRA.

3.1. Serviço de Urgência Polivalente

Os serviços de urgência, pela sua funcionalidade são serviços abertos 24 horas por dia, todos os dias do ano, de acesso fácil a toda a população, estando o seu funcionamento intrinsecamente ligado aos conceitos de emergência e urgência (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015). Assim, a urgência é designada como todos os casos de agudização da condição de saúde, podendo ser ou não casos graves e onde poderá existir a possibilidade de falência orgânica. A emergência são situações onde ocorre igualmente agudização da condição de saúde, mas onde o risco iminente ou instalação de falência orgânica existe (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2019). Desta forma torna-se importante a caracterização destes conceitos por forma a entender a dinâmica de funcionamento de um serviço de urgência e atribuição de prioridades clínicas, segundo a Triagem de Manchester. Esta visa através de um discriminador e de um fluxograma determinar o risco clínico através da identificação de problemas atribuindo posteriormente uma prioridade representada através de uma cor (Grupo Português de Triagem, 2010).

Segundo o artigo 2.º do despacho nº 10319/2014 os serviços de urgência são uma rede estratificada em níveis tendo em conta os seus recursos e capacidade de resposta: serviço de urgência básico; serviço de urgência médico-

cirúrgico e serviço de urgência polivalente. Os serviços de urgência básicos são serviços de primeiro nível de acolhimento tendo uma atuação de resolução mais simples, correspondendo às situações mais comumente encontradas nos serviços de urgência, possuindo também os recursos mínimos necessários para o seu funcionamento. Os serviços de urgência médico-cirúrgicos são o segundo nível de acolhimento, dando suporte aos serviços de urgência básicos quando estes não têm os recursos necessários para a resolução da situação aguda de saúde. São serviços que dispõe, comparativamente com os serviços de urgência básicos, de mais recursos tendo como valências mínimas obrigatórias a Pediatria, Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, ImunoHemoterapia, Bloco Operatório, Imagiologia e Patologia Clínica. Têm ainda uma sala de emergência e equipa com formação especializada e uma Unidade de Cuidados Intermédios. Por fim, os serviços de urgência polivalentes são os serviços de urgência mais diferenciados tendo, para além dos recursos acima referidos dos serviços de urgência médico-cirúrgicos, capacidade de resposta pelas seguintes especialidades: Neurocirurgia, Imagiologia com Angiografia Digital e Ressonância Magnética, Patologia Clínica com Toxicologia, Cardiologia de Intervenção/Cateterismo Cardíaco/Angioplastia, Pneumologia (com endoscopia), Gastrenterologia (com endoscopia), Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Vasculare Medicina intensiva.

O estágio decorreu num serviço de urgência polivalente de um centro hospitalar da região norte do país. Pela sua centralização este hospital abrange uma área populacional para prestação de cuidados a cerca de 1.2 milhões de pessoas de dois distritos. Ainda segundo dados fornecidos de acesso público, este mesmo centro hospitalar no ano de 2022, teve mais de 202.000 pessoas atendidas no serviço de urgência.

O serviço de urgência acima referido é composto por uma equipa de profissionais de saúde, sendo 110 o número de enfermeiros. Diariamente os enfermeiros são distribuídos pelos postos de trabalho existentes no serviço de urgência, sendo 1 enfermeiro especialista o chefe de equipa, 2 enfermeiros alocados à triagem de adultos, 2 enfermeiros na emergência/ emergência interna, 3 enfermeiros na unidade de cuidados intermédios, 4 enfermeiros nas áreas de decisão clínica existindo a área 1 e 2, 2 enfermeiros no balcão área médica, 1 enfermeiro na triagem pediátrica e obstetrícia, 1 enfermeiro na área de decisão

clínica de pediatria, 1 enfermeiro na área de decisão clínica adolescentes, perfazendo assim um total de 22 enfermeiros por turno. Esta distribuição de elementos de enfermagem pelos seus postos de trabalho segue o Regulamento n.º 743/2019, relativo às Normas para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, onde este cálculo é feito tendo por base o conhecimento do fluxo de procura pela população ao longo do dia, semana e mês do respetivo serviço de urgência. Este cálculo envolve ainda variáveis como o número de atendimentos por ano, horas de cuidados necessários associados às atividades e período normal de trabalho por enfermeiros/ano.

3.2. UL-PPCIRA

A UL-PPCIRA, em contexto hospitalar, surge como um membro da PPCIRA nacional, cujo início teve na fusão de 2 programas previamente existentes, como promulgado no Despacho n.º 15423/2013.

Pela elevada taxa de IACS, de prescrição de antimicrobianos de forma incorreta e do aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM), surgiu então a necessidade da criação deste programa de saúde prioritário cujo objetivo é a redução da taxa de IACS, redução da taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos e apoio na prescrição do antimicrobiano.

A UL-PPCIRA para o cumprimento dos seus objetivos deverá intervir através de atividades educativas, comportamentais e de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. São assim algumas das atividades principais da UL-PPCIRA: vigilância epidemiológica das IACS, RAM e consumo adequado de antimicrobianos; promulgação das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e das Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão, adesão e cumprimento; promulgação e implementação dos feixes de intervenção; promulgação e desenvolvimento do Programa de Apoio à Prescrição Antimicrobiana; entre outras como descrito no Despacho n.º 10901/2022.

O meu estágio na UL-PPCIRA, foi realizado num centro hospitalar da região norte do país, sendo a equipa constituída por 1 enfermeiro gestor especialista em enfermagem médico-cirúrgica e 3 enfermeiros em dedicação total de horário e 1 enfermeiro em tempo parcial, indo assim de encontro ao Regulamento n.º 743/2019. A equipa é ainda composta por 1 engenheiro biomédico e 1 médico especialista em Infeciologia com funções de direção da unidade. De ressaltar que,

pelo Despacho n.º 10901/2022, as UL-PPCIRA hospitalares atualmente poderão ser designadas de unidades ou serviços, possibilitando a existência de diretor médico e de enfermeiro gestor ou com funções de gestão.

A UL-PPCIRA para além dos seus elementos nucleares, eram representativas nos vários serviços do hospital por elos de ligação de várias classes profissionais: enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico, fisioterapeutas e auxiliares de ação médica.

Em ambos os contextos de estágio, foi possível aferir o tipo de gestão aplicada pelos enfermeiros gestores dos serviços, que seguem uma liderança situacional. Este modelo de liderança teve origem nos anos 80 por Hersey e Blanchard e preconiza a adaptação às necessidades individuais e ambientais, tendo o líder de adaptar os vários estilos de liderança adequados às diferentes situações encontradas, visando o objetivo da melhoria contínua da qualidade e a segurança na prestação de cuidados à pessoa (Nonailhada & Martin, 2022; Quaglio et al., 2015).

A gestão e liderança assumem assim importância na obtenção de uma equipa com bom desempenho, eficaz e eficiente através, por exemplo, da motivação e da inspiração e na implementação de uma boa comunicação, que se irá traduzir igualmente na melhoria dos serviços e cuidados prestados e consequentemente na segurança e satisfação da pessoa (Brazão, 2016).

4. Desenvolvimento do Cuidado Especializado e Holístico

Por forma a concretizar-se o desenvolvimento de conhecimentos teóricos e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, foram delineados previamente ao estágio objetivos específicos e atividades para a sua concretização nos contextos de serviço de urgência polivalente e UL-PPCIRA. O presente capítulo encontra-se estruturado segundo as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, apresentadas no Regulamento n.º 429/2018, estando igualmente espelhadas na exposição crítico-reflexiva.

4.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

O desenvolvimento social, económico, tecnológico e científico permitiu a resolução de problemas de saúde, que sem estas conquistas não seriam possíveis. Estes desenvolvimentos permitiram igualmente o acesso fácil e permanente ao sistema nacional de saúde, tendo ainda como vantagem à população a sua gratuitidade, tendencialmente, segundo descrito na Lei de Bases de Saúde (Lei n.º 95/2019). Assim fez-se gerar um impacto importante na esperança média de vida.

Segundo dados da Pordata, (2023), no ano de 2021, Portugal estimava uma população de mais de 10.300.000 de habitantes, sendo que a faixa etária que mais predomina em Portugal é a faixa dos 75 anos ou mais, com uma contagem de mais de 1.700.000 pessoas. Desta forma podemos afirmar o predomínio de uma população mais envelhecida e consequentemente com maiores comorbilidades e doenças crónicas, mais ou menos complexas, que resultam naturalmente da evolução global (Sousa, 2009). De referir que mais de 4 em cada 10 adultos sofrem de uma doença crónica (Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, 2021).

Segundo dados apresentados pelo Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, (2021), em 2018 o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e as doenças cardíacas isquémicas eram a principal causa de morte em Portugal, ainda que com uma redução da mortalidade por estas causas. Os comportamentos humanos e fatores ambientais têm um forte e importante impacto na mortalidade, tais como: tabagismo, riscos alimentares, consumo de álcool, diminuição da prática de exercício físico e poluição atmosférica (Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, 2021).

As crescentes complexidades das situações de saúde potenciam a contínua procura do conhecimento técnico e científico mais atual evidenciando-se desta forma a necessidade de maior formação, preferencialmente especializada, obtendo-se assim maiores ganhos em saúde para as pessoas, para as instituições e para os profissionais de saúde. O mesmo é salientado por Lopes et al. (2018), onde é referido os benefícios da especialização em saúde como ganhos de eficiência e efetividade e a prestação de cuidados de saúde com qualidade.

Desta forma a necessidade do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica é emergente e necessária nos serviços de urgência. A pessoa em situação crítica que chega aos serviços de urgência poderá incorrer na imediata falência orgânica. Assim, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica deverá atuar antecipadamente, mostrando capacidades de liderança e de tomada de decisão e atuação, antecipando complicações e prestando cuidados de saúde direcionados, especializados e fundamentados.

Por conseguinte foram estabelecidos previamente ao estágio no serviço de urgência polivalente os seguintes objetivos por forma a desenvolver as competências inerentes ao enfermeiro especialista: Prestar cuidados à pessoa em situação crítica e em risco de falência multiorgânica; Desenvolver conhecimentos e habilidades por forma a garantir a melhoria contínua da qualidade durante o estágio no serviço de urgência; Identificar o circuito da pessoa em situação crítica desde o momento da sua admissão no serviço de urgência ao momento de alta; Desenvolver competências de gestão, atuação e decisão clínica em situações de emergência, exceção e catástrofe no serviço de urgência e Desenvolver competências avançadas sobre prevenção, intervenção e controlo de infeção hospitalar.

O percurso da pessoa que chega ao serviço de urgência tem assim início na triagem. A triagem de Manchester permite uma avaliação sistemática, onde são reunidos dados clínicos da pessoa que se irão traduzir numa prioridade através de cores: vermelho – emergente, laranja – muito urgente, amarelo – urgente, verde – pouco urgente e azul – não urgente. Ainda que não seja expectável a necessidade permanente de um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na realização da triagem, é de salientar a sua importância na deteção de situações emergentes e a distinção do emergente do urgente, através do seu conhecimento sedimentado, fundamentado e pela sua sensibilidade e intuição desenvolvidos (Ganley & Gloster, 2011; Grupo Português de Triagem, 2011).

Igualmente importante e necessária é a presença do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, pela sua panóplia de competências de atuação à pessoa em situação crítica, na sala de emergência e emergência interna, segundo o Parecer n.º 14/2018, Ordem dos Enfermeiros, (2018).

A ativação da sala de emergência segue um conjunto de condições, que podem ser desde vias verde coronária, AVC, trauma ou sépsis a situações de estabelecida falência orgânica. Pelo meu percurso de estágio foi-me possível variadas vezes o contacto com a pessoa em situação crítica na sala de emergência e emergência interna. Exemplos de ativação e atuação: paragens cardiorrespiratórias, politrauma, reações anafiláticas, hemorragias digestivas altas com sinais de instabilidade hemodinâmica, edema agudo do pulmão, vias verde coronárias com sinais de instabilidade hemodinâmica e respetivo acompanhamento ao serviço de hemodinâmica para realização de cateterismo coronário, vias verde AVC onde foram administrados protocolos de trombólise e acompanhamento para realização de trombectomia, embolia pulmonar com sinais de instabilidade hemodinâmica, entre outros.

Assim, e perante este contacto com todas estas ameaças à vida, a procura do conhecimento mais atual e fundamentado para atuar prontamente e efetivamente foi uma constante. Igualmente importante foram os momentos de partilha e de reflexão, após contacto com a pessoa em situação emergente, com orientador e enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica por forma a salientarmos o que correu bem e o que podia ter corrido melhor, sedimentação de conhecimentos e refletir sobre aspetos que anteriormente não se faziam sentir de relevância, podendo assim ter desenvolvido o meu conhecimento empírico.

De todas as experiências por mim passadas no serviço de urgência, salientam-se algumas situações de paragem cardiorrespiratória, que embora o desfecho não tenha sido o melhor na sua maioria, se salienta a prestação e a qualidade do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Salienta-se logo de início o papel do enfermeiro especialista como líder, demonstrando capacidades como conhecimento sobre modo de atuação e as causas possíveis da paragem cardiorrespiratória, a antecipação das necessidades, o estabelecimento de uma comunicação eficiente, a delegação de tarefas, a racionalidade e eficiência na sua prestação e a comunicação eficaz. O enfermeiro generalista, que pela sua perícia demonstra competências, mas que se fazem notar de algumas limitações como assumir uma postura de líder, a previsão de necessidades, o estabelecimento de prioridades e até de causas potenciadoras, desmarca-se assim do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. E aqui se destaca novamente o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, que segundo o Regulamento n.º 429/2018, p. 19363, deverá “demonstrar conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma”.

