



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área  
de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

## **Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência/ Cuidados Intensivos**

Impacto das dotações seguras de Enfermagem na  
prevenção de eventos adversos em ambiente hospitalar:  
revisão scoping

Joana Sofia Sobral Olas

Março de 2026





**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **Impacto das dotações seguras em Enfermagem na prevenção de eventos adversos em ambiente hospitalar: revisão scoping**

**Estágio com Relatório Final, em contexto de Urgência e Cuidados  
Intensivos sob a orientação do Professor Doutor Eduardo Santos**

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de  
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Joana Sofia Sobral Olas

Março de 2026



Acredita sempre em ti próprio(a). Se fizeres isso, independentemente de onde estiveres, não terás nada a temer”.

(Hayao Miyazaki)



## **Agradecimentos**

Um percurso acadêmico é um marco profissional e pessoal, um momento de aprendizagem e desenvolvimento que nos desafia e põe à prova.

A concretização deste trabalho final representa um ponto culminante de um percurso exigente, e o resultado não advém apenas de um esforço individual, mas sim de um apoio e colaboração multifacetados.

Em primeiro lugar, expresso a minha gratidão ao meu orientador, Professor Doutor Eduardo Santos, pela orientação científica, pelo tempo dedicado e pela partilha do seu conhecimento especializado. A sua disponibilidade constante, a capacidade crítica e os incentivos foram determinantes para a estruturação, desenvolvimento e sucesso deste trabalho.

Aos meus tutores dos diversos estágios, que me acolheram, integraram, respeitaram e me permitiram ser decisora do desenvolvimento do meu percurso. A partilha de conhecimentos proporcionada e o seu profissionalismo permitiram, a cada etapa, ultrapassar os objetivos e as expectativas.

À minha família, pelo apoio incondicional e compreensão demonstrados ao longo de todo o percurso. A paciência e incentivo contínuos foram cruciais para a manutenção do foco e da resiliência necessários à conclusão deste ciclo de estudos.

Ao meu Marido, que foi o alicerce emocional e logístico e que apesar das ausências manteve o apoio e incentivo constante, e ao meu filho, que me fez recordar diariamente, a cada olhar, o propósito deste esforço. O vosso amor, paciência e compreensão tornaram esta realização possível.

Aos amigos que são família, que vivenciaram cada passo desta aventura e partilharam os sentimentos, emoções e conquistas. Ao Eduardo que manteve um apoio incondicional e inabalável, partilhou os meus sacrifícios e os meus compromissos de voluntariado, foi um confidente com disponibilidade total.

À minha Jacqueline, que me apoiou incondicionalmente e que, infelizmente partiu cedo de mais, sem me ver concluir este projeto.

A todos, o meu sincero Muito Obrigado!



## Resumo

**Introdução:** Este relatório corporiza as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, desenvolvidas nos estágios (Unidade de Cuidados Intensivos, Serviço de Urgência Polivalente). Inclui uma componente de investigação na área das dotações seguras de enfermagem para a prevenção de eventos adversos em ambiente hospitalar.

**Objetivos:** No relatório da componente clínica, o objetivo foi analisar crítica e reflexivamente as atividades que permitiram o desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Na componente de investigação, o objetivo foi mapear o impacto das dotações seguras de enfermagem na prevenção de eventos adversos em doentes internados em ambiente hospitalar.

**Métodos:** Abordagem descritiva/expositiva ao nível do relatório da componente clínica. Para a realização do estudo foi realizada uma revisão scoping com recurso ao método proposto pelo *Joanna Briggs Institute*. Os artigos foram selecionados no período de publicação de 2020 a 2025. A pesquisa foi feita na CINAHL Complete/MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive/ MedicLatina e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Os estudos encontrados foram posteriormente selecionados, tendo em consideração os critérios de inclusão e de exclusão, com inclusão de 7 artigos.

**Resultados:** O percurso formativo permitiu integrar o conhecimento científico, a competência técnica, liderança clínica e sensibilidade humana, a reforçar o compromisso com a excelência, a segurança e a humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica. A evidência mapeada revelou que as dotações adequadas de enfermagem e rácios favoráveis associam-se a menor ocorrência de eventos adversos e melhores resultados em saúde, sendo influenciadas pelo número de profissionais e pela organização do trabalho.

**Conclusão:** Adquiriram-se conhecimentos, aptidões e desenvolveram-se competências, resultando numa formação especializada. Os sete estudos incluídos na *scoping review* reiteram a necessidade de implementar políticas que assegurem dotações seguras de enfermagem, adequadas às necessidades dos doentes, como base para cuidados seguros e de qualidade.

**Palavras-chave:** enfermagem; segurança do doente; eventos adversos; qualidade em saúde.



## **Abstract**

**Introduction:** This report embodies the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing Care for the Critically Ill Person, developed during clinical the internships (Intensive Care Unit and Emergency Department). It includes a research component in the area of safe nursing staffing levels for the prevention of adverse events in a hospital setting.

**Objectives:** In the clinical component report, the aim was to critically and reflectively analyse the activities that enabled the development of skills in medical-surgical nursing, specifically in the area of nursing care for patients in critical condition. In the research component, the aim was to assess the impact of safe nursing staffing levels on the prevention of adverse events among inpatients in a hospital setting.

**Methods:** A descriptive/expository approach was adopted for the clinical component of the report. To conduct the study, a scoping review was carried out using the method proposed by the Joanna Briggs Institute. Articles were selected from those published between 2020 and 2025. The search was conducted in CINAHL Complete/MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive/MedicLatina and the Portuguese Open Access Scientific Repository. The studies identified were subsequently selected, considering the inclusion and exclusion criteria, resulting in the inclusion of 7 articles.

**Results:** The training pathway enabled the integration of scientific knowledge, technical competence, clinical leadership, and human sensitivity, reinforcing a commitment to excellence, safety, and the humanization of care for the critically ill person. The mapped evidence showed that adequate nurse staffing levels and favourable nurse-to-patient ratios are associated with a lower occurrence of adverse events and improved health outcomes, influenced by both staffing levels and work organization.

**Conclusion:** Knowledge, skills, and competencies were developed, resulting in specialized training. The seven studies included in the scoping review reinforce the need to implement policies that ensure safe nurse staffing, tailored to patients' needs, as a foundation for safe and high-quality care.

**Keywords:** nursing; patient safety; adverse events; quality of care.



## Sumário

Agradecimentos.....	7
Resumo .....	9
Abstract .....	11
Lista de tabelas .....	15
Lista de figuras .....	17
Lista de Abreviaturas, siglas e acrónimos .....	19
Introdução.....	21
PARTE I: Relatório da Componente Clínica.....	25
1. Estágio em Contexto de Urgência e Emergência e em Contexto de Cuidados Intensivos .....	27
1.1. Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP 2) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região centro do país .....	27
1.2. Caracterização do Serviço de Urgência Polivalente de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região centro do país .....	28
2. Processo de desenvolvimento de Competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EMC-EPSC) .....	31
2.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal .....	31
2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade .....	33
2.3. Domínio da gestão dos cuidados .....	36
2.4. Competências específicas do Enfermeiro Especialista no cuidar da pessoa em situação crítica .....	38
2.4.1. Prestação de cuidados à pessoa e família/cuidador em contexto de doença crítica e/ou falência orgânica .....	38
2.4.2. Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação .....	51
2.4.3. Assegurar a segurança do doente e a gestão de risco em contexto hospitalar .....	52
Reflexão final.....	59
PARTE II: Componente de investigação .....	63
Resumo .....	65
Abstract .....	67
Introdução.....	69
1. Enquadramento .....	73
2. Métodos .....	77
2.1. Localização dos estudos .....	77
2.2. Seleção dos estudos e critérios de elegibilidade.....	78
2.3. Extração e síntese dos dados .....	79

3. Resultados .....	81
Discussão .....	89
Conclusão .....	91
Referências bibliográficas.....	93
Apêndices .....	103
1. Apêndice II - Trabalho “Manual de Equipamentos: Operacionalização, Manutenção e Higienização” e “Lista de Verificação das Unidades/ Boxes” .....	105
2. Apêndice II - Trabalho “Check-list Pré-Cirúrgica” .....	151
3. Apêndice III - Expressões de pesquisa.....	177

## Lista de tabelas

Tabela 1	Síntese dos estudos incluídos na revisão scoping	<b>Pág.</b> 40
----------	--	-------------------



## Lista de figuras

Figura 1	Fluxograma PRISMA-ScR	<b>Pág.</b> 40
----------	-----------------------	-------------------



## **Lista de Abreviaturas, siglas e acrónimos**

**ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde

**CA** – Cateter arterial

**CE** – Conselho de Enfermagem

**CEEMC** - Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**CVC** – Cateter Venoso Central

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**DR** - Diário da República

**EAM** – Enfarte Agudo do Miocárdio

**EMC** – Enfermagem médico-cirúrgica

**EMC – PSC** – Enfermagem Médico Cirúrgica, à Pessoa em Situação Crítica

**EEEMC – PSC** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, à Pessoa em Situação Crítica

**ICN** - International Council of Nurses

**IACS** – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

**INEM** – Instituto Nacional de Emergência Médica

**MHI** - Monitorização Hemodinâmica Invasiva

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PBCI** - Precauções básicas do controlo da infeção

**PBE** – Prática baseada na evidência

**PCR** – Paragem Cardiorrespiratória

**PNSD** – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

**PSC** – Pessoa em situação crítica

**RCP** - Reanimação Cardiopulmonar

**RMN** - Ressonância Magnética Nuclear

**RT** – Responsável de turno

**SE** – Sala de Emergência

**SMI** – Serviço de Medicina Interna

**SO** – Sala de Observação

**SU** – Serviço de Urgência

**SUP** – Serviço de Urgência Polivalente

**TAC** - Tomografia Computorizada

**TM** – Triagem de Manchester

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**UCIP** – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

**UDC** – Unidade de Decisão Clínica

**ULS** - Unidade Local de Saúde

**VMER** – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

**VVAVC** – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

**VVC** – Via Verde Coronária

**VMI** – Ventilação Mecânica Invasiva

**VMNI** – Ventilação Mecânica Não Invasiva

## Introdução

A evolução científica e tecnológica tem motivado a Enfermagem evoluir cada vez mais, com uma constante atualização e adaptação de conhecimentos e cuidados diferenciados. O enfermeiro é responsável por adquirir competências, para assim puder desenvolver uma prática baseada na evidência (PBE) e tomada de decisão sustentada, traduzindo-se em cuidados efetivos, seguros e de qualidade.

A prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade exige uma transformação contínua nos modos de atuação dos enfermeiros, especialmente no contexto exigente do Serviço de Urgência e dos Cuidados Intensivos. Neste sentido, a adoção de PBE revela-se fundamental para assegurar decisões clínicas sustentadas, cuidados seguros, eficazes e ajustados às reais necessidades da pessoa em situação crítica (PSC).

Contudo, a implementação da PBE na prática clínica continua a ser um desafio para muitos enfermeiros, devido a limitações como a escassez de tempo, recursos, formação específica e acesso facilitado ao conhecimento científico atualizado. Estas dificuldades tornam evidente a necessidade de estratégias que promovam o desenvolvimento de competências nesta área, bem como a criação de condições organizacionais que favoreçam a sua integração no quotidiano profissional (Giesen et al., 2024).

As experiências partilhadas pelos enfermeiros em formação especializada, em diferentes contextos, evidenciam que a PBE é não só essencial, como também exigente, emergindo uma necessidade concreta de mais formação, tempo para a reflexão sobre a prática e o acesso facilitado a materiais adaptados à realidade dos serviços, de forma a proporcionar cuidados de excelência.

Foi precisamente a consciência destas necessidades que impulsionou a minha decisão de ingressar no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EMC-EPSC). Por outro lado, o facto de ter estado fora do país, quase uma década, a exercer funções e o desejo de obter qualificação como Enfermeira Especialista reforçaram ainda mais a minha motivação para o crescimento pessoal e para o exercício de uma prática mais autónoma, reflexiva e especializada. É com gáudio que afirmo que a frequência deste curso representou, deste modo, uma verdadeira metamorfose na minha trajetória profissional, que culminou com o ingresso no Instituto Nacional de Emergência Médica como profissional, ampliando as minhas competências e horizontes.

Como requisito deste percurso formativo, surge o presente Relatório Final de Estágio em Contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos, conducente ao grau de Especialista e Mestre em EMC-EPSC, ministrado na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), e divide-se em duas partes: Parte I - Relatório de Componente Clínica e Parte II - Relatório da Componente de Investigação.

Este relatório tem como objetivo dar ênfase e visibilidade às competências comuns e específicas do EEEMC-EPSC adquiridas ao longo dos estágios, evidenciando o processo de consecução através da sua descrição e posterior reflexão sobre a aquisição de juízo crítico fundamentado em evidências (Parte I).

Os estágios da unidade curricular decorreram em dois serviços de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região centro do país: Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) (de 16 de setembro de 2024 e dia 15 de novembro de 2024) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (de 18 de novembro de 2024 e dia 31 de janeiro de 2025), num total de 360h (180h cada).

Para operacionalizarmos esta parte utilizámos o modelo de prática reflexiva proposto por Donald Schön. A prática reflexiva tem base no conhecimento na ação e em três tipos de ações: saber em ação, a reflexão na ação e a reflexão sobre a ação. O autor defende a perspetiva do aprender fazendo, o conhecimento surge nas experiências vividas, no saber implícito que surge na prática. Num segundo nível, a reflexão na ação é descrita como a capacidade de pensar de forma consciente no que se está a fazer enquanto se está a fazer. Já o terceiro nível, a reflexão sobre a ação, ou a reflexão sobre a reflexão na ação, descreve a aptidão de visitar o que foi feito, procurando compreender como o ato contribuiu para a aquisição de conhecimento (Lopes et al., 2015).

Este relatório inclui ainda a componente de investigação intitulada "*Impacto das dotações seguras de Enfermagem na prevenção de eventos adversos em ambiente hospitalar: revisão scoping*" (Parte II). A escolha deste tema prende-se com o facto de a evidência sugerir uma associação entre os níveis de dotação de enfermeiros e os resultados clínicos dos doentes. Embora exista ainda investigação limitada sobre o impacto direto das intervenções dos enfermeiros nos resultados dos doentes, alguns estudos apontam que a avaliação sistemática do risco do doente por parte dos enfermeiros, utilizada como base para as decisões sobre a afetação de recursos e a distribuição de cuidados, contribui para a redução de eventos adversos, como as quedas, as infeções urinárias associadas a cateteres e a úlceras por pressão. Por outro lado, este modelo organizacional mostra benefícios adicionais, como a redução de horas extraordinárias e de custos associados ao internamento (Royal College of Nursing, 2021, 2022).

A terminologia “eventos adversos” foi definida pela Classificação Internacional da Segurança do Utente, em 2009, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo caracterizada como qualquer acontecimento que cause dano ao doente (The Joint Commission, 2022). Os dados existentes sobre a frequência destes eventos ao longo do percurso assistencial evidenciam que ainda há um longo caminho a percorrer em matéria de segurança do utente. Neste contexto, o envolvimento e a responsabilização das equipas multidisciplinares são fundamentais para a melhoria dos processos assistenciais e para a promoção de uma cultura organizacional segura (Direção Geral da Saúde [DGS], 2021). Uma abordagem aberta e assertiva sobre os eventos adversos permite encará-los como oportunidades de aprendizagem e de melhoria contínua dos cuidados prestados.

O interesse em torno dos eventos adversos tem vindo a crescer, sobretudo nos países desenvolvidos, o que se reflete na crescente produção científica sobre esta temática. A literatura descreve os eventos adversos como qualquer ocorrência que resulte em dano para o doente, sendo também relevante o conceito de “evento sentinela”, situações inesperadas que envolvem a morte, as lesões graves ou o risco significativo para o doente, que funcionam como um sinal de alerta, o que exige a análise aprofundada e intervenção imediata (The Joint Commission, 2022). De ressaltar, desde já, a existência de sistemas de notificação constitui uma ferramenta essencial para o rastreio, identificação e prevenção destes eventos, contribuindo para o reforço da segurança e da qualidade dos cuidados. Contudo, a sua utilização efetiva continua aquém do desejável, sendo a subnotificação uma realidade transversal. A prática de reporte encontra-se já mais consolidada em hospitais do setor privado em Portugal, enquanto, nos hospitais públicos, a sua implementação plena e adesão continuam ainda em fase de desenvolvimento e as ações promotoras de reportes facilitam a melhoria dos cuidados de saúde e tornam os sistemas de saúde mais eficientes.

É de salientar ainda que a segurança e a qualidade dos cuidados prestados só são asseguradas quando os níveis de profissionais estão em conformidade com a complexidade e exigência dos serviços. Quando a dotação é insuficiente, aumentam os riscos de eventos adversos, infeções não detetadas, quedas e até a mortalidade (Sworn & Booth, 2020). Importa ainda sublinhar que, embora uma redução pontual de profissionais numa única escala não revele impacto significativo imediato, a ausência de planos de contingência pode comprometer seriamente a continuidade e a segurança dos cuidados. Assim, a definição das necessidades de recursos humanos deve ter em conta as ausências planeadas e imprevistas, de forma a garantir uma resposta segura e eficaz (Yang et al., 2021; Zaranko et al., 2022).

A existência de sistemas de notificação de eventos adversos constitui uma ferramenta fundamental para a identificação, rastreio e prevenção de falhas nos sistemas de saúde, contribuindo significativamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para a

segurança do doente. No entanto, a sua utilização permanece aquém do esperado, sendo a subnotificação uma realidade persistente.

Para a consecução deste relatório, foi utilizada uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, sustentada numa pesquisa bibliográfica abrangente, o que permitiu a fundamentação das reflexões e de todas as ações realizadas. A sua elaboração regeu-se pelo guia orientador de trabalhos escritos da ESSV.

**PARTE I: Relatório da Componente Clínica**



## **1. Estágio em Contexto de Urgência e Emergência e em Contexto de Cuidados Intensivos**

A formação contínua, especializada e diferenciada é justificada pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados pelos serviços onde estagiei e para, assim, ir ao encontro dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC-EPSC, sendo que estes devem ser sempre baseados na melhor e mais recente evidência científica.

O contexto da realização do estágio de Opção 8 possibilitou o desenvolvimento pessoal e profissional, passando pelas competências técnicas e não técnicas. Como enfermeira especialista é indispensável desenvolver a capacidade reflexiva para ser capaz de mobilizar e aplicar a informação científica, técnica e relacional.

### **1.1. Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP 2) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região centro do país**

Os Serviços de Medicina Intensiva (SMI) destinam-se à observação e tratamento de doentes em situação clínica crítica, mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais em doentes que apresentem falência iminente ou estabelecida de uma ou mais funções vitais, onde são tratados em horário contínuo por pessoal médico e de enfermagem especializado. Os Serviços de Medicina Intensiva prestam cuidados a utentes críticos com patologias médicas e cirúrgicas (Administração Central do Sistema de Saúde - ACSS, 2024).

Segundo Pinho (2020), nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), o ambiente de trabalho exige constante atenção e responsabilidade profissional (ética e legal) por parte dos enfermeiros, necessitando de uma equipa de enfermeiros altamente especializados, inseridos numa equipa multiprofissional, com competências em cuidar da pessoa em situação crítica, a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, dando resposta em tempo útil.

A Unidade de Cuidados Polivalente 2 (UCIP 2) funciona no 3º Piso do Hospital da ULS. Tem dotação para 12 camas estando configuradas numa sala aberta com 3 camas, 2 salas com 2 camas e 5 quartos individuais. Recentemente inaugurada, responde à última revisão das Recomendações Técnicas redigidas pela ACSS.

Neste mesmo piso existe ainda a UCIP 1, que se localiza numa proximidade física do serviço. Tem dotação para 8 camas, dividindo-se numa Sala aberta com 4 camas e 2 quartos de 2 camas. Atualmente encontra-se desativada, mas está preventivamente equipada, para se necessário, aumentar a capacidade do SMI do hospital.

No que diz respeito aos recursos humanos, as equipas multidisciplinares são constituídas por assistentes operacionais, enfermeiros e médicos.

A equipa de enfermagem é constituída por 42 enfermeiros, estando distribuídos 7 no turno da manhã e tarde, e 6 no turno da noite. A constituição da mesma contempla enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas (em Enfermagem médico-cirúrgica (EMC), EMC à pessoa em situação crítica (PSC), enfermagem de reabilitação, enfermagem de saúde materna e obstétrica e enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. O cálculo de número de elementos necessários por turno é baseado na fórmula de cálculo presente no Regulamento no 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE) e no score da escala *Therapeutic Intervention Scoring System 28* (TISS28), avaliada uma vez por dia. Em cada turno há um enfermeiro responsável a quem é atribuído funções de coordenação e de gestão, e que, no cumprimento do previsto no artigo 21º do Despacho n.º 10319/2014 (de 11 de agosto), é obrigatoriamente portador do título de Enfermeiro Especialista.

Na unidade há ainda a presença assídua de outros grupos profissionais que participam ativamente nos cuidados, tais como técnicos de radiologia, fisioterapeutas, dietista/nutricionista. Se houver necessidade, pode ainda ser solicitada a colaboração de outros elementos que sejam pertinentes.

As rotinas do serviço são evolutivas e adaptadas com a situação e estado clínico do doente, mas assentam numa mesma base para cada turno. A disposição física do serviço e o equipamento disponibilizado (um computador à cabeceira de cada doente) permite uma simultânea observação in loco do doente, consulta de processo clínico e registos de enfermagem, promovendo um acompanhamento mais próximo, individualizado e holístico.

## 1.2. Caracterização do Serviço de Urgência Polivalente de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região centro do país

O Serviço de Urgência (SU) do mesmo Hospital é considerado um Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (Direção Geral de Saúde (DGS), 2001) e funciona no 2º Piso do hospital. Recentemente inaugurado, responde à última revisão das Recomendações Técnicas redigidas pela ACSS.