De salientar que a paragem cardiorrespiratória habitualmente não é súbita, em contexto de serviço de urgência, dando sinais e sintomas de alerta pelos quais devemos estar atentos como insuficiência cardíaca, respiratória e deterioração neurológica. O prolongamento de sinais de instabilidade que não são corrigidos adequadamente ou não são reconhecidos, são potenciais causas da paragem cardiorrespiratória. São causas potencialmente reversíveis de uma paragem cardiorrespiratória: hipoxia, hipovolemia, hiper/hipocaliemia/alterações metabólicas, hipotermia, pneumotórax hipertensivo, tamponamento cardíaco, tóxicos / iatrogenia medicamentosa e trombose cardíaca ou pulmonar (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020). Diferencia-se assim o enfermeiro especialista do enfermeiro generalista, pela sua sensibilidade clínica e conhecimento atual e fundamentado, que o alerta para sinais que se vão traduzir numa resposta de cuidados adequados e antecipados por forma a minimizar possíveis consequências que levem a falência orgânica, como é descrito segundo o Regulamento n.º 429/2018, p. 19363, “Identifica prontamente focos de instabilidade” e “Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade”.

Igualmente importante é o reconhecimento precoce de sinais identificativos para ativação das vias verde coronária, AVC, trauma e sépsis. Sabe-se que o circuito das vias verde é estruturado segundo uma cadeia de cuidados metódicos, que devem ser aplicados o mais precocemente possível para a redução da mortalidade e morbidade (Grupo Português de Triage, 2011). O local de estágio frequentado por mim, das vias verde acima descritas, apenas não tem a via verde trauma. Embora formalmente a via verde trauma não exista, a pessoa vítima de politrauma que era admitida na sala de emergência pelo risco de instalação de disfunção orgânica e pela alta cinética acometida, era observada pelas várias especialidades médicas necessárias – cirurgia geral, ortopedia, neurocirurgia, entre outras. Assim a pessoa recebia os cuidados necessários, deixando as questões formais para a criação de via verde trauma serem o impeditivo provisório da criação da mesma. A via verde sépsis embora exista não teve contacto formal com pessoa com a mesma via ativada.

As ativações das vias verde, existentes no serviço de urgência, deverão seguir os seguintes critérios: **Via Verde AVC** - desvio da comissura labial, dificuldade em falar e défice de força num membro (Direção-Geral da Saúde, 2017b); **Via Verde Coronária** - dor no peito de início súbito, com ou sem irradiação para a mandíbula, membro superior esquerdo ou costas, hipersudorese e náuseas e/ou vômitos, perda de consciência e confusão (Shahmohamadi et al., 2023; Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020); **Via Verde Sépsis** – presença de um destes critérios (alteração de temperatura e cefaleias ou confusão/diminuição aguda do nível de consciência ou dispneia ou tosse ou dor abdominal ou icterícia ou disúria/polaquiúria ou dor lombar ou sinais inflamatórios cutâneos extensos) associado a um critério de inflamação sistémica (confusão/alteração do estado de consciência, frequência cardíaca >90 bpm com aumento do tempo de preenchimento capilar, frequência respiratória >22cpm) (Direção-Geral da Saúde, 2016).

A avaliação primária da pessoa em situação crítica, abordagem **A**-Via aérea **B**- Ventilação **C**-Circulação **D**- Disfunção Neurológica e **E**- Exposição (**ABCDE**), é realizada à pessoa em situação crítica independentemente da causa ameaçadora à vida (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020). Segundo Robertson & Al-Haddad, (2013), esta avaliação sistemática permite identificar causas prioritárias de risco de vida e estabelece uma abordagem estandardizada pelos profissionais

de saúde. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica deverá conhecer e aplicar esta metodologia por forma a identificar potenciais causas ameaçadoras e intervir sobre elas.

Após estabilização da pessoa em situação crítica é realizada a avaliação secundária, que poderá levar à deteção de possíveis causas ameaçadoras. A sua realização segue a metodologia **SAMPLE**, **S**- Sinais e sintomas, **A**- Alergias, **M**- Medicação habitual, **P**- Antecedentes Patológicos, **L**- *Last*/Última refeição, **E**- Eventos (American Heart Association, 2021).

A complexidade e multiplicidade de problemas com que a pessoa em situação crítica que chega ao serviço de urgência se pode encontrar, pode levar a diferentes finais - à recuperação parcial ou total ou mesmo à morte. Assim, a família deverá estar preparada para receber más notícias, que podem ser sobre um diagnóstico que limita a vida, interrupção de tratamentos ou aceleração da progressão da doença. Para preparar este caminho, os enfermeiros têm um papel importante pois são eles que encontramos à cabeceira da pessoa e que proveem as necessidades holísticas (Adams et al., 2017 & Proença et al., 2017). Estas famílias, cuja má notícia poderá trazer situações de stress extremo, precisam do enfermeiro que lhe transmita suporte emocional, esperança e comunicação efetiva (Almansour & Razeq, 2021). Assim a comunicação, uma ferramenta insubstituível e importante na relação com o outro, pode ser definida como uma “prática social que advém da interação entre seres humanos, expressa por meio da fala (aspeto verbal), escrita, comportamentos gestuais, distância entre os participantes, toque (aspetos não verbais)” (Coriolano-Marinus et al., 2014, p. 1357), devendo ser utilizada pelos profissionais de saúde para ajudar no período de transição de doença à pessoa e à família. Uma comunicação efetiva produz vantagens para a pessoa e a família, como a construção de uma relação terapêutica fundamentada na confiança, satisfação e melhores resultados (Emaliyawati et al., 2020).

Igualmente importante, e por vezes muito esquecida nos serviços de urgência, é a privacidade. Pela sua tipologia e afluência os serviços de urgência tornam-se sítios abrangentes de um grande número de pessoas onde por vezes manter a privacidade é difícil.

A privacidade, como direito humano fundamental, é muitas vezes negligenciada pela atividade rotineira e pela importância prioritária dada à prestação direta de cuidados. Os serviços de urgência, pelas suas características

físicas, são serviços cuja manutenção de privacidade já se torna difícil, e se associarmos a esta dificuldade intransponível a sobrelotação, facilmente se quebra a privacidade da pessoa através da colocação das mesmas no corredor, tornando-se difícil a proteção do corpo e das conversas terapêuticas através da escassez e pouco eficazes barreiras de proteção (ex. cortinas, biombos).

Vejamos o exemplo do uso de cortinas no serviço de urgência, que na minha perspectiva é uma dualidade, como é igualmente ressaltado por Hartigan et al., (2018) – as mesmas protegem a imagem corporal da pessoa quando da realização de alguma intervenção ou até reúne um ambiente mais privado para conversa clínica, mas por ser uma cortina não é impeditivo de se ouvir o que se passa no serviço, mesmo quando não o querem, e assim surge uma brecha na privacidade das pessoas. Também o fazemos quando expomos os nomes de forma escrita e verbal ou quando as passagens de turno são realizadas à cabeceira da pessoa. E estes são pequenos exemplos de como se quebra a privacidade diariamente e quando devemos claramente, segundo o Código Deontológico, (2013), Artigo 107.º - Do respeito pela intimidade, alínea b) “Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa”.

Esta quebra na privacidade obviamente trará consequências para o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança entre a pessoa e profissional de saúde assim como na sua satisfação (Soares & Dall’Agnol, 2011).

O profissional de saúde que encontramos nos serviços de urgência e que pela sua condição de trabalho tem maior contacto com as pessoas são os enfermeiros, acrescentando que os enfermeiros têm na sua prestação de cuidados uma perspectiva holística, focando-se assim a privacidade como uma parte inerente e de extrema importância na assistência à mesma. Este enfoque é ressaltado pelo Código Deontológico dos Enfermeiros, (2013), Artigo 107.º, alínea b), o dever de proteger sempre a intimidade e a privacidade das pessoas no exercício da sua profissão.

A afluência elevada e diária aos serviços de urgência pela população resulta num aumento de carga de trabalho e consequentemente num ambiente de stress pelo tempo limitado no atendimento assim como na gestão de prioridades. Desta forma por vezes negligencia-se um dos direitos mais básicos e fundamentais das pessoas, a privacidade (Anguita et al., 2019; Soares & Dall’Agnol, 2011).

Surgiu assim a necessidade de realizar uma revisão integrativa da literatura acerca da temática privacidade, mais concretamente sobre a percepção de privacidade da pessoa no serviço de urgência, uma temática percecionada por mim como importante após identificação de momentos de deficitária privacidade no local de estágio, mas igualmente na minha vida profissional, visto trabalhar igualmente num serviço de urgência (Apêndice I).

As variadas e múltiplas oportunidades de encontro e de cuidados à pessoa em situação crítica foram potenciadoras de desenvolvimento pessoal e profissional. As competências inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, estiveram na base do cuidado holístico à pessoa, exercendo igualmente cuidados fundamentados e diferenciados. O reconhecimento do impacto na saúde destes cuidados diferenciados e especializados foi uma realidade, procurando assim fundamentar com o conhecimento mais atual a minha prática clínica.

Igualmente importante foi o reconhecimento das minhas dificuldades nesta abordagem da pessoa em situação crítica. As dificuldades prenderam-se no impacto que um bom líder tem na sua equipa e numa boa performance em contexto de emergência. Identifico assim estas como as minhas maiores limitações, mas que com o contacto diário de desafios expostos pela pessoa em situação crítica, me permitiu a construção de um caminho positivo e potenciador para o desenvolvimento destas competências.

O cuidar da pessoa em situação crítica em todas as suas esferas, desde os cuidados de enfermagem inerentes à sua recuperação e manutenção da vida, a prevenção de complicações, o cuidado humanizado e o envolvimento terapêutico com a família permitiram-me desenvolver as competências necessárias ao enfermeiro especialista.

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

As IACS e o RAM são problemáticas atuais com um índice crescente a nível mundial. As IACS são infeções que decorrem de uma intervenção médica ou de qualquer ato associado à prestação de cuidados de saúde, seja com finalidade

terapêutica, diagnóstica ou profilática, não sendo considerada IACS se estiver, aquando da admissão da pessoa, com infeção ativa ou em período de incubação (Silva, 2013; Lito, 2010). A sua denominação foi-se mutando no tempo, sendo inicialmente denominada por Infeção Hospitalar e posteriormente por Infeção Nosocomial. A designação Infeção Hospitalar deveu-se por esta preocupação ser dirigida principalmente ao contexto hospitalar, tendo evoluído para Infeção Nosocomial, que tem origem na palavra em latim “*nosocomium*”, ou seja, hospital, focando-se assim novamente esta problemática nos hospitais.

Em Portugal alterou-se a designação de Infeção Nosocomial para Infeção Relacionada com os Cuidados de Saúde, sendo atualmente Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Durante um longo período foi utilizada a designação Infeção Nosocomial, tendo evoluído para IACS com a necessidade de serem definidas nos vários níveis de prestação de cuidados como: cuidados de saúde primários, hospitais, cuidados domiciliários, instituições privadas e lares de idosos (Silva, 2013).

Com forte impacto económico, as IACS também afetam a qualidade dos serviços prestados pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde assim como elevam o risco de segurança das pessoas, espelhada em mortalidade e morbilidade e em maiores períodos de internamento. Desta forma as medidas de prevenção e controlo de infeção emergem-se em programas de qualidade e de segurança das pessoas, tal como descrito no Pilar 5: Práticas Seguras em Ambientes Seguros do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 descrito no Despacho n.º 9390/2021, importantes para a acreditação e certificação dos hospitais e sendo um indicador de qualidade de cuidados (Silva, 2013; Direção-Geral da Saúde, 2017a).

A problemática das IACS, embora uma preocupação séria atual pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde, é desde há muitos anos identificada e estudada. Remontamos por exemplo a passagens da Bíblia onde estão descritas medidas de controlo de infeção e de saúde pública, como o isolamento de pessoas com lepra e gonorreia, cuidados com a higiene pessoal e com a alimentação e o acondicionamento de resíduos (Lito, 2010).

Marcos igualmente importantes na história das IACS foram a descoberta dos microrganismos através da construção do primeiro microscópio por Leewenhoek

em 1667 assim como o estudo epidemiológico realizado por Ignaz Semmelweis em 1846, após detecção de uma elevada taxa de mortalidade materna (13% a 18%) causada por uma “febre pós-parto” numa enfermaria onde trabalhavam médicos e estudantes de medicina em contraste, com uma enfermaria onde trabalhavam parteiras cuja taxa de mortalidade materna era consideravelmente inferior (2%). Descobriu assim, que os médicos e estudantes de medicina não realizavam a higienização das mãos antes de procedimentos médicos, tendo ressaltado a necessidade da higiene das mãos antes do parto com hipoclorito de sódio, reduzindo a mortalidade materna para 2% (Lito, 2010; Best & Neuhauser, 2004). De salientar também o estabelecimento da relação da infecção e microrganismos por Louis Pasteur e Robert Kock em 1861 e 1884, respetivamente (Lito, 2010).

Igualmente importante, Florence Nightingale, demonstrou medidas de controlo ambiental eficazes no combate às IACS. Em 1854 com o início da Guerra da Crimeia (1854-1856), denotou-se que a alta mortalidade causada pela guerra se deveu também pela elevada incidência de doenças infetocontagiosas, para além das mortes causadas pelo conflito direto. A falta de organização dos hospitais de campanha e as deficientes condições sanitárias, contribuíram para a maior proliferação destas infeções. Assim Florence Nightingale teve um papel excepcional no controlo destas infeções através de uma liderança e gestão eficientes, criando medidas de controlo ambiental eficazes: a criação de uma lavandaria nos hospitais proporcionando roupas limpas aos militares feridos, assim como, as roupas das camas; cuidados com a alimentação e higienização das enfermarias entre outras. Foi ainda presença contínua na vigilância e no cuidado próximo aos militares, conseguindo com as suas intervenções e cuidados uma diminuição substancial na taxa de mortalidade dos militares, que inicialmente era de 42.7% tendo diminuído para 2.2% (Frello & Carraro, 2013; Lopes & Santos, 2010).

A história demonstra assim a preocupação com as IACS, e que com medidas de controlo às mesmas, podem ser evitadas.

A alta incidência das IACS traz concomitantemente a utilização de antimicrobianos, muitas vezes utilizados e prescritos de forma indevida. O RAM é um fator preocupante para a segurança das pessoas, inviabilizando a qualidade dos cuidados, tornando-se assim uma problemática de saúde pública (Direção-Geral da Saúde, 2017a). O RAM é influenciado não só pela má utilização e prescrição do antimicrobiano, mas também pelo seu uso indevido e excessivo nos

setores da agricultura, setor animal e, pela prática indevida ou insuficiente da higienização das instituições prestadoras de cuidados de saúde (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2016).

A descoberta dos antimicrobianos no séc. XX foi um marco inquestionavelmente importante para a sobrevivência e desenvolvimento da população, mas a sua utilização nos variados setores (saúde, agricultura e animais) demonstraram que o antimicrobiano é importante e igualmente perigoso quando indevidamente utilizado (Greenwood, 2008).

A utilização de antimicrobianos na eliminação de estirpes de bactérias mais suscetíveis de forma frequentemente inapropriada causou a natural seleção de bactérias mais resistentes. Um dos mecanismos biológicos que as bactérias possuem é a passagem destas resistências a bactérias mais suscetíveis, tornando as mesmas mais resistentes. Desta forma aumentam as taxas de MMR a antimicrobianos, que se traduz na probabilidade de uma infeção ser causada por um microrganismo resistente à classe de antibióticos comumente utilizados, sendo necessária a utilização de um antimicrobiano de largo espectro para o combate à infeção, traduzindo-se em maior probabilidade de se gerarem novas resistências (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

Em 2004 a Organização Mundial de Saúde definiu como uma prioridade global a qualidade dos cuidados de saúde e a segurança da pessoa, definindo 2 *Global Patient Safety Challenges: Clean Care is Safer Care* – onde foram estabelecidas estratégias para o combate às IACS, como práticas seguras nas transfusões sanguíneas, higienização das mãos, higiene ambiental e de equipamentos clínicos (Pittet et al., 2006) e *Safe Surgery Saves Lives* – iniciativa que consistiu na criação de uma *checklist* de cirurgia segura, com o intuito de diminuir os erros e aumentar o trabalho em equipa e a comunicação em cirurgia (World Health Organization, 2007). Em 2017 acrescenta o terceiro desafio, *Medication Without Harm* – estabelecimento de estratégias por forma a diminuir a frequência e o impacto dos erros relativos a medicação (World Health Organization, 2017). Os 3 desafios abordam áreas de atuação na segurança da pessoa, sendo importantes na prevenção e controlo de infeção.

Desta forma, e por Portugal apresentar uma elevada taxa de IACS, de prescrição de antimicrobianos de forma incorreta e de aumento da RAM, surge o PPCIRA.

O PPCIRA, que teve o seu início em 1996 com a denominação de Comissões de Controlo de Infeção, foi-se desenvolvendo no tempo tanto em objetivos e metas como em nome, tendo-se estabelecido em 2013 (Silva, 2013), propondo assim algumas atividades principais, como descrito no Despacho n.º 10901/2022: vigilância epidemiológica das IACS, RAM e consumo adequado de antimicrobianos; promulgação das PBCI e das Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão, adesão e cumprimento; promulgação e implementação dos feixes de intervenção; promulgação e desenvolvimento do Programa de Apoio à Prescrição Antimicrobiana; entre outras.

Com o objetivo de combater as IACS, a Fundação *Calouste Gulbennkian* lançou um desafio juntamente com o Ministério da Saúde, o Serviço Nacional de Saúde e o *Institute for Healthcare Improvement*, o programa STOP Infeção Hospitalar. Atualmente na edição 2.0, o seu objetivo centra-se na melhoria contínua cuja meta estabelecida consiste na redução em 50% das infeções hospitalares até 2025, nomeadamente: Infeções do trato urinário associadas ao cateter vesical; Infeções da corrente sanguínea associadas ao cateter venoso central; Pneumonia associada à intubação nas unidades de medicina intensiva e Infeção do local cirúrgico (Fundação Calouste Gulbennkian, 2014; Direção-Geral da Saúde, 2017a). Estes objetivos traduzem-se nos 4 feixes de intervenção elaborados pela Direção-Geral da Saúde (2022a, b, c, d.): Prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical, Prevenção da pneumonia associada à intubação, Prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central e Prevenção da infeção do local cirúrgico.

Desta forma a PPCIRA e os seus membros, surgem com um papel de extrema importância na abordagem multimodal para a prevenção e controlo de IACS através da aplicabilidade dos diferentes programas, mas também pelo envolvimento dos profissionais de saúde em programas de formação e de sensibilização, promulgação de boas práticas, utilização de indicadores de desempenho, entre outros.

Assim, e face ao exposto, de uma forma transversal a PPCIRA é uma unidade que promulga a correta conduta na prestação de cuidados de saúde, promulgando, vigiando, formando e informando os profissionais de saúde em matérias de prevenção e controlo de infeção.

Por ser difícil quantificar o trabalho realizado por estas unidades, o meu estágio na UL-PPCIRA foi-me demonstrando a importância e relevância que as mesmas têm na qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados às pessoas, pelos profissionais de saúde.

Através do estabelecimento prévio dos meus objetivos de estágio foi-me permitida a concretização de várias e diversas atividades, por forma, a cumprir os mesmos. Assim foram estabelecidos por mim 3 objetivos: Desenvolver competências avançadas sobre prevenção, intervenção e controlo de infeção hospitalar; Participar no desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção e Desenvolver conhecimentos e habilidades por forma a garantir a melhoria contínua da qualidade durante o estágio na UL-PPCIRA.

Inicialmente e, por forma a entender a dinâmica de trabalho da UL-PPCIRA, consultei protocolos de carácter preventivo e de controlo de infeção hospitalar, disponíveis num manual por eles elaborado. Metaforicamente um mapa orientador, este manual ilustra as políticas instituídas de prevenção e controlo de infeção da instituição. A consulta de documentos institucionais e do plano de atividades e a participação em momentos de formação realizados pela UL-PPCIRA, foram importantes para o planeamento das minhas atividades por forma a concretizarem-se os objetivos por mim delineados.

Uma das atividades por mim realizadas diariamente foi a vigilância epidemiológica de MMR e de agentes patogénicos detetados em amostras biológicas de pessoas. Esta vigilância era realizada através do programa informático HEPIC: Sistema de informação para monitorização dos processos de vigilância e controlo epidemiológicos de IACS. O programa HEPIC permite o lançamento de alertas de MMR e de agentes patogénicos (ex.: *Enterobacterales* produtores de carbapenemases e *Mycobacterium tuberculosis*); interligação com o sistema informático clínico utilizado pela instituição hospitalar; consultar histórico de rastreios de microrganismos patogénicos e multirresistentes; traçar um *timeline* da pessoa e serviço, por exemplo, na identificação de contactos da pessoa com MMR com outras, onde, quando e tempo de contacto; consultar antibiogramas e resultados microbiológicos; avaliar a prescrição de antimicrobianos, entre outros (First Global, 2022).

O sistema HEPIC informa assim sobre alertas de vigilância epidemiológica, ou seja, identifica MMR e agentes patogénicos através do resultado de amostras

biológicas da pessoa que carecem de medidas de isolamento. A vigilância epidemiológica consiste na monitorização de doenças, deteção e investigação de microrganismos potenciadores de surto e atuar de acordo (Direção-Geral da Saúde, 2017a). O alerta emitido é então visível no processo clínico da pessoa de forma permanente. Inicialmente o alerta surge no processo clínico de forma que o enfermeiro tenha de o validar para conseguir aceder ao restante processo clínico e posteriormente o alerta fica sempre ativo e visível.

Após identificação e lançamento do alerta, era realizada um retrato das pessoas internadas no hospital nos vários serviços por forma a conseguir identificar onde se encontravam as pessoas com alerta de MMR ou de agentes patogénicos e identificar a necessidade de intervenção por forma a realizar-se a correta coorte das mesmas. A coorte de pessoas consiste na alocação das mesmas numa enfermaria com o mesmo microrganismo (Direção-Geral da Saúde, 2017c). Desta forma consegui ter momentos de carácter interventivo por forma a conseguir uma correta coorte por MMR e reforçar ensinamentos sobre cuidados de acordo com a via de transmissão.

No sentido de continuar a minha intervenção na prevenção e controlo de infeções hospitalares, foi proposta por mim uma colaboração na participação nas sessões de formação, tendo a oportunidade de colaborar em formações acerca de PBCI que incluía bancadas práticas sobre: higiene ambiental, equipamentos de proteção individual, precauções baseadas nas vias de transmissão e higiene das mãos.

O programa de PBCI, teve início em 2014, e consiste em 10 precauções básicas, com o objetivo de minimizar o risco de infeção e de transmissão cruzada: Colocação/isolamento das pessoas; Higienização das mãos; Etiqueta respiratória; Utilização de equipamentos de proteção individual; Descontaminação de materiais e equipamentos; Controlo ambiental; Manuseamento seguro da roupa; Gestão do circuito dos resíduos; Práticas de Injetáveis e Exposição de risco/trabalho (Direção Geral de Saúde, 2012).

A colaboração nas sessões de formação acima descritas, permitiu-me intervir em todas as bancadas práticas sendo que na bancada da higiene ambiental, juntamente com a colaboração do engenheiro biomédico, abordei temáticas como a correta desinfeção dos equipamentos clínicos e do ambiente hospitalar e a importância da higiene ambiental na repercussão das resistências dos

microrganismos. A higiene ambiental é de extrema importância pelo caráter preventivo e de controlo na transmissão de microrganismos. Uma deficiente higiene ambiental e dos equipamentos clínicos pode ter futuramente repercussão na saúde da pessoa, visto que os microrganismos, dependendo da sua origem, podem sobreviver nas superfícies durante vários meses, traduzindo-se assim numa contínua transmissão de microrganismos, não só para as pessoas, mas também para os profissionais de saúde, elevando-se, portanto, a importância de uma correta higiene ambiental (Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

Na bancada de equipamentos de proteção individual informei, expliquei, demonstrei e supervisionei os formandos sobre a sua correta utilização, colocação e remoção. Os equipamentos de proteção individual surgem como uma barreira na quebra de transmissão de microrganismos, evitando a transmissão do agente e oferecendo proteção ao profissional de saúde e pessoa (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Na bancada das precauções baseadas nas vias de transmissão, abordei quais os equipamentos de proteção individual a utilizar pelos profissionais de saúde, segundo as vias de transmissão de contacto, gotícula e via aérea. Foi ainda abordada a etiqueta respiratória, uma medida amplamente difundida desde a pandemia do coronavírus, mas essenciais para evitar a transmissão de microrganismos infecciosos por gotícula ou via aérea, que consiste num conjunto de medidas preventivas tais como o uso único de lenços para conter as secreções respiratórias, a higiene das mãos, a utilização de lenço ou braço aquando do espirro ou tosse, entre outras (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Por fim, na bancada da higiene das mãos transmiti, demonstrei e supervisionei os formandos sobre os 5 momentos da higiene das mãos, os passos na sua realização e os momentos de utilização de soluções antissépticas com base alcoólica ou de água e sabão (se visivelmente sujas ou contacto com pessoa com infeção gastrointestinal, por exemplo, infeção por *Clostridioides difficile*).

Segundo a Norma nº 007/2019, da Direção-Geral da Saúde, (2019), a higienização das mãos, uma das PBCI, é das medidas mais fáceis, simples e eficazes na redução das IACS, sendo consensual que uma das principais vias de transmissão de microrganismos é o contacto com a pessoa, e o veículo de transmissão mais comum são as mãos dos profissionais de saúde. A campanha da higiene das mãos teve início em 2008, por forma a aderir a uma das estratégias

definidas pela Organização Mundial da Saúde, e ressalta-se a sua importância, uma vez que as mãos dos profissionais de saúde, durante a prestação de cuidados, são colonizadas com microrganismos, sendo alguns patogénicos, e sem o cumprimento da higiene das mãos, quanto maior for o tempo de prestação de cuidados maior será a contaminação das mãos. Desta forma a não higienização das mãos, ou a sua incorreta realização, são comportamentos que permitem a transmissão cruzada de microrganismos.

De uma forma geral, estas sessões de formação com bancadas práticas abordaram transversalmente as PBCI, tendo-se reforçado a necessidade do seu correto cumprimento pelo risco imposto na saúde das pessoas e profissionais de saúde. O enfermeiro especialista surge assim como uma figura de liderança e exemplo, reconhecendo e intervencionando nos comportamentos de risco e assumindo assim um papel de responsabilidade na proteção coletiva da saúde. A atuação na disfunção orgânica da pessoa em situação crítica é essencial, mas o descuido ou a desvalorização das medidas mais básicas de prevenção e controlo de infeção, podem traduzir-se num risco de IACS, podendo estas ser causadas por MMR.

Consta-se atualmente índices elevados de infeção por MMR, sendo alguns exemplos: *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina; *Staphylococcus aureus* resistente à vancomicina; *Enterococcus* resistente à vancomicina; *Acinetobacter baumannii* multirresistente e *Enterobacteriaceas* Resistentes aos Carbapenemes.

Dos MMR acima descritos, em Portugal, encontramos ainda taxas elevadas de alguns MMR como as *Enterobacteriaceas* Resistentes aos Carbapenemes, nomeadamente a *Klebsiella Pneumoniae*, que têm tido índice crescente, sendo este aumento de 2% para 11.6% nos últimos 6 anos, e ainda o *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, que ainda que com índice decrescente em Portugal, representam ainda 29.7%, um valor superior à média da União Europeia (16.7%) (Direção-Geral da Saúde, 2021).

Assim a exposição da pessoa a estes microrganismos potência futuramente o surgimento de infeção, cujo tratamento antimicrobiano é limitado pela resistência que estes microrganismos oferecem, e conseqüentemente, surgem maiores morbidades, aumento dos tempos de internamento, aumento dos custos associados aos cuidados de saúde e elevada mortalidade.

Independentemente de a situação de saúde da pessoa ser crítica ou não, o enfermeiro especialista deverá ser exemplar nas medidas de prevenção e controlo de infeção, tendo sempre em memória a ameaça silenciosa que são os MMR aos antimicrobianos e a luta que eles oferecem para o seu extermínio.