O SUP é o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, localizando-se em regra num hospital geral central/centro hospitalar. Deve dispor das valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo: medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, imuno-hemoterapia, anestesiologia, bloco operatório (vinte e quatro horas), imagiologia (radiologia convencional, ecografia simples, tomografia computadorizada - TAC), patologia clínica (devendo assegurar todos os exames básicos, vinte e quatro horas), garantir a articulação com as urgências específicas de pediatria, obstetrícia e psiquiatria segundo as respetivas redes de referência, e ainda das seguintes valências: gastroenterologia, cardiologia de intervenção, cirurgia cardiotorácica, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia vascular, neurocirurgia, imagiologia com angiografia digital e ressonância magnética nuclear (RMN), e patologia clínica com toxicologia (DR, despacho nº 18459/2006, 2006).

O espaço físico do serviço está dividido em várias áreas:

- Área de Triagem (onde se realiza a triagem pelo método de Triagem de Manchester - TM);
- Sala de Tratamentos Menos Urgentes (“Sala dos Verdes”);
- Sala de Tratamentos Urgentes (“Área de Amarelos”, “Área Médica” e “Cirurgia”);
- Sala de Pequena Cirurgia;
- Sala de Emergência;
- Sala de Observação (SO) dotada de 10 camas e dois quartos de isolamento, para internamentos curtos balizados entre as 24H e as 48H;
- Unidade de Decisão Clínica (UDC), que acolhe pessoas que necessitam de vigilância até à decisão clínica, tendo capacidade para cinco doentes;
- Posto de Informações.

No que diz respeito aos recursos humanos, é constituído por uma vasta equipa multidisciplinar que engloba assistentes operacionais, enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico, administrativos, vigilantes, entre outros.

A equipa de enfermagem é constituída por 110 enfermeiros, estando distribuídos 19 no turno da manhã (8h00-16h15) e tarde (16h00-24h00), e 16 no turno da noite (23h45-08h30). A constituição da mesma contempla enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas. A distribuição do número de elementos por turno foi calculada com base na fórmula de cálculo presente no Regulamento nº 743/2019 da OE (página 144), referindo ainda como ressalva que “(...) é necessário ponderar os elementos resultantes do conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, da semana e do mês, de cada serviço de urgência.” Este regulamento recomenda ainda que “em cumprimento do previsto no artigo 21.º, do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, que os enfermeiros que asseguram o

posto de trabalho da sala de emergência e os que são designados como coordenadores funcionais de turno, sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Relativamente aos enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem dos serviços de urgência da Rede, recomenda-se que 50 % sejam enfermeiros especialistas em EMC, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com formação em Suporte Avançado de Vida, em permanência nas 24 horas.”

Está ainda designado em cada turno um enfermeiro responsável a quem é atribuído funções de coordenação e de gestão, e que, no respeito do regulamento referido anteriormente referido, é obrigatoriamente portador do título de EEEMC-EPSC.

Este serviço dispõe ainda protocolos de Via Verde já implementados e em pleno funcionamento tais como: Via Verde Coronária (VVC) e Via Verde Acidente Vascular Cerebral (VV AVC). O SU encerra em si uma multiplicidade de ambientes em que se prestam cuidados de Enfermagem, com dinâmicas muito próprias exigindo do enfermeiro uma capacidade de adaptação constante.

O conhecimento aprofundado da constituição e da organização funcional do SUP e da UCIP revelou-se fundamental para a minha integração nas equipas multiprofissionais. Esta compreensão facilitou a adaptação às dinâmicas específicas de cada contexto e permitiu uma participação mais ativa e informada nos cuidados prestados. Mais ainda, contribuiu significativamente para a aquisição e aperfeiçoamento de competências especializadas na área da PSC, potenciando um desempenho mais seguro, autónomo e em conformidade com as exigências da prática profissional avançada.

## **2. Processo de desenvolvimento de Competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EMC-EPSC)**

A realização deste ciclo de estudos surge numa perspetiva de formação e evolução profissional contínua, indispensável para promover uma melhoria contínua dos cuidados baseada na melhor e mais recente evidência científica. O Enfermeiro Especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019).

Ainda segundo o mesmo regulamento, todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, partilham de um conjunto de quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Neste enquadramento, e reconhecendo a importância destes domínios para o exercício avançado da prática de enfermagem, apresento de seguida uma reflexão crítica sobre as competências que desenvolvi e/ou aperfeiçoei ao longo do percurso formativo e da prática nos contextos de urgência e de cuidados intensivos.

### **2.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal**

A Enfermagem é uma profissão intrinsecamente ligada à formação ético-moral, onde os alicerces do cuidado humano são estabelecidos. A ética, como dimensão pessoal e berço das ações individuais, converge para o desenvolvimento e para a universalidade. Por sua vez, a moral manifesta-se como a expressão social desses princípios éticos, conferindo-lhes um caráter normativo e formal (Carvalho et al., 2018).

O âmago da ação da Enfermagem é o ato de cuidar a pessoa e a sua família numa lógica sistémica. Neste sentido, o ato de cuidar pressupõe respeito, pela pessoa no seu contexto, com um olhar holístico.

As competências adquiridas durante o curso de licenciatura devem estar sempre presentes em todos os contextos, pois são necessárias bases sólidas para nos capacitar e desenvolver as competências de enfermeiro especialista. Durante este mesmo curso, temos o primeiro contacto com os documentos que regem a profissão e que vão acompanhar toda a carreira profissional, tal como o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e o Código Deontológico do Enfermeiro.

O conceito de dignidade, que deriva do latim *dignitas* (tradução do grego *axia*), por definição equivale ao “valor” ou ao “axioma” (segundo a tradição aristotélica), sendo frequentemente associado à ideia de valor intrínseco, “por si mesmo” (Botelho, 2017). Nesta abordagem, podemos afirmar que a dignidade se relaciona sempre com a vida, o bem, a justiça e a verdade. Em última análise, é a necessidade de considerar a vida humana e os direitos que lhe são inerentes que impulsiona a reflexão constante sobre a dignidade do ser humano, servindo de base para a criação dos códigos internacionais e, conseqüentemente, dos deveres éticos e legais que regem a prática profissional (Botelho, 2017).

O exercício da Enfermagem está formal e legalmente assente no respeito pela dignidade humana. De acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Artigo 97.º), os seus membros são obrigados a

*“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”.*

O Artigo 8.º do REPE (1998) refere ainda que os profissionais devem adotar uma conduta responsável e ética e atuar no estrito respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

Pela ótica da ética, a relação entre quem cuida e quem recebe cuidados regula-se por princípios e valores em que a dignidade humana são os verdadeiros alicerces e que deverão estar presentes, de forma evidente, em todas as tomadas de decisão e intervenções. No seu exercício profissional, o enfermeiro EEMC-EPSC observa os valores humanos intrínsecos da pessoa e dos grupos onde está inserida, assumindo o dever de a respeitar e fazer respeitar em toda a sua dimensão (Código Deontológico do Enfermeiro, 2005).

Durante o estágio, em ambos os contextos, demostrei um exercício seguro e profissional, utilizei habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Os cuidados por mim prestados assentaram sempre nos princípios éticos descritos pela OE (2015a): da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

No contexto da PSC e sua família, emerge uma multiplicidade de necessidades complexas, quer da própria pessoa quer do ambiente altamente diferenciado que a envolve. A magnitude e especificidade destas situações exigem do enfermeiro uma atuação centrada, competente e eticamente fundamentada, com vista à prestação de cuidados individualizados e de excelência. Neste sentido, torna-se essencial compreender como devemos, enquanto profissionais de saúde, agir de forma consciente e responsável, no respeito e promoção das

competências exigidas no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o que já está enraizado na minha prática profissional, desde o primeiro dia que me tornei enfermeira.

No âmbito deste primeiro domínio das competências comuns do Enfermeiro Especialista, procurei, ao longo de todo o percurso de formação, manter uma prática centrada na PSC e na sua família, norteadas pelos princípios reguladores da profissão e pelos valores ético-deontológicos que sustentam a prática de enfermagem.

A minha atuação pautou-se por um exercício seguro, responsável e tecnicamente competente, no qual se destacaram a capacidade de tomar decisões éticas, a reflexão crítica e o respeito pelos direitos fundamentais da pessoa. Os cuidados prestados assentaram nos princípios definidos pela OE (2015a) e já descritos, os quais estiveram sempre presentes na minha tomada de decisão clínica, para garantir que cada intervenção fosse orientada para o bem-estar da pessoa, respeitando a sua dignidade, valores e preferências.

Assim, considero que desenvolvi uma prática profissional ética, consciente do impacto das minhas decisões na vida da PSC e sua família, e comprometida com a promoção de cuidados seguros, humanizados e ajustados à complexidade do contexto, ou seja, tendo sempre em conta o aqui e agora.

## 2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

A melhoria do desempenho dos sistemas de saúde assenta, de forma prioritária, na definição, implementação e monitorização de políticas e estratégias orientadas para a qualidade dos cuidados. O reconhecimento crescente da necessidade de elevar os padrões de qualidade tem levado ao desenvolvimento de orientações estruturadas a nível internacional, nas quais se destaca o papel da OMS, que tem vindo a promover políticas integradas para a qualidade dos cuidados de saúde. Estas orientações reforçam a importância do envolvimento ativo dos profissionais de saúde enquanto agentes centrais da mudança, salienta também que a melhoria contínua deve ser sustentada no conhecimento científico, na experiência clínica e na participação dos profissionais que atuam na linha da frente, nomeadamente os enfermeiros.

Neste enquadramento, o regulamento n.º 140/2019 da OE define o domínio da melhoria contínua da qualidade como uma área fundamental da prática do Enfermeiro Especialista, integrando competências relacionadas com a dinamização de iniciativas institucionais no âmbito da governação clínica, bem como com o desenvolvimento e participação em programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Com base nestes pressupostos, ao longo do estágio em UCIP e em SUP, procurei prestar cuidados de enfermagem seguros, eficazes e centrados na PSC e sua família, sustentados na melhor evidência científica disponível. A minha atuação teve como foco primordial a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados, contribuindo para a promoção da saúde e para a satisfação da pessoa e da sua família. Em consonância com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC (2017), procurei antecipar potenciais focos de instabilidade clínica através da implementação de intervenções preventivas, atuando de acordo com *guidelines* e protocolos institucionais, nomeadamente na gestão de terapêuticas complexas e na utilização de dispositivos invasivos em contextos de urgência e emergência.

O cuidado à PSC foi sempre orientado para a promoção do seu bem-estar, recuperação funcional e readaptação ao processo de doença, respeitando as medidas de prevenção e controlo de infeção, em conformidade com os referenciais de qualidade. Esta prática encontra-se em conformidade com os objetivos definidos no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026) da DGS (2021), que enfatiza a redução do risco de eventos adversos, o reforço da cultura de segurança e a prestação de cuidados de saúde cada vez mais seguros, eficazes e centrados na pessoa.

A vivência prática nos contextos exigentes do SUP e da UCIP proporcionou-me oportunidades concretas para aplicar e desenvolver competências preconizadas pela OE nos seus Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC-EPSC. No domínio da prevenção de complicações, por exemplo, demonstrei capacidade de antecipação clínica e tomada de decisão segura, nomeadamente na monitorização rigorosa de parâmetros vitais e na atuação precoce perante sinais de deterioração do estado clínico, como no caso da gestão de protocolos de ventilação invasiva.