A promulgação da informação de controlo e prevenção de infeção através de momentos formativos é importante, mas igualmente importante são também a realização de auditorias. Uma auditoria pode ser definida como uma ferramenta de gestão, que permite obter informação acerca de ações e/ou serviços dirigidos à população quanto à sua implementação e manutenção. As auditorias em saúde traduzem assim a qualidade dos serviços e dos cuidados que estão a ser prestados, proporcionando-se momentos de aprendizagem e de melhoria, por forma a obter os melhores ganhos (Feliciano et al., 2023; Gamarra, 2018). Desta forma, durante o meu período de estágio tive oportunidade na colaboração na realização de auditorias, nomeadamente em auditorias à higiene das mãos e auditoria à gestão de resíduos, uma auditoria colaborativa com elementos externos da empresa de resíduos em funções no hospital.

Relativamente às auditorias da higiene das mãos, pude realizar de forma autónoma a mesma, mas para tal tive previamente momentos de formação com a enfermeira orientadora sobre a realização da mesma, através do acesso ao manual para os observadores e exercícios simuladores de momentos de auditoria de higiene das mãos, através da visualização do vídeo *Training Film* disponíveis no *site* da Direção-Geral da Saúde, referente ao material de campanha da higiene das mãos. De referir que igualmente possível foi também a observação e colaboração previas na realização destas auditorias no serviço de urgência polivalente.

Os 5 momentos de higienização das mãos, segundo a Norma nº 007/2019 da Direção-Geral da Saúde (2019), são: antes do contacto com a pessoa; antes de um procedimento limpo/asséptico; após risco de exposição a fluídos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso; após o contacto com a pessoa e após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente da pessoa. E aqui falhamos tantas vezes de forma não intencional, tendo sido de extrema importância e interesse participar em momentos de auditoria à higiene das mãos, pois permitiu uma perspetiva externa sobre os momentos em que mais falhamos e, desta forma, refletir sobre os mesmos e as suas implicações para a saúde da pessoa e profissionais de saúde.

Pela importância que a higienização das mãos toma na prevenção das IACS e dos MMR, e após participar em colaboração em auditorias da higiene das mãos, foi por mim proposta a passagem da auditoria formato papel para formato digital (Apêndice II). A auditoria em formato papel é realizada segundo o documento disposto pela *World Health Organization* denominado “Formulário de Observação da Higiene das Mãos”, disponível no *site* Direção-Geral da Saúde, referente ao material de campanha da higiene das mãos.

Como já descrito, esta proposta de melhoria teve origem no serviço de urgência polivalente e a sua conclusão, e posterior teste, no decorrer do estágio na UL-PPCIRA. A auditoria em formato digital é passível de acesso através de um QR Code e a sua conceção teve origem na importância que a correta higiene das mãos tem nos cuidados de saúde, na deteção de barreiras que impeçam a correta adesão e de como esta se traduz na segurança da pessoa e na qualidade dos cuidados prestados e, ainda, sob uma perspetiva ambiental.

O seu desenvolvimento no serviço de urgência iniciou-se após ter assistido e colaborado em momentos de auditoria da higiene das mãos por forma, a compreender a disposição e o conteúdo da folha onde era realizada a mesma. Posteriormente ao seu desenvolvimento, e já no estágio da UL-PPCIRA, foi então testada a auditoria em formato digital em alguns serviços do hospital. Pude assim realizar auditorias da higiene das mãos, como também o fazer através da minha proposta de melhoria, em formato digital, acessível através de computador, telemóvel ou tablet.

O objetivo de uma auditoria, de forma transversal, é melhorar a qualidade dos serviços e promover a adesão aos padrões estabelecidos, através de uma avaliação sistemática e cíclica (Zehuri & Slob, 2018).

Na auditoria de gestão de resíduos em parceria com elementos externos, realizada no serviço de imagiologia, foi importante a colaboração da UL-PPCIRA por forma a identificar focos de mudança necessários para cumprir medidas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente o correto acondicionamento dos resíduos, recetáculo dos resíduos, plano de higienização, entre outros.

Uma outra atividade por mim realizada, e que surgiu como proposta pela UL-PPCIRA, foi a atualização de um protocolo de atuação em caso de surto, que consistia na análise e correção de um protocolo previamente existente. Desta forma realizei diversa pesquisa bibliográfica acerca da temática, tendo definido junto com

a orientadora pontos-chave a acrescentar e a alterar no protocolo. Assim foi por mim redigido novamente o protocolo de atuação em caso de surto, salientando-se os meus conhecimentos teóricos acerca da temática através da pesquisa de evidência científica e demonstrando capacidade de desenvolver uma prática baseada no conhecimento científico.

Durante o estágio surgiram igualmente diversos momentos de partilha e reflexão de conhecimentos não só com a orientadora, mas com toda a equipa da UL-PPCIRA, podendo debater e abordar diversos temas de forma multidisciplinar. Saliento um desses momentos, em que apresentei à equipa um artigo de extrema importância e de carácter preocupante para o futuro da saúde pública.

Foi publicado um artigo de Malyshev et al. (2023), designado *Hypervirulent R20291 clostridioides difficile spores show disinfection resilience to sodium hypochlorite despite structural changes*, que de forma resumida, refere que as estirpes de *clostridioides difficile* em estudo (R20291 e CD360) demonstraram suscetibilidades diferentes quando expostas ao hipoclorito de sódio, com a estirpe R20291 em particular, a demonstrar uma escassa redução da sua viabilidade quando exposta a hipoclorito de sódio 0.5%. A maioria dos esporos da estirpe R20291 apareceram visualmente intactos após exposição a hipoclorito de sódio 0.5% durante 10 minutos. Concluem assim que o hipoclorito de sódio inativa os *Clostridioides Difficile* numa concentração de 0.5% num tempo de exposição de 10 minutos, sendo a estirpe R20291 mais resiliente à desinfeção. Mesmo com concentrações comumente usadas em ambientes clínicos, é possível afirmar que o hipoclorito de sódio é largamente ineficaz contra a estirpe R20291.

Após a análise do artigo e de alguns artigos indicados nas referências bibliográficas do mesmo, expus as principais conclusões a toda a equipa, surgindo a necessidade de ponderar as escolhas de futuros produtos desinfetantes e de limpeza para consumo hospitalar, tendo participado em reuniões com fornecedores de produtos de higiene ambiental, juntamente com a enfermeira orientadora.

Estes resultados foram também partilhados nas sessões de formação por forma a sublinhar a importância e a preocupação que estes novos conhecimentos acarretam, mais uma vez, para a segurança da pessoa e para a qualidade dos cuidados prestados.

Exalta-se mais uma vez, ainda que de forma redutora, a importância do trabalho realizado pela UL-PPCIRA, que consiste não só na vigilância, redação de

protocolos, auditorias, mas como a detecção de problemas que podem ser geradores de problemas de saúde pública, como também, escolha no material a utilizar pelos profissionais de saúde, produtos de higiene ambiental e equipamentos, intervenção em focos de problema detetados sobre infecção hospitalar, entre outros.

De ressaltar ainda que esta competência inerente ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica foi anteriormente desenvolvida também no estágio do serviço de urgência. Pelas suas características os serviços de urgência são utilizados por um grande número de pessoas, que pela sua tipologia atual, são carecedores de múltiplas patologias, por vezes complexas. Pela afluência a que os serviços de urgência estão acometidos e carga de trabalho consequente, os profissionais de saúde tomam erradamente comportamentos na prática clínica que expõe exponencialmente a pessoa ao risco, tal como o profissional de saúde (Pina et al., 2010). Tomo como exemplos a gestão e colocação de pessoas em isolamento que, por vezes, não é a melhor pelo elevado número de pessoas no serviço e restrição do espaço físico, a desvalorização dos profissionais de saúde da gravidade que os MMR traduzem, a inércia de conhecimento nesta matéria, a quebra de um dos momentos da higiene das mãos, a incorreta utilização de equipamentos individuais de proteção, entre outros.

A mudança de comportamento humano exalta-se assim como uma medida essencial para minimizar a proliferação deste problema silencioso que são as IACS, MMR e RAM. Mais uma vez o enfermeiro especialista deverá ser pioneiro na divulgação e demonstração de conhecimentos e comportamentos a adotar em âmbito de prevenção e controlo de infeção, pelos riscos que o seu incumprimento acarreta para o futuro da saúde e para a saúde pública, assim como, deverá ser figura geradora de mudança através do ensino, promulgação e vigilância de conhecimentos e comportamentos corretos dos seus pares, evitando implicações na segurança da pessoa e na qualidade dos cuidados.

Em jeito de conclusão, para além dos momentos ricos de contacto com a pessoa em situação crítica e de intervenção no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção que os contextos de estágio proporcionaram, também os momentos de autorreflexão, de observação e de reflexão com os enfermeiros-especialistas em enfermagem médico-cirúrgica foram de extrema importância para

o meu crescimento e sedimentação de comportamentos e conhecimentos, e que positivam exponencialmente este percurso académico, conseguindo assim face ao exposto, a aquisição de competências para o cuidado especializado.

Salienta-se ainda que os cuidados prestados à pessoa tiveram na sua base a sensibilidade e juízo ético, por forma, a se completarem não só as competências inerentes ao enfermeiro especialista, mas porque todas as intervenções, interdependentes ou autónomas de enfermagem, devem estar espelhadas em valores éticos.

Numa altura em que a globalização exerce impacto direto na saúde coletiva, resultando em complexidade e multiplicidade de doenças, o enfermeiro especialista deverá intervir na pessoa e em todos os eixos que a constituem, planeando os seus cuidados de forma singular e lembrando que os resultados a obter também diferem entre cada pessoa.

A enfermagem, como ciência ímpar e em crescente desenvolvimento, demonstra cada vez mais autonomia e responsabilidade exclusivas pelas intervenções aplicadas, as denominadas intervenções autónomas, fazendo-se destacar a necessidade premente de direcionar a nossa prática para o bem, respeitando em todas as nossas intervenções, decisões e atitudes a pessoa como detentora do seu projeto de saúde e igualmente um ser singular, único e irrepetível (Serrano et al., 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Sob uma perspetiva do enfermeiro-especialista, é esperado que este, pelas competências adquiridas inerentes à especialidade, seja capaz de atuar afigurando-se líder e demonstrando conhecimentos para o cumprimento de necessidades prementes da pessoa, assim como prevendo os resultados a obter. Embora este seja capaz de demonstrar competências inerentes à pessoa em situação crítica, nem sempre as suas decisões serão fáceis, confrontando-se com momentos de necessária reflexão e dúvida ética.

Assim a competência ética surge como uma necessidade inquestionável no ato de cuidar, devendo o enfermeiro especialista, dotado de competências, mas igualmente de valores e crenças, e como figura facilitadora no processo de mudança em que se encontra a pessoa, deverá exercer os cuidados pelo bem maior da mesma, respeitando o seu projeto de saúde, autonomia, dignidade, valores e crenças, tal como preconizado pelo Código Deontológico dos Enfermeiros, Artigo.º 109.

5. Conclusão

A vigilância, gestão e conhecimentos sobre a pessoa em situação crítica estiveram sempre presentes nas tomadas de decisão de enfermagem assumidas. O cuidar da pessoa em situação crítica não é só saber realizar técnicas, mas também estar-se alerta e saber atuar em tempo útil, de forma eficaz e com conhecimento e reconhecer, na prestação de cuidados, todas as suas dimensões que tornam a pessoa totalitária.

Tornou-se também imperativo para mim, como pessoa e profissional de saúde, refletir sobre as nossas práticas e as nossas atitudes. Assumirmos uma atitude segura, com conhecimento é essencial para nos fazermos ouvir. Deveremos sempre querer melhorar e elevar a nossa prática clínica e conhecimentos por forma a nos tornarmos uma parte essencial de uma equipa multidisciplinar. Mas parte deste caminho também é demonstrar uma atitude humilde na identificação das nossas dificuldades, assumir os nossos erros e associar a procura pelo conhecimento atual, para se conseguir atingir a excelência profissional, tal como evidencia o Código Deontológico dos Enfermeiros Artigo 109.º alínea a) “Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”.

De uma forma global, posso afirmar que o desenvolvimento e aquisição das competências inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica foi alcançado, abarcando um enriquecimento único e essencial para a vertente pessoal e profissional.

Um caminho excepcional, mas igualmente difícil seria a descrição espelhada deste meu percurso académico. Excepcional porque foi sem dúvida dos maiores desafios pessoais e profissionais realizados, e com uma riqueza de conhecimentos adquiridos sem igual, mas igualmente difícil pela exigência envolvida e necessária que me fizeram questionar muitas vezes a minha resiliência. Embora as dificuldades, sem dúvida que o peso na balança está para o enriquecimento do meu saber e dos meus cuidados e do crescimento pessoal e profissional daí resultante.

De salientar que o enriquecimento do meu conhecimento, segundo os padrões de conhecimento de enfermagem por Bárbara Carper, foi potenciado e cimentado pelas oportunidades que surgiram nos vários contextos de estágio. Bárbara Carper apresenta 4 padrões de conhecimento de enfermagem: conhecimento ético, empírico, pessoal e estético (Baixinho et al., 2014). Dos 4 padrões de conhecimento referidos, saliento o desenvolvimento do conhecimento pessoal e estético como aqueles que se expressam com maior evidência. A pessoa em situação crítica, por vezes, não se apresenta clinicamente de forma tão explícita, tendo o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica de perceber a subjetividade, de ficar alerta quando a sua sensibilidade e intuição salientam a necessidade de vigilância. Não é particularmente fácil nem simples de descrever, mas por vezes o olhar para a pessoa, a sua fâcies, postura, aspeto geral são gatilhos de alerta que fazem o enfermeiro-especialista prever e antecipar necessidades e instituir cuidados de enfermagem diferenciados. Igualmente potenciado, o conhecimento pessoal permitiu-me reconhecer as minhas limitações tais como a abordagem à pessoa em situação crítica e cuidados inerentes e ainda os conhecimentos deficitários em matéria de prevenção e controlo de infeção e as suas implicações no dia a dia assim como para o futuro.