Relativamente à organização dos cuidados, participei na implementação de planos de cuidados integrados e na gestão de turnos em articulação com a equipa multidisciplinar, para a garantia da continuidade e da qualidade dos cuidados prestados. No SUP, evidenciei capacidade de resposta em situações de emergência, articulando cuidados rápidos, seguros e eficazes, em consonância com os protocolos institucionais e normas clínicas. Na UCIP, consolidei competências de comunicação terapêutica com famílias em contextos de elevada carga emocional, respeito os princípios éticos da autonomia e dignidade da PSC, tal como preconizado nos padrões da especialidade.

Participei ativamente em práticas de prevenção e controlo da infeção, respeitei rigorosamente os circuitos definidos, colaborei na atualização de procedimentos (Apêndice I e II) e demonstrei compromisso com a segurança do doente e com a melhoria contínua da

qualidade dos cuidados. Este percurso permitiu-me integrar e assumir responsabilidades na aplicação prática dos referenciais da especialidade, o que me permitiu consolidar o meu desenvolvimento como EEEMC-EPSC, de forma ética, segura e cientificamente informada.

O despacho n.º 6430/2017 identifica a segurança dos cuidados de saúde como uma área prioritária, destacando, entre outros aspetos, a prevenção de quedas e de úlceras por pressão. No que respeita à prevenção de quedas, na UCIP é utilizada a Escala de Morse para a avaliação do risco de queda, em conformidade com as recomendações da Norma n.º 008/2019 da DGS. De acordo com esta norma, a prevenção das quedas e das suas consequências constitui um objetivo de saúde pública a nível global, o que torna imprescindível a adoção de estratégias preventivas, tais como a educação e formação dos enfermeiros, no caso concreto, a criação de ambientes mais seguros, o incentivo à investigação nesta área e a implementação de políticas eficazes de redução do risco.

Na UCIP, a avaliação do risco de queda é realizada aquando da admissão e reavaliada com frequência, com identificação dos doentes como de risco sinalizados na unidade e nos respetivos registos diários. São implementadas medidas preventivas adequadas, incluindo a manutenção da cama na posição mais baixa, a elevação das grades das camas e macas, a utilização de equipamentos travados, a disponibilização da campainha ao alcance do doente, a garantia de iluminação adequada com luz de presença e a remoção de obstáculos nos percursos de marcha, em consonância com as orientações da DGS (Norma n.º 008/2019).

Relativamente à prevenção de úlceras por pressão, na UCIP é utilizada a Escala de Braden na admissão de todos os doentes e posteriormente de acordo com a periodicidade estabelecida, conforme as orientações da Norma n.º 017/2011 da DGS, o que permite a identificação precoce do risco e a implementação atempada de medidas preventivas adequadas.

No SUP, devido à elevada afluência e rotatividade de doentes, a avaliação formal do risco de queda nem sempre é possível. Contudo, este contexto apresenta um risco acrescido para a ocorrência deste tipo de incidentes, atendendo à tipologia de doentes, frequentemente com alterações do estado de consciência ou confusão. Assim, torna-se igualmente essencial assegurar medidas preventivas, como a vigilância contínua, a adequação dos espaços físicos, a elevação das grades das macas e a correta imobilização de macas e cadeiras. Estas intervenções foram por mim implementadas nos diferentes espaços de estágio, ajustando as práticas às especificidades de cada contexto assistencial.

Considero ter-me envolvido de forma ativa na dinamização e colaboração em projetos institucionais orientados para a qualidade dos cuidados, uma contribuição efetiva para a sua melhoria contínua. A minha prática de enfermagem foi ainda pautada por uma abordagem

centrada na pessoa e na sua família, fundamentada na evidência científica mais atual. Para tal, recorri sistematicamente à aplicação de protocolos, procedimentos e algoritmos de atuação em vigor nas instituições, assegurando a conformidade com as recomendações clínicas atuais e promovendo a segurança dos cuidados.

Adotei estratégias de comunicação eficaz, participei na prevenção e gestão de incidentes e promovi ambientes e práticas seguras, reforçando o compromisso com a excelência clínica. Neste percurso, considero ter prestado cuidados de enfermagem com elevados níveis de eficácia, eficiência e segurança, ou seja, a minha atuação esteve sempre norteada pelos princípios da qualidade em saúde. A prevenção de complicações e a organização estruturada dos cuidados especializados foram pilares da minha intervenção, o que reforçou a melhoria contínua da qualidade como uma componente essencial na prestação de cuidados especializados e diferenciados.

### 2.3. Domínio da gestão dos cuidados

A gestão é uma competência essencial do enfermeiro especialista, que exige capacidade de organização, liderança, adaptação e antecipação. Em contexto hospitalar, cada turno conta com um enfermeiro responsável de turno (RT), com funções de coordenação. De acordo com o Parecer Conjunto n.º 01/2017 do CE e CEEMC, este papel deve ser, preferencialmente, atribuído a um enfermeiro especialista, por ser o profissional mais habilitado a liderar, prevenir complicações e garantir a segurança e qualidade dos cuidados.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, procurei ativamente observar e integrar-me nas dinâmicas de gestão das unidades, acompanhando sempre que possível enfermeiros com funções de chefia e coordenação. No SUP, tive a oportunidade de realizar um turno sob orientação de um enfermeiro com responsabilidades de coordenação, onde colaborei na elaboração de escalas de serviço, planeamento de turnos, gestão de materiais e verificação da funcionalidade dos equipamentos disponíveis. Para além disso, acompanhei também outros elementos da equipa com funções delegadas de gestão, nomeadamente na transmissão de orientações, controlo de *stocks*, verificação de prazos de validade dos produtos e organização do ambiente de trabalho, contribuindo assim para a operacionalidade e segurança do serviço.

A oportunidade de acompanhar um Enfermeiro Especialista no exercício das suas funções de RT revelou-se particularmente enriquecedora, ao permitir-me compreender que a gestão de um serviço ultrapassa muitas vezes a esfera visível da atuação direta, constituindo-

se como um trabalho essencial, embora frequentemente pouco reconhecido. O RT distingue-se pela capacidade de liderança, gestão de recursos humanos e materiais, resolução de conflitos, supervisão e criação de um ambiente de confiança e segurança clínica. Esta vivência foi determinante para o meu crescimento profissional. Tendo em conta que, na minha prática habitual, desempenho também funções de RT, esta experiência permitiu-me consolidar uma visão mais abrangente e estratégica da gestão de cuidados, favorecendo a otimização de recursos e a melhoria da priorização de tarefas, tornando todo o processo mais fluido, eficaz e ajustado à realidade dos serviços.

A gestão dos cuidados em enfermagem representa um eixo substancial da prática profissional, que se articula com a procura contínua pela qualidade com uma assistência segura e eficaz, centrada na satisfação da pessoa e na melhoria das condições organizacionais. Esta dimensão da prática está refletida no regulamento n.º 140/2019 da OE, onde se define que o Enfermeiro Especialista deve gerir os cuidados de forma a otimizar a articulação da equipa de saúde e adaptar os recursos humanos e materiais às exigências do contexto assistencial, sempre com o foco na qualidade dos cuidados.

A importância da gestão por enfermeiros é reforçada no Regulamento n.º 76/2018 da OE, ao reconhecer esta função como determinante para a segurança clínica e para a obtenção de ganhos em saúde. Esta visão é consolidada pelo Decreto-Lei n.º 71/2019, que reconhece o papel da coordenação operacional das equipas de enfermagem como uma vertente central da atividade, com destaque para a relevância da figura do enfermeiro gestor.

A consolidação das minhas competências neste domínio permitiu refletir sobre temáticas como a liderança, a organização de equipas e a gestão de recursos, o que serviu de alicerce e a uma base teórica sólida aplicada na prática.

Particpei identicamente na operacionalização de práticas seguras durante os períodos de maior pressão assistencial, promovi o trabalho em equipa e assegurei a continuidade dos cuidados nos momentos de pausa e substituição de enfermeiros, ajustando os recursos humanos às necessidades do serviço. A gestão dos cuidados envolve a capacidade de delegar responsabilidades com segurança. Por essa razão, acompanhei várias vezes os meus tutores, enquanto responsáveis de turnos, colaborando na organização dos recursos disponíveis, planeamento de transferências, controlo da operacionalidade dos equipamentos e gestão de pedidos de material e medicação. Em particular, foquei-me na gestão de uma das áreas importantes do serviço, onde era necessário garantir a verificação diária de equipamentos como monitores, desfibrilhadores e carros de emergência, assegurando a reposição atempada dos materiais utilizados.

A elaboração do plano de trabalho foi outro aspeto observado, levando-me ainda mais a reconhecer a complexidade de distribuir os profissionais de forma equilibrada e estratégica. Numa unidade tão dinâmica e imprevisível, esta tarefa exige conhecimento aprofundado das competências individuais dos enfermeiros. Verifiquei que os especialistas em EMC são frequentemente atribuídos a áreas com maior complexidade clínica, como a triagem, áreas de emergência e de cuidados imediatos, dada a sua preparação para lidar com situações críticas.

#### 2.4. Competências específicas do Enfermeiro Especialista no cuidar da pessoa em situação crítica

Dada a complexidade envolvida na prestação de cuidados à PSC e à sua família/cuidador, é extremamente importante a atualização contínua de conhecimentos e o desenvolvimento de competências que sustentem uma PBE. Esta prática deve responder de forma eficaz às necessidades específicas da PSC e promover uma transição saudável no processo saúde/doença, com vista à sua recuperação integral (Regulamento n.º 429/2018, OE, 2018).

O perfil de competências do EEEMC-EPSC, definido no mesmo regulamento suprarreferido, inclui um conjunto de competências específicas, entre as quais se destacam: prestar cuidados à pessoa e à sua família/cuidador em contextos clínicos complexos, decorrentes de situações de doença aguda ou crónica; adaptar o ambiente e os procedimentos terapêuticos a estas realidades; e potenciar ações de prevenção, intervenção e controlo de infeções e resistências a antimicrobianos. Segundo o Regulamento n.º 429/2018, para que seja possível compreender a condição da PSC e da sua família/cuidador, prever complicações, intervir precocemente e assegurar cuidados de enfermagem eficazes e atempados, é primordial uma observação contínua e uma monitorização rigorosa. Este enquadramento exige uma prática profissional altamente especializada, centrada na avaliação constante e precisa.

Nesta secção, são abordadas individualmente as competências específicas do EEEMC-EPSC e será apresentada uma reflexão crítica sobre o seu desenvolvimento e consolidação ao longo do percurso de especialização.

##### **2.4.1. Prestação de cuidados à pessoa e família/cuidador em contexto de doença crítica e/ou falência orgânica**

Esta competência inicial, destacada no Regulamento n.º 429/2018, refere-se à capacidade do EEEMCE-PSC em mobilizar saberes e habilidades de forma holística e em tempo útil, considerando a complexidade da condição da PSC e da sua família/cuidador e a necessidade de respostas integradas por parte da equipa de enfermagem.

Embora os cuidados à PSC e à sua família/cuidador abrangam múltiplos contextos, o objetivo central permanece o de prestar cuidados especializados, como referido por Reis e Rabiais (2020). Devido à diversidade e exigência das situações envolvidas, esta competência foi desdobrada em várias unidades, o que me permitiu uma melhor definição do papel do EEEMCE-EPSC. As unidades incluem: resposta em situações emergentes ou de risco de falência orgânica; administração segura de terapêuticas complexas; gestão eficaz da dor e promoção do conforto; e a comunicação terapêutica com a pessoa e a família/cuidador, tendo em conta a gravidade da situação.

Durante a minha prática em contexto de estágio, prestei cuidados em situações de urgência e emergência, nomeadamente na fase inicial de atendimento, frequentemente ocorrida no SUP, cuja principal função é responder rapidamente a situações clínicas graves. A intervenção nestes contextos exigiu competências técnicas, emocionais e relacionais, fundamentais para apoiar a pessoa em sofrimento e os seus cuidadores/família.

Em contexto de UCIP, o trabalho do enfermeiro especialista deve basear-se na antecipação e nas avaliações da PSC, o que lhe permite perceber a evolução do seu estado de saúde e, assim, adaptar as intervenções de enfermagem especializadas consoante os focos de instabilidade identificados, sempre com a ótica de antecipar e diagnosticar precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos, da evolução clínica e do risco de falência orgânica.

Por conseguinte, primei sempre pela promoção do bem-estar e do conforto de todas as pessoas que foram alvo do meu cuidar. Esta preocupação foi transversal a toda a equipa que integrei. Durante a prestação de cuidados, orientei a minha prática pelo Modelo do Conforto de Kolcaba (2003), que valoriza o conforto como um estado dinâmico e essencial no processo de recuperação. Este modelo conceptualiza o conforto em três formas, alívio, tranquilidade e transcendência, e em quatro contextos fundamentais: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. A aplicação deste modelo permitiu-me prestar cuidados mais centrados na pessoa e nas suas necessidades individuais, promover não só o alívio dos sintomas físicos, mas também a estabilidade emocional, a segurança relacional e o bem-estar global da pessoa e da sua família/cuidador. Assim, o Modelo do Conforto revelou-se uma ferramenta fundamental na humanização dos cuidados e na promoção da qualidade de vida da PSC em contextos de elevada complexidade clínica.

Todavia, importa referir que uma das dificuldades na sua aplicabilidade é controlo da dor, pois a avaliação está dificultada pela falta de comunicação devido a diversos fatores: sedação, alteração do estado de consciência, disfunção cognitiva ou por se encontrarem com ventilação mecânica invasiva (VMI). A utilização de ferramentas estruturadas, validadas, viáveis e adequadas ao estado da pessoa é da máxima importância. Num doente vígil e com capacidade de comunicar, usa-se a Escala Numérica da Dor. Outra das escalas utilizadas numa UCIP é escala de comportamentos indicadores de dor (ESCID). Esta é usada em doentes incapazes de fazer uma autoavaliação (devido à gravidade da patologia ou por disfunção cognitiva), e está associada aos indicadores fisiológicos de dor (hipertensão, taquicardia, desconexão à ventilação, taquipneia, sudorese) e aos comportamentais (expressão facial, presença de movimentos ou posturas antiálgicas, aumento do tónus muscular e adaptação ventilatórias). A avaliação reflete-se numa atuação ou na adequação das medidas farmacológicas (como a administração de fármacos em SOS, bólus de sedação e analgesia) ou não farmacológicas (como alternâncias de decúbito, massagem, diminuição dos estímulos ambientais, promoção do sono, distração e presença do familiar, ...). O controlo da dor nestas pessoas, sempre realizado de maneira sistemática durante o turno, permite ao enfermeiro contribuir para a redução do nível de sedação e analgesia e níveis de *stress*, possibilitando a extubação precoce e com ganhos para a saúde.

A sedação (associada à analgesia) foi uma das áreas mais desafiantes, apesar de ser das mais próximas da minha realidade laboral. O trabalho em equipa multidisciplinar e a autonomia que é acordada ao enfermeiro especialista na gestão da mesma acarretam a responsabilidade, mas também aporta um grau de gratificação. Foi possível participar na gestão destes fármacos e no processo de “acordar” do doente. Claro que, para que a relação de confiança se estabelecesse com a equipa, foi necessário desenvolver uma capacidade reflexão constante tal como a capacidade de justificar os atos, ajudando assim a desenvolver competências específicas. Importa salientar, que ao longo destes processos de titulação, a utilização da escala *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) esteve sempre presente.

Durante a gestão de protocolos terapêuticos complexos, saliento a utilização de noradrenalina e as intervenções realizadas para o desmame da mesma, a realização de gasometrias (e interpretação da mesma ajudando a antecipar possíveis descompensações do doente crítico) e ajustes de medicação ou reposição de iões mediante prescrição ou protocolo de serviço.

A UCIP, um terreno de estágio fértil em oportunidades, marcou o meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista pelo grau de autonomia que é conferida ao enfermeiro. Esta posição permite uma adaptação e evolução mais fácil e rápida dos planos de cuidados, traduzindo-se em ganhos em saúde para o doente.

O meu percurso na UCIP, tal como no SUP, foi marcado por uma comunicação assertiva e empática, considerada como um comportamento interativo, ou seja, trata-se de dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados (*Internacional Council of Nurses (ICN)*, 2019)

A gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica é uma das competências específicas do EEEMC-EPSC, uma competência não-técnica, sendo atualmente reconhecida como igualmente importante quando comparada com as competências técnicas (INEM, 2020). Esta ajuda a estabelecer uma relação de confiança e envolve a troca de informações entre os vários intervenientes. A comunicação eficaz é um dos elos importantes no trabalho em equipa. Esta competência requer treino e foi possível desenvolvê-la e melhorá-la durante o estágio, o que resultou na obtenção de uma transmissão de informação clara, concisa e objetiva, validando com equipa a sua receção e interpretação. Este processo de comunicação aumentou a eficácia e coesão da equipa, onde fui recebida e integrada como parte da mesma.

Uma boa comunicação tem repercussões positivas no doente e no seu estado clínico, esta ajuda a proporcionar uma maior satisfação relacionada com o ato de cuidar, melhoria do sofrimento psicológico e da forma de lidar com ele, melhoria dos sintomas físicos, maior regularidade e adesão terapêutica, adoção de estilos de vida mais saudáveis, melhoria de alguns marcadores biológicos e diminuição do tempo de internamento (Cardoso, 2012).

Nas interações, uma das preocupações presente foi estabelecer uma relação terapêutica com o doente e familiares, tendo sido utilizada para os informar, de maneira acessível, do seu estado clínico adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde, como medida não farmacológica de controlo da dor e obtendo ainda um efeito calmante nas alterações de comportamento. A promoção desses momentos gerou respostas extremamente positivas da parte dos doentes, pois para estes, ser detentor da informação sobre a sua situação clínica tem um real valor. Contextualizando, muitas vezes era um “acordar” agitado e sem perceção da realidade, após um evento que estava incluído numa amnésia recente. Acordei ainda especial importância à comunicação não verbal em todas as suas vertentes: proxémia (relacionado com a distância interpessoal), cinésia (relacionado com as movimentações corporais) e paralinguagem (relacionado com as qualidades vocais e aos aspetos da voz que acompanham aquilo que é dito (DOHMS e GUSSO, 2021), importantes para ajudar a criar um ambiente de confiança e empatia.

As situações presenciadas durante o estágio permitiram ainda perceber as diferentes perspectivas de atuação e a abordagem de um doente ou familiares que vivem um evento, súbito ou não, mas frequentemente traumático. Foram oportunidades de aplicar as competências não-técnicas, tal como as relacionais, sendo o elo de referência e ligação entre a doente, a família/ cuidadores e a equipa multidisciplinar, e sempre que adaptado, promover o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva.

Ainda em contexto da UCIP pude expandir os conhecimentos na área de VMI e não invasiva (VMNI). A VMI é uma técnica utilizada com frequência no serviço e o conhecimento aprofundado sobre a mesma foi muito importante, pois permitiu-me dar uma resposta rápida e adaptada a cada situação e antever complicações que pudessem surgir. Durante o estágio, foi observada a utilização da mesma em doentes críticos com insuficiência respiratória aguda e multiorgânica, com traumatismo cranioencefálico (TCE) (com alterações do estado de consciência), politraumatizados e pós-cirúrgicos.

A utilização dos diferentes modos ventilatórios da VMI e a pesquisa efetuada sobre a mesma, permitiu-me adquirir conhecimentos teóricos, com aplicabilidade quer em contexto de estágio quer nas minhas realidades profissionais (bloco operatório e extra-hospitalar), levando a uma melhoria contínua dos cuidados baseada na melhor e mais recente evidência científica. Apesar de alguns cuidados serem transversais (tais como a importância da confirmação da localização do tubo endotraqueal (TET), da sua fixação (impedindo a mobilização), a manutenção dos circuitos ventilatórios, os alarmes estabelecidos, os modos e parâmetros ventilatórios e adaptação ao ventilador), houve uma nova realidade enquanto profissional que careceu de adaptação. Um exemplo que surgiu, ainda precocemente no estágio, foi a perceção que o doente com VMI nem sempre está sedado e analgesiado, apesar destes serem fundamentais, pois permitem o aumento da eficácia no tratamento ventilatório, melhorando o desconforto respiratório, permitem uma melhor adaptação e maior segurança. Mas, no processo de desmame, as doses destes mesmos fármacos são diminuídas, com o intuito de permitir ao doente adaptar-se à sua nova condição e de se avaliar a evolução da resposta fisiológica. Os modos ventilatórios mais utilizados no decorrer do estágio foram a ventilação controlada por volume e pressão (volume controlado – VC, e pressão controlada – PC, e a ventilação assistida por pressão de suporte - PS). Os parâmetros ventilatórios são de responsabilidade médica, mas houve a possibilidade abertura por parte desta equipa à discussão a quando do ajuste do mesmo, sempre com fundamentação (muitas vezes com evolução (positiva ou negativa) dos resultados gasimétricos).

Esta técnica invasiva implica a associação de cuidados de enfermagem especializados e que é espectável que o enfermeiro especialista domine e execute. A prevenção de lesões na zona de fixação do nastro e colocação do cuff na traqueia (com uma pressão ideal entre

os 20-30 cmH<sub>2</sub>O), monitorização do padrão respiratório, interpretação de gasimetrias, a permeabilidade das vias aéreas através da aspiração de secreções (otimizando a ventilação, prevenindo e tratando as atelectasias), a higiene da cavidade oral (prevenção da pneumonia associada à intubação - PAI) e brônquica. No contexto da utilização da prótese ventilatória, houve também a preocupação na prevenção da PAI.