Estas limitações estiveram intrinsecamente ligadas ao conhecimento empírico, ou seja, o reconhecimento destas limitações fez-me imperativamente procurar ultrapassar estas barreiras através da procura do conhecimento científico mais atual, tendo gerado posteriormente momentos de autorreflexão e reflexão crítica com os orientadores, sendo geradores de mudança de comportamentos e atitudes.

Por fim e não menos importante, o conhecimento ético que esteve sempre presente, permitindo-me realizar reflexões morais acerca da barreira limitadora dos cuidados de saúde prestados. Face ao exposto no nosso código deontológico, que orienta a nossa prática clínica, questiono em algumas situações qual o limite e até onde as intervenções de enfermagem poderiam ter a sua independência, assumir uma atitude, por forma a assegurar o bem-estar da pessoa. Assumir um limite não é fácil, nem o deverá ser, mas como futura enfermeira-especialista revejo a necessidade de uma enfermagem cada vez mais autónoma, com responsabilidade e que seja reconhecida pelos pares pelas suas competências e conhecimento.

O enfermeiro especialista deverá então diferenciar-se pela sua alta performance na prestação de cuidados diferenciados, integrando conhecimentos baseados na evidência científica, com uma atitude de liderança e gestão eficazes e eficientes, demonstrando aos pares a sua capacidade técnica, crítica e reflexiva na prestação de cuidados, visando a qualidade dos cuidados de saúde prestados e a segurança, respeito e dignidade da pessoa.

Estas competências adquiridas e potenciadas através dos estágios, permitiram assim maximizar a conceção e prestação de um cuidado holístico, especializado e altamente diferenciado.

6. Referências Bibliográficas

- Adams, A., Mannix, T., & Harrington, A. (2017). Nurses' communication with families in the intensive care unit—a literature review. *Nursing in critical care*, 22(2), 70-80. <https://doi.org/10.1111/nicc.12141>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). Recomendações técnicas para serviços de urgência. *Administração Central do Sistema de Saúde*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). Recomendações técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos. *Administração Central do Sistema de Saúde*. <https://www.acss.minsaude.pt/2016/10/04/recomendacoes-tecnicas/>
- Almansour, I., & Razeq, M. (2021). Communicating prognostic information and hope to families of dying patients in intensive care units: A descriptive qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 30(5-6), 861-873. <https://doi.org/10.1111/jocn.15630>
- American Heart Association. (2021). *Suporte avançado de vida cardiovascular*. American Heart Association
- Anguita, M., Sanjuan-Quile, Á., Ríquez, M., Anguita, M. C., Sanchis, R., & Lozoya, R. (2019). Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 59-68. <https://doi.org/10.12707/RIV19030>
- Arias, M., & Carrilho, C. (2012). Resistência antimicrobiana nos animais e no ser humano. Há motivo para preocupação? *Semina: Ciências Agrárias*, 33(2), 775-790. 10.5433/1679-0359.2012v33n2p775

- Aydin, A., Kaya, Y., & Erbaş, A. (2023). The effect of holistic nursing competence on work engagement, self-reflection and insight in nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 41(3), 310-317. 10.1177/08980101221129716
- Baixinho, C, Ferraz, I., Ferreira, Ó., & Rafael, H. (2014). A arte e a aprendizagem dos padrões de conhecimento em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 164-170. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800024>
- Bennett, J., & Chung, K. (2001). Alexander Fleming and the discovery of penicilina. *Advances in Applied Microbiology*, 49, 163-184. [https://doi.org/10.1016/S0065-2164\(01\)49013-7](https://doi.org/10.1016/S0065-2164(01)49013-7)
- Best, M., & Neuhauser, D. (2004). Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. *BMJ Quality & Safety*, 13(3), 233-234. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.010918>
- Brazão, M. (2016). Atividade dos serviços de urgência hospitalares. *Medicina Interna*, 23(3), 8-14. <http://hdl.handle.net/10400.26/37556>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). Boas práticas de limpeza ambiental em unidades de cuidados de saúde: Em ambientes de recursos limitados. *Centers for Disease Control and Prevention*. (2ªed.). <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/prevent/BestPracAfrica-for-MLS-Portuguese-508c.pdf>
- Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças. (2016). Antibióticos de última linha estão a falhar: opções para lidar com esta ameaça urgente aos doentes e sistemas de saúde. *Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças*. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/pt/publications/Publications/antibiotic-resistance-policy-briefing.pdf>
- Coriolano-Marinus, M., Queiroga, B., Ruiz-Moreno, L., & Lima, L. (2014). Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde e Sociedade*, 23, 1356-1369. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>

Despacho n.º 10901/2022 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2022). Diário da República n.º 174, Série II de 08-09-2022. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>

Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República n.º 187, Série II de 24-09-2021. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República n.º 153, Série II de 11-08-2014. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Despacho n.º 15423/2013 do Ministério da Saúde. (2013). Diário da República n.º 229, Série II de 26-11-2013. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/15423-2013-2965166>

Direção-Geral da Saúde. (2022a). *Norma n.º 019/2015 atualizada a 29/08/2022. Feixe de intervenções para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>

Direção-Geral da Saúde. (2022b). *Norma n.º 021/2015 atualizada a 17/11/2022. Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação.* <https://normas.dgs.minsaude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-aintubacao/>

Direção-Geral da Saúde. (2022c). *Norma n.º 022/2015 atualizada a 29/08/2022. Feixe de intervenções para a prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>

Direção-Geral da Saúde. (2022d). *Norma n.º 020/2015 atualizada a 17/11/2022. Feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>

- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Infeções e resistências a antimicrobianos: Relatório do programa prioritário PPCIRA. Direção-Geral da Saúde.* <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma n.º 007/2019: Higiene das mãos nas unidades de saúde.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/10/16/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude/>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Direção-Geral da Saúde.* https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Norma n.º 015/2017: Via verde do acidente vascular cerebral no adulto.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/07/13/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto/>
- Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Recomendação: Prevenção de transmissão de enterobactérias resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados agudos. Direção-Geral da Saúde.* <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. (2016). *Norma nº 010/2016 atualizada a 16/05/2017. Via verde sépsis no adulto.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/2016/09/30/via-verde-sepsis-no-adulto/>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Norma nº 029/2012 atualizada a 31/10/2013. Precauções básicas do controlo de infeção.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infeccao-pbci/>
- Direção-Geral da Saúde. (Setembro, 2023). *Higiene das mãos: Material de implementação da campanha.* Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de->

resistencia-aos-antimicrobianos/campanha-de-precaucoes-basicas/higiene-das-maos/material-de-implementacao-da-campanha.aspx

Emaliyawati, E., Widiasih, R., Sutini, T., Ermiami, E., & Rahayu, U. (2020). Nurses' reflections on challenges and barriers of communication in the intensive care unit: A phenomenology study. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 8, 65-73. <https://doi.org/10.24198/jkp.v8i1.1190>

Feliciano, M., Justino, R., Mendes, R., & Silva, T. (2023). Análise dos componentes de auditoria no Sistema Único de Saúde. *Revista de Pesquisa*. 10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12232

First Global. (2022). Hepic: Sistema de informação para vigilância epidemiológica em unidades de saúde. <http://www.first-global.com/Portals/3/pdf/Hepic-2022-PT.pdf>

Frello, A., & Carraro, T. (2013). Contribuições de Florence Nightingale: uma revisão integrativa da literatura. *Escola Anna Nery*, 17, 573-579. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000300024>

Fundação Calouste Gulbennkian. (2014). STOP infecção hospitalar. *Fundação Calouste Gulbennkian*. <https://gulbenkian.pt/publications/stop-infecao-hospitalar-booklet/>

Gamarra, T. (2018). Auditoria na saúde suplementar: Uma revisão integrativa. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 7(3), 221-237. <https://doi.org/10.5585/rgss.v7i3.377>

Ganley, L., & Gloster, A. (2011). An overview of triage in the emergency department. *Nursing Standard*, 26(12), 49-56. <https://doi.org/10.7748/ns2011.11.26.12.49.c8829>

Gomarverdi, S., Sedighie, L., Seifrabiei, M. A., & Nikooseresht, M. (2019). Comparison of two pain scales: Behavioral pain scale and critical-care pain observation tool during invasive and noninvasive procedures in intensive care unit-admitted patients. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 24(2), 151-155. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_47_18

- Greenwood, D. (2008). Antimicrobial drugs: Chronicle of a twentieth century medical triumph. (5ªed). OUP Oxford. <https://doi.org/10.1093/jac/dkp066>
- Grupo Português de Triagem. (2011). O sistema de triagem de Manchester e as Vias Verdes. *Grupo Português de Triagem*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no serviço de urgência: Manual de Serviço*. (2ª Ed.). Grupo Português de Triagem
- Hartigan, L., Cussen, L., Meaney, S., & O'Donoghue, K. (2018). Patients' perception of privacy and confidentiality in the emergency department of a busy obstetric unit. *BMC health services research, 18*, 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3782-6>
- Hashemi, S., Karimi, L., Moradian, S., Ebadi, A., Vahedian-Azimi, A., & Mokhtari-Nouri, J. (2023). Identifying structure, process and outcome factors of the clinical specialist nurse: A scoping review study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 28*(1), 1-9. [10.4103/ijnmr.ijnmr_297_21](https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_297_21)
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Manual de suporte avançado de vida*. (Versão 2, 1ª ed.). Instituto Nacional de Emergência Médica. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República. (2019). Diário da República n.º 269, Série I de 04-09-2019. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Lito., L. (2010). Epidemiologia da infecção hospitalar. *Cadernos de Saúde, 3*, 25-31. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2010.2988>
- Lopes, M., Gomes, S., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. *Ordem dos Enfermeiros*. <https://www-ordemenfermeiros-pt.webpkgcache.com/doc/>

/s/www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf

Lopes, L., & Santos, S. (2010). Florence Nightingale—apontamentos sobre a fundadora da enfermagem moderna. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 181-189. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239961010>

Malyshev, D., Jones, I., McCracken, M., Öberg, R., Harper, G, Joshi, L., & Andersson, M. (2023). Hypervirulent R20291 Clostridioides difficile spores show disinfection resilience to sodium hypochlorite despite structural changes. *BMC Microbiology*, 23(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12866-023-02787-z>

Ministério da Saúde. (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. *Ministério da Saúde*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., & Green, C. (2010). *Medical-Surgical nursing* (Eds.8, Vols 1-4). Lusodidacta.

Nonailhada, J., & Martin, R. (2022). Applying situational leadership to redeployment duties during COVID-19: lessons learned. *Quality Management in Health Care*, 31(4), 274-277. <https://doi.org/10.1097%2FQMH.0000000000000350>

Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. (2021). *Portugal: Perfil de saúde do país 2021, estado da saúde na UE*. Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf

O'Neill, J. (2014). Antimicrobial resistance: Tackling a crisis for the future health and wealth of nations. *Review*. https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Caracterização dos serviços de urgência na secção regional do centro: Conhecer para intervir. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17101/su.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer n.º 14/2018: Alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação: Posto de trabalho nos serviços de urgência/emergência.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Código Deontológico.* Ordem dos Enfermeiros <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2016). Antimicrobial resistance: Policy insights. *Organization for Economic Co-operation and Development.* <https://www.oecd.org/health/health-systems/AMR-Policy-Insights-November2016.pdf>
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista portuguesa de saúde pública*, 27-39. <http://hdl.handle.net/10362/98509>
- Pittet, D., Allegranzi, B., Storr, J., & Donaldson, L. (2006). Clean care is safer care: The global patient safety challenge 2005—2006. *International Journal of Infectious Diseases*, 10, 419—424. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2006.06.001>
- Pordata. (2023, junho). *População residente: total e por grupo etário.* <https://www.pordata.pt/db/portugal/ambiente+de+consulta/tabela/5836849>
- Proença, V., Matos, E., Campos, S., Neto, J., Costa, A., Bravo, D., & Silva, D. (2017). Humanização aos familiares de paciente em cuidados intensivos. *Revista Uningá*, 53(1). <https://doi.org/10.46311/2318-0579.53.eUJ1415>
- Quaglio, M, Castro, A., Rodrigues, A., & Contin, N. (2015). Liderança situacional – uma abordagem teórica a partir do modelo de Hersey e Blanchard. *Revista*

Eletrônica Produção & Engenharia, 7(1), 575-586.
<https://doi.org/10.18407/issn.1983-9952.2015.v7.n1.p575-586>

Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República n.º 184, Série II de 25-09-2019.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República n.º 135, Série II de 16-07-2018.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Robertson, L., & Al-Haddad, M. (2013). Recognizing the critically ill patient. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 14(1), 11-14.
<https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2012.11.010>

Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competências(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 15-23. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1019>

Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Relatório grupo de trabalho: serviços de urgências*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%AAncias.pdf>

Shahmohamadi, E., Sedaghat, M., Rahmani, A., Larti, F., & Geraiely, B. (2023). Recognition of heart attack symptoms and treatment-seeking behaviors: a multi-center survey in Tehran, Iran. *BMC Public Health*, 23(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1186/s12889-023-15826-1>

Silva, M. (2013). Controlo de infeção em Portugal: Evolução e atualidade. *Salutis Scientia*, 5, 1-8. <http://hdl.handle.net/10400.17/1892>

Soares, N. & Dall'Agnol, C. (2011). Privacidade dos pacientes: uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24, 683-688. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000500014>

- Sousa, P. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de enfermagem*, 22, 884-894. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000700009>
- Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S., & Rawson, H. (2018). Barriers to families' regaining control in ICU: Disconnectedness. *Nursing in critical care*, 23(2), 95-101. <https://doi.org/10.1111/nicc.12310>
- World Health Organization. (2017). WHO global patient safety challenge: Medication without harm. *World Health Organization*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.6>
- World Health Organization. (2007). The World Health Organization safe surgery saves lives: Starter kit for surgical checklist implementation. (1^aed.). *World Health Organization*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/safe-surgery/starter_kit-sssl.pdf?sfvrsn=9cef94b8_7
- Yilmaz, M., Uysal, N., & Pirhan, H. (2022). Does Attitude towards Evidence-Based Nursing affect Holistic Nursing Competence?. *International Journal of Caring Sciences*, 15(1), 371-380.
- Zehuri, M., & Slob, E. (2018). Auditoria em saúde: controle das IRAS, economia, higienização das mãos e antimicrobianos. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 12(10), 298-316. <https://revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/885>

7. Apêndice

Apêndice I – A Percepção de Privacidade do Utente no Serviço de Urgência



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

A Perceção de Privacidade do Utente no Serviço de Urgência

Elaborado por:

Daniela Oliveira

Porto, dezembro de 2023

16º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

A Perceção de Privacidade do Utente no Serviço de Urgência

Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”

Elaborado por:

Daniela Oliveira

Sob orientação de:

Prof.^a Doutora Amélia Ferreira

Porto, dezembro de 2023

Índice

1. Introdução	74
2. Metodologia	77
3. Discussão de Resultados.....	86
4. Conclusão.....	91
5. Referências Bibliográficas	93

Índice de Figuras

Figura 1 – Processo de identificação e seleção realizada através do PRISMA Diagram Flow nas bases de dados Web of Science e CINHAL Complete 78

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Tabela de Evidências.....	82
--------------------------------------	----

1. Introdução

A crescente complexidade e multiplicidade de doenças com que a população se apresenta faz com que as mesmas necessitem de um maior consumo de cuidados de saúde, recorrendo muitas vezes aos serviços de urgência (Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, 2021).