O desmame ventilatório e a extubação são processos que se realizam com base na avaliação e decisão médica de acordo com a evolução clínica do doente, estado neurológico, estabilidade hemodinâmicos e ventilatória, valores gasométricos adequados, qualidade das trocas gasosas, quantidade de secreções brônquicas e reflexo de tosse. Entre os diversos fatores que contribuem para a chegada a este objetivo, importa reforçar a importância sessões de fisioterapia, que contribuem para trabalhar o recrutamento pulmonar, a reabilitação respiratória, a libertação e eliminação da expetoração traqueobrônquicas e melhorar a força e capacidade dos músculos respiratórios,

O processo de extubação é um momento que carece que o enfermeiro especialista ponha em prática as suas capacidades de antecipação de evolução do estado clínico doente, para que a segurança do doente não seja comprometida. Tive a possibilidade de participar neste processo, de maneira ativa, por diversas vezes. Para iniciar o procedimento, todo o material de reintubação deve estar preparado (insuflador manual com O<sub>2</sub> a 15l/min e máscara facial montada, laringoscópio montado e testado, TET do mesmo diâmetro disponível e mandril) e garantir que as medidas para evitar a aspiração pulmonar são aplicadas (cabeceira elevada, verificação de estase gástrica e colocação de sonda nasogástrica (SNG) em drenagem, aspiram-se as secreções da orofaringe e TET). Para além das competências técnicas, este momento delicado carece da aplicação de competências não técnicas (comunicação, gestão do *stress*, ...), pois a participação ativa e eficaz do doente é primordial no sucesso da mesma. Numa fase de pós-extubação (com sucesso) é necessário ficar particularmente atento para se conseguir monitorizar a capacidade ventilatória do doente, complementando com uma gasimetria (1h após), avaliando, deste modo, a adaptação (estabilidade hemodinâmica) do doente.

O estágio na UCIP foi uma oportunidade enriquecedora para retomar e aplicar técnicas fundamentais que, no contexto do bloco operatório, onde desempenhava habitualmente funções, eram menos frequentes. Em ambiente de cuidados intensivos, a monitorização hemodinâmica, quer não invasiva (MHNI) quer invasiva (MHI), é essencial na vigilância e gestão do doente crítico. A monitorização hemodinâmica não invasiva (MHNI) recorre a métodos que não exigem a inserção de dispositivos na rede vascular para recolha de dados. Apesar de menos invasiva, requer uma vigilância rigorosa quanto à correta colocação dos sensores (elétrodos, oxímetros, sensores de pressão, entre outros), para garantir a fiabilidade

das medições. Durante o estágio, esta abordagem foi frequentemente utilizada, nomeadamente na avaliação da frequência e ritmo cardíaco, oximetria de pulso, entre outros parâmetros básicos de vigilância clínica. Já a monitorização hemodinâmica invasiva (MHI) envolve técnicas como a inserção de linhas arteriais, que permitem uma leitura contínua e precisa da pressão arterial em tempo real, para além de possibilitarem a realização de gasimetrias arteriais. Também foram manuseados cateteres venosos centrais (CVC), utilizados para administração de fármacos, fluidoterapia e nutrição parentérica.

Com os avanços recentes, técnicas de MHNI, como a ecocardiografia à cabeceira (POCUS), bioreactância e pletismografia, têm vindo a expandir-se para contextos fora da UCI, nomeadamente em serviços de urgência (Beltrame et al., 2025). A utilização de modalidades não invasivas permite uma avaliação rápida, dinâmica e personalizada do estado hemodinâmico do doente, contribuindo para uma gestão mais eficiente dos fluidos e intervenções guiadas pela fisiopatologia. A integração destas tecnologias em abordagens multimodais e centradas no doente melhora a acuidade diagnóstica e possibilita intervenções atempadas, com impacto positivo nos desfechos clínicos e na gestão de recursos (Beltrame et al., 2025). Apesar das limitações inerentes a cada técnica, a sua utilização combinada oferece-nos informação em tempo real, constituindo-se como um valioso suporte à decisão clínica. A tendência atual aponta para a adoção de estratégias de avaliação hemodinâmica mais integradas e menos invasivas, sustentadas num raciocínio clínico centrado no doente e nos princípios fisiopatológicos subjacentes (Beltrame et al., 2025).

Aproveitei para reavivar conhecimentos sobre a nutrição parentérica (NPT) e a nutrição entérica (NE). No caso da primeira, a preparação da NPT, administrada por via endovenosa central ou periférica exige cuidados especiais na sua preparação e manipulação. As bolsas devem ser preparadas com técnica asséptica cirúrgica, sendo que a sua preparação respeita uma ordem pré-determinada. Estas podem também ser aditivadas, com potássio e oligoelementos entre outros, sendo que esta adição também respeita uma ordem específica (Rocha & Passos, 2020). No caso da NE permitiu-me rever a técnica de colocação de uma sonda nasogástrica (SNG), os cuidados de enfermagem necessários fazendo a ponte e refletindo à sua evolução para cuidados especializados.

Durante o estágio na UCIP, tive também a oportunidade de adquirir e aprofundar conhecimentos sobre as Terapias de Substituição Renal Contínuas (TSRC), amplamente utilizadas na gestão do doente crítico. A diálise, enquanto processo físico-químico, baseia-se na separação de duas soluções com concentrações distintas por meio de uma membrana semipermeável, permitindo a transferência de solutos e líquidos até se alcançar o equilíbrio (Pinho, 2020). Este mecanismo permite não só a remoção de fluidos em excesso, mas

também a correção de desequilíbrios eletrolíticos e ácido-base, para além da eliminação de produtos resultantes do metabolismo celular (Erdélyi & Trásy, 2024).

As TSRC são especialmente indicadas em situações de instabilidade hemodinâmica, catabolismo aumentado, necessidades nutricionais elevadas ou em doentes com sobrecarga hídrica e potencial de recuperação da função renal, representando uma opção terapêutica essencial nestes contextos clínicos, pela sua capacidade de manter o equilíbrio homeostático de forma contínua e controlada (Pinho, 2020). A disseminação da TSRC/CRRT constitui um marco relevante na evolução dos cuidados intensivos, tendo-se tornado uma prática de rotina em inúmeras UCI a nível mundial. Atualmente, integra o conjunto de terapias de suporte a órgãos vitais, a par da ventilação mecânica invasiva, suporte circulatório, monitorização hemodinâmica e terapêutica de fluidos (Erdélyi & Trásy, 2024). Apesar da sua ampla utilização, persistem diferenças significativas nas práticas e taxas de aplicação da TSRC a nível global (Saunders et al., 2024). Em alguns contextos, estima-se que até 20% dos doentes internados em UCI necessitem deste tipo de tratamento. Contudo, a sua implementação enfrenta diversos desafios, nomeadamente a escassez de profissionais especializados, limitações de recursos materiais, custos elevados, lacunas formativas e barreiras administrativas (Saunders et al., 2024). A TSRC é um procedimento extracorporeal que substitui eficazmente a função excretora renal na lesão renal aguda. Para além disso, as suas indicações têm-se expandido progressivamente, substituindo em muitos contextos as técnicas intermitentes tradicionais. Apesar de não existir evidência definitiva de superioridade em ensaios clínicos randomizados, vários indicadores clínicos apontam para melhores resultados em doentes hemodinamicamente instáveis. As atuais recomendações da KDIGO indicam a TSRC como terapia de primeira linha (nível 2B) na lesão renal aguda associada à instabilidade hemodinâmica (Erdélyi & Trásy, 2024; Saunders et al., 2024).

Durante o período de estágio contactei apenas com TSRC, especificamente com a hemodiafiltração venovenosa contínua (CVVHDF). É a técnica mais utilizada no serviço, baseada num mecanismo de difusão e convecção. Aplicada nos doentes mais graves e mais instáveis. Realizada de maneira contínua (aproximadamente 24h por dia e apenas interrompida para a realização de exames complementares de diagnóstico - ECD), através de um acesso arterio ou venovenoso, usando baixos débitos de fluxo sanguíneo (quando comparada a outras técnicas) e geralmente bem tolerada pelos doentes (alterações eletrólicas mais graduais e pressões de perfusão cerebral mais estáveis). Nos casos em que colaborei, a TSRC-CVVHDF foi realizada com citrato.

A vigilância do doente (quer a nível hemodinâmico, quer a nível metabólico) é indispensável para perceber a eficácia da técnica e antecipar possíveis complicações. Devido ao uso de citrato, os valores de cálcio eram monitorizados frequentemente para perceber os

ajustes necessários nos parâmetros ou prever a necessidade de reposição do mesmo. Essas reposições estendiam-se frequentemente a outros iões. O contacto com esta técnica foi um desafio para mim pela novidade que representava. Pude colaborar de maneira autónoma no apoio à colocação dos cateteres, mas na gestão da técnica fi-lo em pareceria com os enfermeiros tutores. Senti ainda a necessidade de realizar uma pesquisa teórica sobre o assunto, que me permitisse entender a globalidade dos efeitos da mesma no doente.

No que diz respeito às aprendizagens em contexto de SUP, ressalvo que passei por todas as suas áreas, com maior carga horária dedicada à Sala de Emergência. Esta experiência permitiu-me ter a perceção do circuito do doente na sua globalidade e dos possíveis encaminhamentos. Sendo este um serviço em que o doente crítico pode estar presente em qualquer lado, é importante treinar o olhar clínico para o possamos detetar antecipadamente.

Uma das particularidades deste serviço na abordagem ao doente crítico é a necessidade de mobilizar diversas competências e conhecimentos de maneira célere para prestar cuidados efetivos e de qualidade, pois no doente crítico trabalha-se muitas vezes em contrarrelógio. As competências técnicas e cuidados associados são os que mais aparecem em primeira linha de atuação, não sendo um critério de exclusão para as competências não técnicas, para a desumanização dos cuidados, falta de visão holística do doente e integração da família ou pessoa de referência. Para conseguir dar a resposta de maneira global a estas necessidades, o treino constante e a experiência na área são uma mais valia.

Durante o estágio tive oportunidade de conviver com uma diversidade de situações e patologias.

No SUP, onde estagiei, estão atualmente implementadas a Via Verde Acidente Vascular Cerebral (VVAVC) e a Via Verde Coronária (VVC). A Via Verde Trauma já está desenvolvida teoricamente e encontra-se a aguardar implementação. Falta ainda desenvolver e implementar a Via Verde Sépsis, havendo já um grupo de trabalho responsável pelo tema.

A maior casuística prendeu-se com as VVAVC e VVC, permitindo-me integrar os critérios de ativação, os protocolos do serviço e realizar o acompanhamento dos doentes durante o circuito (incluindo a ida aos exames complementares de diagnóstico - ECD) e colaboração com a transferência intra-hospitalar.

Tive ainda a oportunidade de realizar a abordagem inicial na receção de doentes críticos instáveis, colaborando nos cuidados imediatos necessários, gerindo as prioridades, e na implementação de protocolos terapêuticos complexos com a respetiva adaptação (mediante a evolução clínica) e antecipação e diagnóstico precoce das complicações resultantes dessa mesma implementação.

Um SUP é um terreno rico em oportunidades e este permitiu-me ainda prestar cuidados de saúde ao doente com afeções médico-cirúrgicas, identificar focos de instabilidade com uma adaptação imediata da resposta com execução de intervenções de enfermagem especializada; identificação de diferentes disritmias, as repercussões clínicas e antecipação dos protocolos de atuação, consulta dos protocolos terapêuticos existentes e algoritmos e aplicabilidade dos mesmos.

A implementação de medidas de suporte avançado de vida, como membro ativo da equipa de reanimação, aconteceu-me em duas situações permitindo-me passar por dois dos postos. A primeira vez fiquei responsável pela via aérea e a segunda vez pela administração de fármacos. Estas experiências permitiram-me valorizar todos os treinos realizados em contexto teórico escolar, mas também realizados no meu contexto profissional (incluindo no curso de SAV), demonstrando que, maneira natural, calma e sem necessidade de diálogo, os recursos humanos foram distribuídos, e ainda que equipas bem treinadas conseguem trabalhar em conjunto de maneira eficaz mesmo que os elementos não se conheçam.

A dor, considerado como o “5º sinal vital” (DGS, 2003), foi sempre tida em conta na abordagem do doente crítico. A sua avaliação foi sempre realizada com recurso à escala que mais adaptada ao estado de consciência e capacidade de comunicação do doente. A gestão da mesma foi promovida com uso de medidas farmacológicas e, sempre que adaptado, não farmacológicas também. O tratamento adequado da dor é uma parte fundamental da abordagem ao doente, não unicamente por razões éticas, mas também porque a dor mal controlada pode conduzir a maiores morbidades e a piores resultados a longo prazo (Fabbri et al., 2020).

A colaboração na colocação de cateteres venosos centrais (CVC) e arteriais (CA) para monitorização hemodinâmica invasiva (MHI) e a sua manipulação foram uma prática frequente. Esta oportunidade permitiu-me dar o meu *input* sobre a minha prática profissional de bloco promovendo a partilha de experiências e de práticas. Este aporte estendeu-se ainda à abordagem avançada da via aérea e principalmente à via aérea difícil, com uso de adjuvantes e material de apoio (vídeolaringoscópio, buggies, ...) aproveitando para partilhar conhecimentos sobre a utilização, manipulação e particularidades do mesmo. Já na abordagem à VMNI, aproveitei para desenvolver a competência, dado que era uma realidade para mim desconhecida, tendo-me sido permitido participar ativamente na adaptação do doente ao mesmo e na discussão sobre os ajustes dos parâmetros decorrentes das sucessivas avaliações da evolução do estado do doente.

Os registos informáticos no SUP são feitos com o recurso ao programa ALERT®. Pela disparidade de funcionamento com sistemas informáticos que uso diariamente, houve uma

necessidade acrescida de trabalhar com o programa para desenvolver um grau de autonomia nos registos. Na minha ótica, não é o programa de mais fácil utilização. Assim, considero ainda que, apesar de toda a informação pertinente estar registada, a mesma fica dispersa se não for escrita nas notas de enfermagem, duplicando os registos e sua consulta total carece de múltiplas ações.

À semelhança do que realizei em contexto de UCIP, também no SUP assumi a comunicação como um eixo central na ligação entre equipa multidisciplinar, doente e família. A comunicação eficaz constitui um dos pilares essenciais do trabalho em equipa, sendo uma competência que exige treino contínuo. Durante o estágio, tive a oportunidade de desenvolver e aperfeiçoar esta competência, assegurando uma transmissão de informação clara, objetiva e concisa, com validação da receção e correta interpretação por parte dos intervenientes. Este processo comunicacional contribuiu significativamente para o aumento da eficácia e coesão da equipa, tendo eu sido reconhecida como elemento ativo e integrado no grupo de trabalho.

Os cuidados centrados na pessoa (*Patient-Centered Care* - PCC) valorizam uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os doentes, envolvendo-os ativamente no processo terapêutico. Esta abordagem é vital para compreender a experiência do doente (*Patient Experience*, PE) e alcançar resultados clínicos eficazes, reduz a dor associada aos sintomas físicos, o sofrimento emocional e aumenta a satisfação do doente (Kim et al., 2024). A experiência do doente, entendida como a forma como este interage com o sistema de saúde, contribui para a qualidade dos cuidados através de uma comunicação eficaz, do respeito, da dignidade e do apoio emocional. A comunicação no âmbito dos cuidados centrados na pessoa é, assim, um elemento-chave da qualidade assistencial. Definido como um conjunto de comportamentos comunicacionais que fortalecem a relação entre enfermeiro e doente com base na confiança, o PCC está intimamente ligado às necessidades informativas do doente e ao seu desejo de participar nas decisões partilhadas. Esta abordagem desempenha um papel crucial no aumento da compreensão do doente, na perceção de empatia e no incentivo à sua participação ativa (Kim et al., 2024).

Ao longo do meu percurso formativo, procurei contribuir para a melhoria e gestão qualitativa da experiência do doente, analisando os diversos fatores que a influenciam numa perspetiva abrangente e integrada. Tive a preocupação de compreender quer as necessidades clínicas da pessoa em situação crítica, quer a forma como os diferentes fatores, comunicação, tempo de resposta, ambiente, envolvimento da família e organização dos cuidados, interagem e influenciam a perceção do doente e dos seus familiares. Reconheci que os cuidados centrados na pessoa são marcados por grande complexidade, sendo percecionados de forma distinta pelos vários intervenientes no processo assistencial. Durante o estágio, procurei considerar simultaneamente a perspetiva do doente, frequentemente

fragilizado pela doença aguda e pela perda de autonomia, e a perspectiva dos profissionais de saúde, confrontados com exigências técnicas e organizacionais elevadas.

Adotei, assim, uma visão integrada da experiência do doente, valorizando tanto os aspectos técnicos como os relacionais do cuidar. Procurei equilibrar as necessidades clínicas com as necessidades emocionais e informativas, promovi uma comunicação clara, empática e ajustada à situação. Acredito que esta postura contribuiu para uma maior eficiência na prestação de cuidados, reforçando a satisfação do doente e da família e promovendo uma prática verdadeiramente centrada na pessoa. Esta experiência permitiu-me consolidar a consciência de que a excelência em cuidados à pessoa em situação crítica não se resume à competência técnica, mas exige uma compreensão profunda das diferentes perspectivas envolvidas no processo terapêutico, bem como a capacidade de harmonizar essas dimensões no quotidiano clínico.

No que respeita à interação com o doente, o enfermeiro especialista deve utilizar a comunicação terapêutica como ferramenta de minimização do impacto emocional e psicológico, frequentemente associado à situação crítica e às transições forçadas entre contextos de cuidados (CEEMC, 2017). Neste âmbito, promovi uma comunicação individualizada, centrada na pessoa, adaptada à sua condição e dinâmica, sempre com objetivos bem definidos e adequados ao momento clínico e emocional da pessoa cuidada.

Uma boa comunicação tem repercussões positivas no doente e no seu estado clínico, esta ajuda a proporcionar uma maior satisfação relacionada com o ato de cuidar, melhoria do sofrimento psicológico e da forma de lidar com ele, melhoria dos sintomas físicos, maior regularidade e adesão terapêutica, adoção de estilos de vida mais saudáveis, melhoria de alguns marcadores biológicos e diminuição do tempo de internamento (Cardoso, 2012). Nas relações estabelecidas durante o processo do cuidar, o feedback foi sempre positivo, independentemente do desfecho. Nas interações, uma das preocupações presente foi estabelecer uma relação terapêutica com o doente e familiares, tendo sido utilizada para os informar, de maneira acessível, do seu estado clínico adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde. Quer o doente quer a família foram recetivos à minha presença e pode assim ser o elo de ligação. Nesta relação de comunicação procurei ter sempre uma escuta ativa, sem julgamentos ou preconceitos percebendo assim a realidade holística do doente; exprimi-me sempre de maneira clara e objetiva, validando com o recetor a compreensão da mensagem passada, respeitando o livre arbítrio de obter essa infirmação (e no caso dos familiares tendo sempre presente a vontade do doente, se houvesse possibilidade de se manifestar). Nestas situações acordei ainda especial importância à comunicação não verbal em todas as suas vertentes: proxémia (relacionado com a distância interpessoal), cinésia (relacionado com as movimentações corporais) e paralinguagem

(relacionado com as qualidades vocais e aos aspetos da voz que acompanham aquilo que é dito (DOHMS e GUSSO, 2021), importantes para ajudar a criar um ambiente de confiança e empatia. Durante esses momentos, e sempre que era adaptado, foi usada a ferramenta na promoção da educação para a saúde, existindo uma maior receptividade da parte do recetor (tendo em conta que a situação ainda está a ser vivida no presente).

A situação de conflito e, por consequência da sua gestão, foi uma realidade que esteve presente. As situações presenciadas durante o estágio permitiram ainda perceber as diferentes perspetivas de atuação e a abordagem de um doente ou familiares que vive um evento, súbito ou não, mas frequentemente traumático. A interação com diferentes pessoas, que se encontram em situações com uma forte carga emocional, dificulta o diálogo e obriga a um trabalho redobrado para estabelecer uma relação eficaz. No SUP esse descontentamento está muitas vezes ligado à “desinformação”, tendo sido quase sempre ultrapassado com uma discussão calma onde os diferentes pontos de vista eram explicados, nomeadamente também a ótica do serviço.

Existe ainda o outro lado do conflito, a gestão das equipas. Os conflitos entre os profissionais de saúde são frequentes no contexto hospitalar, resultando principalmente de diferenças de valores, objetivos e perspetivas entre os elementos da equipa multidisciplinar, utentes e respetivas famílias. Estes conflitos podem ocorrer dentro da mesma profissão e entre diferentes grupos profissionais (Nikitara et al., 2024). A evidência (Alshehry, 2022; Delak & Širo, 2022) demonstra que os enfermeiros experienciam níveis moderados de conflito no seu ambiente de trabalho, muitas vezes relacionados com divergências internas na equipa ou com outros profissionais de saúde. Apesar de o conflito ser frequentemente associado a efeitos negativos, a literatura indica que, quando adequadamente gerido, pode gerar resultados positivos, como o robustecimento do trabalho em equipa, o desenvolvimento do pensamento crítico e a criação de soluções inovadoras (Alshehry, 2022; Delak & Širo, 2022). Contudo, quando mal conduzido, o conflito pode comprometer a comunicação, diminuir a confiança entre profissionais, reduzir o desempenho, afetar a saúde mental e prejudicar a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente (Nikitara et al., 2024). Entre os enfermeiros, as consequências negativas podem incluir a diminuição do desempenho profissional, o aumento do absentismo e o maior risco de *burnout*. Em oposição, uma gestão construtiva do conflito pode aumentar a motivação, o compromisso organizacional e o *empowerment* estrutural, o que resulta, por norma, no desempenho individual e coletivo. Apesar de a existência de modelos teóricos bem definidos, a escolha do estilo de gestão de conflito pode ser influenciada por características pessoais, fatores contextuais, cultura organizacional e dinâmicas relacionais. Assim, o desenvolvimento contínuo de competências nesta área é decisivo para minimizar impactos negativos e promover ambientes de trabalho

mais saudáveis e eficazes na prestação de cuidados de saúde, essenciais num futuro Enfermeiro Especialista.