Os serviços de urgência são serviços que pela sua particularidade de se encontrarem abertos a toda a população 24 horas por dia nos 365 dias do ano, e com acesso livre, se tornam desafiantes pela afluência diária que recebem, sendo os utentes que chegam a estes serviços detentores de uma situação de saúde que pode ser urgente ou emergente (Ordem dos Enfermeiros, 2019; Serviço Nacional de Saúde, 2019).

No frenesim diário dos serviços de urgência onde o stress, a sobrelotação, a elevada carga de trabalho, o tempo limitado no atendimento e a complexidade dos cuidados são uma realidade constante, facilmente se criam lacunas na privacidade dos utentes utilizadores deste serviço pelos profissionais de saúde. (Anguita et al., 2019).

A privacidade é mundialmente reconhecida como um direito humano fundamental, tal como expresso na Declaração Universal dos Direitos Humanos, publicado em Diário da República pelo Ministério dos Negócios Estrangeiros, (1978, p.490), onde se afirma que “Ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família (...) nem ataques à sua honra e reputação”. A privacidade é um termo abrangente e de difícil definição podendo então ser definida de forma mais ampla como a liberdade do utente, o direito ao isolamento físico, a proteção contra intrusões físicas e psicológicas, a proteção de informações pessoais, a proteção da identidade e o direito a fazer as suas escolhas sem a interferência de terceiros (Nayeri & Aghajani, 2010)

A privacidade pela importância que toma está igualmente explícita na Lei de Bases da Saúde, promulgado pela Assembleia da República, (1990, p.3454), onde podemos verificar que os utentes têm direito a “ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito”.

Assim os profissionais de saúde deverão ter especial cuidado em matéria de privacidade exercendo o direito fundamental à reserva da intimidade da vida

privada do utente como preconizado no Artigo 26.º da Constituição da República Portuguesa (1976).

Dentre os profissionais de saúde que podemos encontrar nos serviços de urgência, são os enfermeiros que, pela sua condição de trabalho, têm maior tempo de contacto com os utentes, provendo assim as necessidades holísticas dos mesmos. Por conseguinte, e pela sobrecarga que os serviços de urgência impõe, o enfermeiro deverá manter a privacidade do utente na sua prática clínica pois terá influência na satisfação da mesma e na criação de uma relação terapêutica com base na confiança (Proença et al., 2017; Eyni et al., 2017). Por forma a ressaltar a importância da atenção pela privacidade dos utentes, encontra-se definido no Código Deontológico dos Enfermeiros, (2013), Artigo 107.º, aliena b), o dever de proteger sempre a intimidade e a privacidade do utente no exercício da sua profissão.

A minha passagem pelo campo de estágio, o serviço de urgência, em concluiu com a minha experiência profissional na mesma área, levaram-me a identificar momentos em que a privacidade do utente foi deficitária.

Posto isto, emerge a importância de perceber qual a perceção do utente sobre privacidade quando recorrem aos serviços de urgência, por forma a que os enfermeiros, o elemento dos profissionais de saúde que maior contacto dispõe com os utentes que chegam ao serviço de urgência, possam refletir sobre as suas práticas de cuidados diárias e agir em nome da mudança para obter um ambiente com excecional privacidade.

No âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem, lecionada no Instituto de Ciências da Saúde – Escola de Enfermagem, da Universidade Católica Portuguesa do Porto, no ano letivo 2023/2024, sob orientação da Prof.^a Doutora Amélia Ferreira, foi proposta uma revisão da literatura sistematizada, com a finalidade de servir como instrumento de avaliação à unidade curricular. Foi definido como objetivo inerente à temática: identificar qual a perceção de privacidade do utente no serviço de urgência.

Este trabalho encontra-se dividido em três capítulos e neles está estruturado o trabalho desenvolvido. No primeiro capítulo é abordada a metodologia utilizada na realização da revisão da literatura sistematizada, onde é apresentado o *PRISMA Diagrama Flow* e a análise dos artigos obtidos através de uma tabela de evidências; no segundo capítulo são discutidos os resultados previamente analisados. Por

último, o terceiro capítulo é referente à conclusão na qual é dada resposta à questão de investigação.

O presente trabalho foi elaborado segundo a norma *American Psychological Association* (APA), 7ª edição.

2. Metodologia

Para a realização da questão de investigação foi utilizada a metodologia PCC (População, Conceito e Contexto), sendo que a População são os utentes, o Conceito é a perceção de privacidade e o Contexto é o serviço de urgência. Assim foi formulada a seguinte questão de investigação: **“Qual a perceção de privacidade do utente no serviço de urgência?”**

Após a formulação da questão de investigação, iniciou-se o caminho para a identificação e seleção dos estudos, optando por realizar a pesquisa nas seguintes bases de dados: *Web of Science* e *CINHAL Complete*. Para a seleção dos artigos em ambas as bases de dados foram definidas palavras-chave utilizando o operador booleano “AND”: “*privacy*” AND “*perception*” AND “*patient*” AND “*emergency department*”.

Para a pesquisa foram definidos como critérios de inclusão estudos realizados no período temporal de 2010 a 2023, tendo sido este período temporal mais abrangente pelo número diminuto de artigos passíveis de responder à questão de investigação, estudos publicados em língua inglesa e portuguesa, com texto integral, analisado pelos pares e com as palavras-chave acima definidas.

A figura 1 representa o processo de identificação e seleção realizado através do *PRISMA Diagram Flow* em ambas as bases de dados selecionadas.

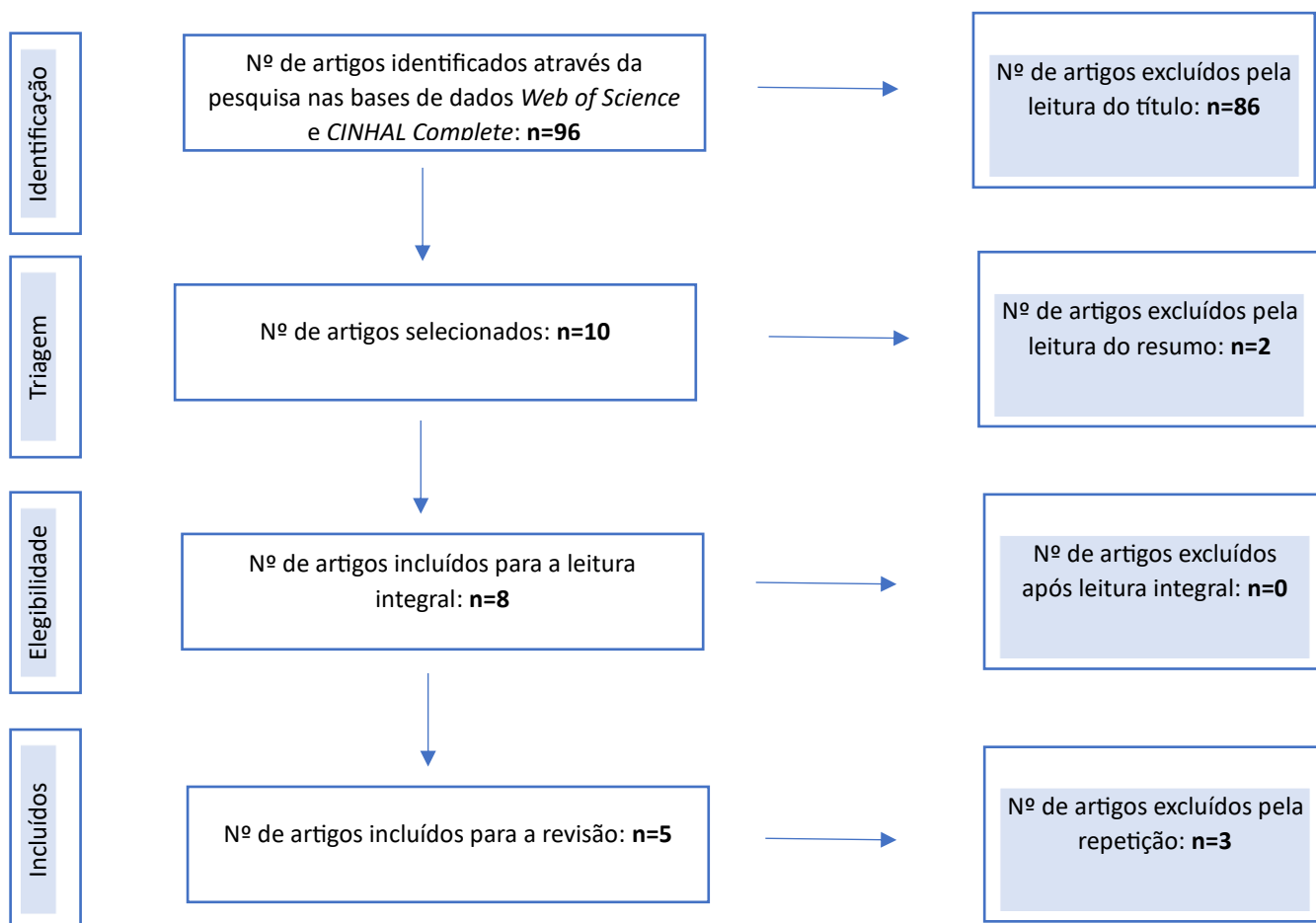


Figura 1 – Processo de identificação e seleção realizada através do PRISMA Diagram Flow nas bases de dados *Web of Science* e *CINHAL Complete*

A pesquisa de artigos nas bases de dados *Web of Science* e *CINHAL Complete*, com a frase booleana anteriormente descrita, originou um total de 96 artigos. Pela leitura do título foram excluídos 86 artigos. Dos 10 artigos resultantes, após exclusão pela leitura do título, foi realizada uma leitura do resumo, resultando na exclusão de 2 artigos por não responderem à questão de investigação, ficando com 8 artigos para leitura integral. Destes 8 artigos, 3 surgem repetidos, ficando com 5 artigos, que pela sua leitura integral, respondem à questão de investigação e são incluídos para a revisão.

Os 5 artigos finais e analisados são oriundos de diferentes países: Espanha, Paquistão, Turquia e 2 artigos oriundos de Taiwan (Répubblica Popular da China). Relativamente aos tipos de estudo identificados nos artigos encontram-se 1 estudo prospetivo (Espanha), 3 estudos descritivos (Taiwan 2010, Turquia e Paquistão) e 1 estudo quase-experimental (Taiwan 2013). A amostra constituída de 4 dos 5 artigos têm em comum os utentes que tiveram alta do serviço de urgência e com

idade igual ou superior a 18 anos. O estudo realizado no Paquistão incluiu participantes com idade superior ou igual a 14 anos.

A tabela 1 apresenta de forma sintetizada as evidências dos 5 artigos finais que respondem à questão de investigação. No artigo 1, encontramos um estudo descritivo realizado por Lin & Lin, (2010), de Taiwan (República Popular da China), onde identificaram preditores que influenciam a percepção de privacidade e confidencialidade do utente no serviço de urgência e a relação entre a percepção de privacidade do utente com a sua satisfação. A sua amostra era constituída por 318 utentes, sendo 172 do sexo feminino e 141 do sexo masculino, com idades acima dos 19 anos, sendo as faixas etárias com maior representatividade as dos 40-49 anos (79 participantes), 30-39 anos (65 participantes) e 50-59 anos (63 participantes). Como instrumentos de colheita de dados os autores utilizaram 2 questionários: o primeiro questionário abordava as características sociodemográficas (idade, género, estado civil, nível de escolaridade, número de idas ao serviço de urgência). Foram também obtidas, através do programa informático utilizado no serviço de urgência, mais informações sobre os episódios de ida ao serviço de urgência, nomeadamente a especialidade médica que os observou, a área de tratamento e o tempo que permaneceram no serviço de urgência. O segundo questionário avaliava a percepção geral de privacidade e de satisfação dos utentes no serviço de urgência, sendo este questionário composto por 11 itens classificados segundo uma escala de *Lickert* de 1 a 5, sendo 1 discordo totalmente e 5 concordo totalmente.

O artigo 2, de Duarte et al., (2013), um estudo prospetivo realizado em Espanha, avaliou o grau de privacidade dos utentes no serviço de urgência assim como aborda as características do serviço como fatores influenciadores da percepção de privacidade. O estudo foi realizado em 10 hospitais da região de Aragón, Espanha. A sua amostra era constituída por 3949 utentes, sendo 1977 do sexo masculino e 1898 do sexo feminino, com uma média de idade de 51 anos. Como instrumentos de colheita de dados os autores utilizaram 2 questionários, sendo que o primeiro questionário continha variáveis independentes relacionadas com os dados dos utentes (idade e sexo); episódio de ida ao serviço de urgência (data, dia da semana, horas e destino após alta do serviço de urgência); dados hospitalares (hospital público ou privado, número de camas, rural ou urbano). O segundo questionário abordava as variáveis dependentes – 11 questões fechadas,

com possibilidade de resposta segundo uma escala de *Lickert* (definitivamente, provavelmente, não tenho a certeza, provavelmente não e definitivamente não), onde eram explorados aspetos como privacidade auditiva (4 questões); privacidade visual (4 questões) e privacidade de forma geral (3 questões).

O artigo 3, de Lin et al., (2013), um estudo quase-experimental de Taiwan (Répubblica Popular da China), teve como objetivo examinar o efeito de uma intervenção direcionada à privacidade, confidencialidade e satisfação dos utentes do serviço de urgência. Os autores tentaram determinar se a intervenção, aplicada através de uma equipa multidisciplinar, melhorou a privacidade e a satisfação dos utentes. O estudo foi realizado inicialmente em 2008, na pré-intervenção, e novamente realizado em 2010, no pós-intervenção, onde foram realizados 2 questionários em ambos os períodos: o primeiro abordava variáveis sociodemográficas (idade, género) e dados hospitalares (área de tratamento e tempo de permanência). O tempo de permanência no serviço de urgência foi obtido através de consulta do programa informático utilizado no serviço de urgência. O segundo questionário foi desenvolvido por forma a avaliar a perceção dos utentes sobre privacidade e satisfação no serviço de urgência: perceção de privacidade e de satisfação de forma geral, informação pessoal ouvida por terceiros, ser visto por pessoas não relevantes, ouvir de forma não intencional conversas dos profissionais de saúde e a experiência dos profissionais de saúde sobre privacidade dos utentes, sendo medidas segundo uma escala ordinal de *Lickert*. Posteriormente ainda na fase pré-intervenção, procedeu-se ao desenvolvimento da intervenção através de um modelo conceptual proposto por outros autores identificados no artigo, no qual afirmavam que um ambiente ético contribui favoravelmente para o trabalho dos profissionais de saúde e conseqüentemente para os resultados obtidos pelos utentes. Foi assim formada uma equipa multidisciplinar responsável pela melhoria da qualidade com o objetivo de acurar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes. A equipa era composta por 1 administrador hospitalar sénior, médicos, 1 enfermeiro como figura de líder, 1 auxiliar de ação médica e 1 especialista em ética que apoiou na identificação de questões éticas com cariz de mudança e sobre preocupações ou dúvidas éticas. A equipa tinha reuniões de forma regular para observar, discutir, recolher e analisar dados e posteriormente formular e apresentar recomendações ao administrador hospitalar sénior.

O artigo 4, de Ozturk et al., (2018), um estudo descritivo oriundo da Turquia, pretendeu analisar a privacidade dos utentes do serviço de urgência e avaliar os problemas relacionados com a privacidade. A sua amostra foi constituída por 228 participantes, dos quais 137 era do sexo feminino e 91 do sexo masculino. A faixa etária com maior representatividade foi dos 18-42 anos (123 participantes). O instrumento de colheita de dados utilizado foi 1 formulário constituído por 11 questões sobre informações demográficas dos utentes (género, estado civil, idade, nível de escolaridade, estatuto profissional, tempo de permanência no serviço de urgência, idas ao serviço de urgência e número de idas, área de tratamento, conhecimento sobre os direitos dos utentes e conhecimento sobre proteção de privacidade expresso nos direitos do utente) e 15 questões sobre privacidade com possibilidade de resposta segundo uma escala de *Lickert*.

O artigo 5 e último, de Saleem et al., (2022), é um estudo descritivo oriundo do Paquistão, cujo objetivo foi investigar a perceção dos utentes sobre a manutenção de privacidade e a proteção da confidencialidade no serviço de urgência e avaliar os efeitos do incumprimento das mesmas na relação do utente com o profissional de saúde. A amostra do estudo foi constituída por 571 participantes dos quais 366 eram do sexo masculino, 204 do sexo feminino e 1 transgénero, com uma média de idade de 41 anos. Os instrumentos de colheita de dados foram 3 questionários: o primeiro abordava as variáveis sociodemográficas (idade, género, linguagem nativa, nível de escolaridade, triagem, hora de ida ao serviço de urgência, tempo de permanência no serviço de urgência e frequência de idas ao serviço de urgência). O segundo questionário referia-se às principais preocupações dos utentes que motivaram ida ao serviço de urgência (sintomas gastrointestinais, geniturinários, músculo-esqueléticos, respiratórios, neurológicos, trauma, dor torácica, febre, outros). O terceiro questionário abordava a manutenção da privacidade e o impacto das preocupações na matéria de privacidade e confidencialidade na relação profissional de saúde/utente, avaliado segundo uma escala ordinal de *Lickert*, variando de Discordo Totalmente a Concordo Totalmente.

Tabela 1 - Tabela de Evidências

Artigo 1	Factors Predicting Patients' Perception of Privacy and Satisfaction for Emergency Care
	Autores: Yen-Ko Lin, Chia-Ju Lin
	Pais: Taiwan (República Popular da China)
	Ano: 2010
	Metodologia: Estudo Descritivo
	Participantes: Utentes do Serviço de Urgência
	Objetivo Geral: Identificar os preditores que influenciam a percepção de privacidade e de confidencialidade do utente no serviço de urgência e a relação entre a percepção de privacidade e a satisfação do utente.
	Principais Conclusões: A percepção de privacidade do utente, de uma forma geral, é adequada (42,2%), seguido de boa (40.3%). Foram identificados fatores que influenciam a percepção de privacidade e de satisfação do utente tais como a disposição do ambiente, a postura dos profissionais de saúde, o tempo de permanência no serviço de urgência e as expectativas do utente. A percepção de privacidade do utente tem impacto na sua satisfação.
Artigo 2	Patients' Perception of Privacy During Emergency Department Care in Hospitals in Aragón, Spain
	Autores: Julián Duarte, Javier Lahoz, Alberto Noaín, Maria Mirallas, Raúl Moros, Maria Hernández
	Pais: Espanha
	Ano: 2013
	Metodologia: Estudo Prospetivo
	Participantes: Utentes do Serviço de Urgência
	Objetivo Geral: Avaliar o grau de privacidade dos utentes no serviço de urgência assim como as características do serviço como fatores influenciadores da percepção de privacidade.
	Principais Conclusões: A percepção de privacidade nos serviços de urgência foi positiva. 64-88% dos participantes consideraram

	<p>que a privacidade auditiva foi adequada; 78-92% dos participantes consideram que a privacidade visual foi adequada e 78-88% dos participantes consideram que a privacidade de uma forma geral foi também adequada. Foram identificados como fatores preditores para a infração da privacidade: a estrutura do serviço de urgência e a atitude dos profissionais de saúde.</p>
Artigo 3	<p>Building an Ethical Environment Improves Patient Privacy and Satisfaction in the Crowded Emergency Department: A Quasi-Experimental Study</p>
	<p>Autores: Yen-Ko Lin, Wei-Che Lee, Liang-Chi Kuo, Yuan-Chia Cheng, Chia-Ju Lin, Hsing-Lin, Chao-Wen Chen, Tsung-Ying Lin</p>
	<p>Pais: Taiwan (República Popular da China)</p>
	<p>Ano: 2013</p>
	<p>Metodologia: Estudo Quase-Experimental</p>
	<p>Participantes: Utentes do Serviço de Urgência</p>
	<p>Objetivo Geral: Analisar o efeito de uma intervenção direcionada à privacidade, confidencialidade e satisfação dos utentes do serviço de urgência. Determinar se a intervenção, aplicada através de uma equipa multidisciplinar, melhorou a privacidade e a satisfação dos utentes.</p>
<p>Principais Conclusões: A identificação de problemas éticos na privacidade dos utentes pela equipa multidisciplinar, permitiu uma intervenção direta através do planeamento de estratégias para corrigir os problemas detetados. Desta forma foi possível aferir que os cuidados prestados com maior rigor ético se traduziram em melhores resultados na privacidade percebida pelos utentes. Na fase pré-intervenção a percepção de privacidade de forma geral do utente era adequada (42.2%) e no período de pós-intervenção era boa (58.7%).</p> <p>Salientam ainda a importância da disposição do espaço físico, acessos, segurança, formação e treino em bioética da equipa multidisciplinar do serviço de urgência como fatores influenciadores na percepção da privacidade dos utentes.</p>	

Artigo 4	The Perception of Privacy in the Emergency Department: Medical Faculty Hospital as a Case in Point
	Autores: Hulya Ozturk, Omur Sayligil, Ahmet Musmul, Nurdan Ergun Acar
	Pais: Turquia
	Ano: 2018
	Metodologia: Estudo Descritivo
	Participantes: Utentes do Serviço de Urgência
	Objetivo Geral: Analisar a privacidade dos utentes do serviço de urgência e avaliar os problemas relacionados com a privacidade.
Artigo 5	Patient Perception Regarding Privacy and Confidentiality: A Study from the Emergency Department of a Tertiary Care Hospital in Kirachi, Pakistan
	Autores: Syed Saleem, Saima Ali, Nida Ghouri, Quratulain Maroof, Muhammad Jamal, Tariq Aziz, David Shapiro, Megan Rybarczyk
	Pais: Paquistão
	Ano: 2022
	Metodologia: Estudo descritivo
	Participantes: Utentes do Serviço de Urgência
	Principais Conclusões: 138 dos participantes (60.5%) têm conhecimento sobre os direitos dos utentes. 146 participantes (64%) concordaram totalmente que a proteção da privacidade e a atenção para a proteção da privacidade no serviço de urgência é importante. 206 participantes (90.4%) afirmam que a sua integridade corporal foi protegida dos outros utentes; 92 participantes (40.4%) afirmam que não se sentiram desconfortáveis quando ouviram conversas entre os profissionais de saúde sobre condição de saúde de outros utentes. Ressaltam que os serviços de urgência têm problemas relacionados com a proteção de privacidade tais como questões arquitetónicas tendo influência na relação de confiança dos profissionais de saúde e utentes.

	<p>Objetivo Geral: Investigar a percepção dos utentes sobre a manutenção de privacidade e a proteção da confidencialidade no serviço de urgência e avaliar os efeitos do incumprimento das mesmas na relação do utente com o profissional de saúde.</p>
	<p>Principais Conclusões: 76% dos participantes concordaram totalmente que lhes foi dada privacidade suficiente para discutir a sua condição de saúde. 83% dos participantes concordaram ou concordaram totalmente que as suas conversas com os profissionais de saúde não eram ouvidas por terceiros e 70% dos participantes concordaram totalmente que existia uma barreira física (cortina) em volta da cama para assegurar a privacidade. De uma forma geral, o estudo demonstrou que os utentes concordaram que a sua privacidade e confidencialidade foram mantidas durante a sua permanência no serviço de urgência.</p>

3. Discussão de Resultados

Os serviços de urgência pela sua tipologia são os serviços que rececionam primariamente os utentes, prestando serviços nas condições de urgente e emergente, 24 horas por dia, todos os dias do ano. Desta forma a afluência e consumo deste nível de cuidados, quer seja de forma correta ou incorreta pela população, tornam os serviços de urgência um serviço com numerosa afluência sendo quase inevitável a sobrelotação e a consequente quebra de privacidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A privacidade dos utentes e a sua manutenção no serviço de urgência podem ser assim desafiantes pelas condições físicas e ambientais dos serviços de urgência como a alocação de utentes em espaços não designados para o efeito, estando os mesmos muito próximos fisicamente, assim como os familiares; pelo diminuto espaço para a prestação de cuidados de saúde; pela inexistência de espaços privados para a transmissão de informações clínicas e pela escassez e ineficácia de barreiras físicas (por exemplo, cortinas). Por conseguinte é difícil manter um ambiente de excecional privacidade, pois tal como aferido pelos vários autores dos artigos analisados, os utentes percecionaram conversas entre utentes/profissionais de saúde e entre profissionais de saúde; observaram e foram observados por terceiros durante o exame médico e/ou a prestação de cuidados e referiram sentirem-se inseguros em partilhar informação ou serem examinados aquando da perceção de falta de privacidade (Plusch & Muir, 2023; Rowe & Knox, 2023).

Todos estes fatores trazem consequências na relação entre utente e profissional de saúde, sendo a construção desta relação difícil pela carência de confiança e assim uma insatisfação do utente dos serviços prestados (Plusch & Muir, 2023).

Segundo Lin & Lin, (2010), de uma forma geral, os utentes têm uma perceção da privacidade adequada (42.2%) e boa (40.3%). Apesar de um resultado positivo, 21% dos participantes referem ter omitido informação aos profissionais de saúde e 19% dos participantes referem terem estado relutantes na aceitação do exame médico por falta de privacidade.

De acordo com os autores existem diversos fatores que influenciam a perceção de privacidade dos utentes no serviço de urgência, tais como:

informações pessoais ouvidas por terceiros e ouvir acerca de terceiros, ser visto por terceiros de forma não intencional, utilização de barreiras ineficazes (cortinas), tempo de permanência no serviço de urgência, barreiras físicas e ambientais do serviço de urgência (colocação de utentes nos corredores, inexistência de espaços privados para transmissão de informações e exame médico) e falta de sensibilidade e de formação dos profissionais de saúde em matéria de privacidade (discussão de informação clínica entre profissionais de forma inadequada).

Assim o artigo sugere que os fatores acima são determinantes na influência da percepção de privacidade do utente e conseqüentemente na satisfação do mesmo com os cuidados prestados.

Resultados semelhantes foram obtidos por Duarte et al., (2013), onde afirmam que a percepção de privacidade nos serviços de urgência foi positiva. No artigo os autores exploraram três aspetos da privacidade: privacidade visual, auditiva e de forma geral. Assim 64-88% dos participantes consideraram a privacidade auditiva adequada; 78-92% dos participantes referem que a privacidade visual foi adequada e 78-88% consideraram que a privacidade de forma geral foi igualmente adequada. Referem ainda que o respeito pela privacidade por parte dos profissionais de saúde foi bastante (89%). Contrastando estes resultados, 25% dos participantes referem ter ouvido conversas entre os profissionais de saúde e outros utentes e entre profissionais de saúde; 10.6% referem terem sido observados por terceiros aquando da prestação de cuidados e 13.8% referem ter observado outros utentes aquando do exame médico dos mesmos.

No estudo de Lin et al., (2013), a percepção de privacidade dos utentes melhorou após implementação da intervenção assim como a percepção dos utentes sobre o respeito dos profissionais de saúde pela privacidade. Importa ressaltar que esta intervenção consistiu na reorganização dos espaços e gestão de processos diferenciando área de observação e de tratamento; controlo dos acessos às diferentes áreas do serviço de urgência por forma a evitar-se a presença e circulação de terceiros e a interferência no trabalho dos profissionais de saúde, assim como a criação de um sistema de cartões de acesso pelos profissionais; criação de um programa de formação e treino em bioética através de *workshops* e reuniões por forma a debaterem estratégias de atuação; e por fim o encorajamento para a consultação ética através da formação de alguns profissionais de saúde em

matéria de ética podendo assim um profissional de saúde perante uma dúvida ética consultar estes mesmos membros.

Assim pode-se aferir que de uma forma geral a privacidade percebida pelos utentes antes da pré-intervenção foi adequada (42.2%) e pós-intervenção foi boa (58.7%). Dados obtidos igualmente importantes foram sobre a privacidade auditiva e visual: ouvir informação pessoal de terceiros na pré-intervenção foi razoável (43.8%) e pós-intervenção foi discordo totalmente (31.7%); ser visto por terceiros na fase pré-intervenção foi discordo (33.9%) e pós-intervenção foi discordo totalmente (49.3%). Salienta-se também que a percepção dos utentes sobre o respeito da sua privacidade pelos profissionais de saúde foi também melhorada sendo na fase pré-intervenção boa (49.5%) e na fase pós-intervenção igualmente boa, mas com maior representatividade (56.6%).

Resultados semelhantes foram obtidos por Ozturk et al., (2018), onde os utentes têm uma percepção positiva da sua privacidade durante a sua permanência no serviço de urgência. Dos 228 participantes, 146 (64%) referem concordar totalmente que a proteção e manutenção da privacidade no serviço de urgência é importante, 93 participantes (40.8%) afirmam concordar totalmente que as condições físicas do serviço de urgência e a equipa multidisciplinar permitem a proteção da privacidade, 107 participantes (46.9%) concordam que batas, cortinas e roupa de cama usados durante o exame físico médico e prestação de cuidados foram suficientes para a proteção da privacidade. Apesar destes resultados foi igualmente possível aferir que 92 participantes (40.4%) mencionaram que não se sentiram desconfortáveis quando ouviam a conversa de terceiros, 107 participantes (46.9%) referem terem-se sentido desconfortáveis porque outros utentes e outros membros da equipa multidisciplinar não envolvidos na sua situação clínica puderam ver partes do seu corpo durante o exame físico médico, 92 participantes (40.4%) referem ter ouvido as conversas de outros utentes com os profissionais de saúde, contrastando assim os resultados positivos acima descritos.

Referem ainda que quanto maior for o tempo de permanência do utente no serviço de urgência, a preocupação com a sua condição de saúde também aumenta, tornando-se a privacidade um tópico secundário de importância; que os serviços de urgência podem ter problemas relacionados com a privacidade devido a lacunas arquitetónicas sendo este um importante fator na proteção da privacidade e que as expectativas relacionadas com proteção da privacidade têm

impacto direto na relação de confiança a estabelecer entre utente e profissional de saúde.

Por fim, o estudo realizado por Saleem et al., (2022), apresenta resultados semelhantes. Afirmam que de uma forma geral a proteção da privacidade foi mantida durante a permanência dos utentes no serviço de urgência. Foi assim possível aferir que 55% dos participantes concordaram ou concordaram totalmente que a sua informação clínica não foi discutida em frente a outros utentes, 76% concordaram totalmente que lhes foi dada privacidade suficiente para a discussão da sua condição de saúde, 79% concordaram ou concordaram totalmente que os outros utentes não conseguiram ouvir as suas conversas com os profissionais de saúde, 79% concordaram ou concordaram totalmente que não conseguiram ouvir a conversa dos outros utentes com os profissionais de saúde, 80% discordaram ou discordaram totalmente que durante o exame médico foram observados por terceiros não relacionados com o seu processo de saúde e 85% referem não ter visto outros utentes aquando do exame físico médico dos mesmos. Apenas 10% dos participantes tiveram uma opinião neutra, concordaram ou concordaram totalmente que rejeitaram o exame físico médico devido a preocupações com a sua privacidade e 15% dos participantes tiveram uma opinião neutra, concordaram ou concordaram totalmente terem mudado ou omitido informação devido a preocupações com a sua privacidade.

Após a exposição dos resultados dos artigos analisados, pode-se constatar que os utentes afirmam que a perceção da sua privacidade é positiva. Embora este resultado seja positivo, o resultado ideal é de uma concordância à cerca da perceção da privacidade de 100%. Ou seja, os participantes referem existir privacidade nos serviços de urgência mas referem lacunas na mesma, nomeadamente, ouvirem as conversas dos outros utentes com os profissionais de saúde e conversas entre profissionais de saúde; terceiros ouvirem as suas conversas com os profissionais de saúde; verem e serem vistos durante o exame físico médico e a prestação de cuidados; as barreiras físicas como cortinas, roupa de cama e batas serem insuficientes para a manutenção da privacidade e alterarem ou omitirem informação aos profissionais de saúde pela perceção de carência de privacidade. Tudo isto condicionado pelas limitações que o serviço de urgência oferece como as barreiras físicas e ambientais, como a colocação dos utentes em sítios não destinados para o efeito, como os corredores; a não existência de salas

para a execução de exame físico médico ou transmissão de informação clínica; a falta de sensibilidade dos profissionais de saúde acerca da privacidade; a escassez e a pouca eficiência que as barreiras físicas (cortinas, roupa da cama e batas) têm na proteção da privacidade e a presença de familiares e passagem de terceiros nos corredores de forma constante.

Por fim, os enfermeiros que primam pelo cuidado holístico através do estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança, devem ter sempre presente a privacidade como um direito fundamental e que facilmente pode ser transgredido pela afluência e carga de trabalho a que estão sujeitos devido ao elevado número de utentes que utilizam os serviços de urgência.

Assim os enfermeiros deverão direcionar a sua prática profissional por forma a manter níveis máximos de privacidade dos utentes tal como preconizado pelo Artigo 107.º, alínea b) do Código Deontológico dos Enfermeiros, (2013), “Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão de tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa”.

Devem ainda exercer a sua atividade profissional na procura pela excelência da profissão, através da identificação de dificuldades sentidas diariamente. Segundo o Artigo 109.º, alínea a) do Código Deontológico dos Enfermeiros, estes têm o dever de “Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”, precedendo-se assim uma cultura de reconhecimento sem barreiras das limitações sentidas no dia-a-dia.

4. Conclusão

A privacidade dos utentes nos serviços de urgência é posta à prova todos os dias pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, devido às condições exigentes oferecidas pelos serviços de urgência e pela profissão de enfermagem. A passagem pelo serviço de urgência, associada à minha experiência profissional na mesma área, permitiram-me identificar momentos de carência de privacidade dos utentes.

Com a análise e discussão dos artigos conclui-se, contrariamente ao que seria expectável, que os utentes afirmam que a sua perceção de privacidade nos serviços de urgência é positiva. Contudo, segundo os estudos anteriormente apresentados, pode-se constatar que este sentimento positivista não é no seu esplendor, ou seja, existe uma margem de incumprimento no respeito pela privacidade dos utentes. Desta forma é necessário entender que existem fatores que contribuem para este incumprimento tais como: barreiras físicas e ambientais dos serviços de urgência, défice em formações acerca da temática e falta de sensibilidade dos profissionais de saúde em matéria de privacidade. Consequentemente existirão repercussões na relação terapêutica entre o profissional de saúde e o utente.

De salientar que estes resultados poderão divergir da realidade portuguesa, visto serem oriundos de diferentes partes do mundo, podendo ser o estudo de Espanha mais semelhante à nossa realidade pelas características culturais igualmente semelhantes.

Surge assim a necessidade de sustentar uma prática de cuidados, não só baseada no conhecimento científico, mas também no valor mais fundamental dos direitos humanos, a privacidade.

Como limitação do presente trabalho identifica-se o limitado número de artigos encontrados para análise sobre a temática, estendendo-se o período temporal de pesquisa e ainda a dificuldade em encontrar material inerente à temática segundo a realidade dos serviços de urgência portugueses.

Sugere-se a realização de mais estudos sobre a temática, a título de exemplo os estudos observacionais e estudos de caso, nos serviços de urgência, a nível nacional e das regiões autónomas e internacionais, sobre perceção dos

utentes acerca da sua privacidade assim como o impacto da perceção de privacidade dos utentes no estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz.

5. Referências Bibliográficas

- Anguita, M., Sanjuan-Quile, Á., Riquez, M., Anguita, M. C., Sanchis, R., & Lozoya, R. (2019). Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 59-68. <https://doi.org/10.12707/RIV19030>
- Assembleia da República. (1990). Diário da República: I série, n.º 195/1990.
- Constituição da República Portuguesa. (1976). Diário da República: I série, n.º 86/1976
- Duarte, J., Lahoz, J., Noaín, A., Mirallas, M., Moros, R., & Hernández, M. (2013). Patients' perception of privacy during emergency department care in hospitals in Aragón, Spain. *Emergencias*, 25, 445-450.
- Eyni, E., Hasani, S., Fereidouni, P., & Andi, S. (2017). Effect of nursing staff training on respecting the privacy of patients in the emergency department. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 4(2), 11-18. <https://doi.org/10.4103/2345-5756.231740>
- Lin, Y., Lee, W., Kuo, L., Cheng, Y., Lin, C., Lin, H., & Lin, T. (2013). Building an ethical environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department: a quasi-experimental study. *BMC medical ethics*, 14(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-8>
- Lin, Y., & Lin, C. (2010). Factors predicting patients' perception of privacy and satisfaction for emergency care. *Emergency Medicine Journal*, 28(7), 604-608. <https://doi.org/10.1136/emj.2010.093807>
- Ministério dos Negócios Estrangeiros. (1978). Diário da República: I série, n.º 57/78.
- Nayeri, N., & Aghajani, M. (2010). Patients' privacy and satisfaction in the emergency department: a descriptive analytical study. *Nursing ethics*, 17(2), 167-177. <https://doi.org/10.1177/0969733009355377>
- Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. (2021). *Portugal: Perfil de saúde do país 2021, estado da saúde na UE.*

https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Caracterização dos serviços de urgência na secção regional do centro: Conhecer para intervir*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17101/su.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Código Deontológico*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/Legislacao OE/CodigoDeontologico.pdf>

Ozturk, H., Sayligil, O., Musmul, A., & Acar, E. (2018). The perception of privacy in the emergency department: Medical faculty hospital as a case in point. *Konuralp Medical Journal*, 10(1), 26-33. 10.18521/ktd.356832

Plusch, J., & Muir, K. (2023). "Doc in the Box": The impact of an emergency department move on interprofessional collaboration, patient care, and clinician job satisfaction. *International Emergency Nursing*, 67, 101267. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2023.101267>

Proença, V., Matos, E., Campos, S., Neto, J., Costa, A., Bravo, D., & Silva, D. (2017). Humanização aos familiares de paciente em cuidados intensivos. *Revista Uningá*, 53(1). <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000200022>

Rowe, A., & Knox, M. (2023). The Impact of the Healthcare Environment on Patient Experience in the Emergency Department: A Systematic Review to Understand the Implications for Patient-Centered Design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 16(2), 310-329. <https://doi.org/10.1177/19375867221137097>

Saleem, S., Ali, S., Ghouri, N., Maroof, Q., Jamal, M., Aziz, T., & Rybarczyk, M. (2022). Patient perception regarding privacy and confidentiality: A study from the emergency department of a tertiary care hospital in Karachi, Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 38(2), 351. <https://doi.org/10.12669/pjms.38.icon-2022.5785>

Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Relatório grupo de trabalho: serviços de urgências*. <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%A0ncias.pdf>

Apêndice II – Formulário de Observação da Higiene das Mãos

Formulário de Observação da Higiene das Mãos

[Inicie sessão no Google](#) para guardar o seu progresso. [Saiba mais](#)

* Indica uma pergunta obrigatória


Dados do observador e da sessão

Nome do Observador *

A sua resposta _____

Data *

Data

dd/mm/aaaa 

Hora de início *

Hora

Hora de fim

Hora

__ : __

Duração da sessão (em minutos) *

A sua resposta _____

Serviço *

A sua resposta _____

Número de enfermeiros auditados (em algarismos) *

A sua resposta _____

Número de médicos auditados (em algarismos) *

A sua resposta _____

Número de assistentes operacionais auditados (em algarismos) *

A sua resposta _____

Número de outros profissionais de saúde auditados (em algarismos) *

A sua resposta _____

Dados observados

Categoria Profissional - Oportunidade 1

Selecionar ▼

Oportunidade 1

	Antes doente	Antes de um procedimento asséptico	Após risco de exposição a sangue e fluídos corporais	Após o contacto com o doente	Após contacto com ambiente envolvente do doente
--	--------------	------------------------------------	--	------------------------------	---

Categoria Profissional - Oportunidade 1

Selecionar

- Enfermeiro
- Médico
- Assistente Operacional
- Outro Profissional de Saúde

	Antes doente	Antes de um procedimento asséptico	Após risco de exposição a sangue e fluídos corporais	Após o contacto com o doente	Após contacto com ambiente envolvente do doente
Fricção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não Realizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luvas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Categoria Profissional - Oportunidade 2

Selecionar ▼