O desenvolvimento desta competência foi transversal a todo o estágio, onde a versatilidade de situações (com os seus diferentes graus de gravidade e complexidade) exigiu, da minha parte, uma adaptação constante para dar a resposta mais adequada. A alocação ao Posto das Informações (no acompanhamento ao enfermeiro responsável) permitiu-me perceber a real dificuldade de estabelecer uma comunicação (eficaz) e de dar resposta (imediate) às necessidades e prioridades (por vezes diferentes das que os cuidados exigiam) referidas pelos familiares ou pessoas de referência

As oportunidades que me surgiram de aplicar esta competência não-técnica foram aproveitadas, pois era uma das vertentes que eu pretendia desenvolver. Após alguns anos a trabalhar num serviço fechado, com doentes que passam a maior parte do tempo anestesiados, desenvolvemos uma relação diferente com os mesmos e respetivos familiares. No bloco operatório e no contexto extra-hospitalar desenvolve-se uma capacidade de estabelecer relações de cuidados diferentes, mais rapidamente (são “encontros” onde o tempo urge, onde o *stress* do doente está ao máximo e onde há necessidade de os cativar para estabelecer a relação de comunicação eficaz) mas onde o acompanhamento da evolução do doente no tempo é mais limitado.

#### **2.4.2. Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação**

O desenvolvimento desta competência passou pela revisão teórica e abordagem do tema com os Enfermeiros Tutores aquando da passagem na Sala de Emergência. No SUP, o plano interno de emergência e catástrofe encontra-se em atualização devido à abertura do novo serviço.

Durante o desenvolvimento desta competência foram discutidos os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe, explanando o seu meio de ativação e identificando os vários tipos de catástrofe e as respetivas implicações para a saúde. Abordou-se ainda a importância da equipa pluridisciplinar e pluriprofissional na organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos de intervenção, a definição das prioridades de atuação, protocolo START e respetivas avaliações iniciais e secundárias e a importância da adequação da resposta face à evolução dinâmica da situação,

O trabalho desenvolvido no serviço sobre este tema encontra-se armazenado num armário (fechado), previsto somente para este efeito, alocado na Sala de Emergência e que comporta todo material referente às situações de emergência e catástrofe.

Foram realizadas várias reflexões informais com troca de experiências e análises de situações já ocorridas no serviço. Este debate estimulou sempre o pensamento crítico, permitiu rever a resposta dada pela instituição e equipas, perceber os pontos negativos e positivos, sempre com o intuito da melhoria contínua da qualidade de cuidados de Enfermagem. E apesar de ter sido utilizado o modelo teórico, permitiu perceber a multitude de agentes envolvidos neste tipo de dispositivos, a articulação necessária entre o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) (no contexto extra-hospitalar) e o serviço (no contexto intra-hospitalar) e complexidade de gestão dos mesmos.

### **2.4.3. Assegurar a segurança do doente e a gestão de risco em contexto hospitalar**

No âmbito das competências específicas do EEEMC-EPSC, conforme descrito no Regulamento n.º 429/2018, destaca-se a responsabilidade de maximizar a prevenção, intervenção, o controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos em pessoas submetidas a processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, resultantes de situações de doença aguda ou crónica.

Tendo em conta o elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde, quer pelo próprio estado clínico do doente, quer pelo ambiente hospitalar e pelos procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou de manutenção da qualidade de vida, torna-se fundamental que o enfermeiro especialista atue de forma proativa e baseada na evidência. A sua intervenção visa reduzir complicações infecciosas, promover práticas seguras e contribuir para a contenção da resistência antimicrobiana, um dos maiores desafios da atualidade em saúde pública (OE, 2018).

Os erros fazem parte de qualquer setor de atividade. No setor da saúde também existe a possibilidade de ocorrência de erros. Os principais tipos de risco associados incluem erros cirúrgicos, erros no diagnóstico de doenças, falhas de equipamentos, entre outros (Rodziewicz et al., 2024). Estes erros são particularmente graves, pois estão diretamente relacionados com a saúde e a vida das pessoas. Perante o aumento dos riscos associados a erros, o setor da saúde, a nível mundial e nacional, tem vindo a apostar na implementação de práticas eficazes de gestão do risco, com o objetivo de garantir a segurança dos doentes através de estratégias adequadas (Alahmed, 2025).

A segurança do doente pode ser entendida como a diminuição do risco de ocorrência de danos evitáveis durante a prestação de cuidados de saúde, de forma a garantir que esse risco se mantém num nível considerado aceitável. Trata-se de um dos pilares fundamentais da qualidade assistencial (OMS, 2023). Neste âmbito, a cultura de segurança do doente refere-se ao conjunto de valores, crenças, atitudes, competências e comportamentos partilhados pelos profissionais de saúde, que moldam a forma como os riscos são identificados, comunicados e geridos nas instituições (Ferraz et al., 2026). Embora tenham sido implementadas diversas medidas normativas e organizacionais para reforçar a segurança, os eventos adversos continuam a ocorrer com frequência em contexto hospitalar (Ferraz et al., 2026). Esta realidade demonstra que ainda subsistem desafios significativos na consolidação de práticas consistentes e eficazes que garantam cuidados verdadeiramente seguros.

Para garantir a segurança do doente, durante o estágio, em ambos os contextos, desenvolvi a minha atividade num ambiente seguro e adotei boas práticas durante a globalidade do tempo presente em trabalho. Esta competência teve sempre por bases as práticas emanadas pela DGS e referenciadas no Plano Nacional para Segurança dos Doentes (PNSD) (estando neste momento na fase 2021-2026).

Visando a obtenção de competências de especialista trabalhei para desenvolver o agir com base no pensamento crítico e análise dos riscos associados ao doente, como a sua suscetibilidade e/ou vulnerabilidade, estado de saúde e possível evolução. Ao longo deste ciclo de estudos, estas competências deixam de ser opção e devem ser parte integrante na prática como enfermeira.

A UCIP já apresenta protocolos instituídos para a prevenção e controlo de infeção. No contexto da utilização de prótese ventilatória, aplica-se o protocolo de prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI), redigido de acordo com as diretivas emanadas pela norma nº 021/2015, atualizada a 17/11/2022 (“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação) (DGS, 2022). Estas passam por elevar as cabeceiras entre 30-45°, vigiar a estase gástrica, vigiar a posição da sonda gástrica e manter o Cuff com uma pressão de 20-30 cmH<sub>2</sub>O, executar a higiene oral de 4/4 horas, registar a frequência de aspiração e as características das secreções, e rever e avaliar diariamente a necessidade de sedação e ventilação mecânica. Outro dos protocolos instaurados serve para a prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical. Este traduz-se, em diariamente, avaliar a necessidade de manter a sonda vesical, lavar o meato com água e sabão, manter a sonda fixa em sistema fechado e com o reservatório abaixo do nível da sínfise púbica, e ainda vigiar os sinais de infeção. No caso da prevenção da bacteriemia associada aos acessos vasculares, executa-se a troca de penso (dos cateteres invasivos) com técnica asséptica a cada 5 dias

(penso semipermeável transparente), com troca dos sistemas de perfusão a cada 72h, desinfecção das portas de acesso antes do seu uso com solução alcoólica e vigiar o aparecimento de sinais de infeção (DGS, 2022). Já o protocolo relacionado com a prevenção da infeção do local cirúrgico tem em conta: a realização de rastreio de *Staphylococcus aureus* metilina resistente (MRSA) (sob critérios) e descolonização caso resultado positivo, banho pré-operatório com Clorohexidina 2-4 no dia anterior à cirurgia e no dia (exceto se contraindicação), realização de tricotomia com máquina de corte de uso único (e apenas se necessário), administração de profilaxia antibiótica cirúrgica quando indicada, garantir a homeostasia pré-operatória com normotermia ( $\geq 36^{\circ}\text{C}$ ) e a normoglicemia ( $\leq 180\text{mg/dl}$ ) e ainda manter uma boa saturação periférica de oxigénio ( $\geq 95\%$ ) (DGS, 2022).

Segundo a equipa, após as recomendações terem sido aplicadas, e com um trabalho prévio de sensibilização das equipas multidisciplinares, constatou-se uma diminuição de casos de infeção no serviço. Durante o período de estágio não houve nenhum caso infeção declarado relacionado com a aplicação destes 4 protocolos.

Enquanto futura Enfermeira Especialista, pude ainda participar na evolução das práticas do serviço através da dinamização de um projeto na área da qualidade e da gestão de risco, direcionada também para as PBCI, relacionado com os equipamentos existentes e utilizados na UCIP 2. Em conjunto com o restante grupo de estágio, elaborámos um “Manual de Equipamentos: Operacionalização, Manutenção e Higienização” com a respetiva ficha de registo, complementado ainda com uma “Lista de Verificação das Unidades/Boxes” dos doentes e respetiva folha de registo diário, para assim facilitar e protocolar a sua verificação (Apêndice I). O respetivo trabalho foi entregue e apresentado à Enfermeira Gestora, mas por questões de *timing* de estágio e do próprio serviço, não participámos na sua implementação.

A transição de cuidados é um dos pontos fulcrais na segurança do doente.

A transmissão de informação é a comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados (DGS, 2017).

A continuidade dos cuidados de enfermagem é fundamental e transmissão da informação de um modo eficaz é de extrema importância. A existência de um sistema de registos que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas é relevante pois constitui uma base de trabalho que comporta a avaliação inicial do doente, sendo usados como suporte na elaboração dos

planos de cuidados do doente. Estes momentos promovem ainda a análise e reflexão das práticas executadas e/ ou a executar.

Durante o estágio verifiquei que a passagem de turno nem sempre era realizada segundo as orientações da DGS, mas sim que esta era adaptada consoante a área onde o doente estivesse alocado. A DGS defende a utilização da metodologia *Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações)* e a sua mnemónica ISBAR (Norma nº 001/2017, DGS), reduzindo o risco de perda de informação. Contextualizando, o ISBAR era mais naturalmente utilizado pelos pares na passagem de um doente na sala de emergência que por exemplo num do SO. Nestes casos em que era aplicada, e tendo em conta os múltiplos cuidados prestados a cada doente e a complexidade dos mesmos, a quando da passagem de informações do *Assessment (Avaliação)* seguia a ordem da avaliação ABCDE, referenciando as alterações e as medidas tomadas para tentar corrigir as mesmas.

Enquanto futura EEEMC-EPSC, tive uma prática reflexiva, fazendo sugestões para melhorar da qualidade dos cuidados. Muitas vezes, um olho externo ao serviço consegue identificar, mais facilmente, algumas práticas que podem evoluir. Ao longo do estágio, sugeri a implementação da metodologia ISBAR (Identificação, Situação, Background/Antecedentes, Avaliação e Recomendação) na transmissão de informação (passagens de turnos/transferência do doente).

As transições de cuidados, especialmente nas transferências intra e inter-hospitalares, têm assumido uma importância crescente a nível nacional e internacional. Nestes momentos, ocorre a passagem de responsabilidades e de informação clínica entre profissionais de saúde, num processo designado por *handover* ou transmissão de turno, com o objetivo de garantir a continuidade dos cuidados e a segurança do doente (Chaica et al., 2024). No entanto, sobretudo nos serviços de urgência, este processo é considerado uma situação de elevado risco para a ocorrência de erros clínicos, dado que a complexidade e a instabilidade dos doentes aumentam a probabilidade de falhas na comunicação. As falhas na transmissão de informação são apontadas como uma das principais causas de eventos adversos, podendo comprometer seriamente a segurança do doente (Chaica et al., 2024). Organizações internacionais como a OMS e outras entidades ligadas à qualidade em saúde destacam a comunicação eficaz entre profissionais como um elemento essencial para cuidados seguros, particularmente durante a mudança de turno ou transferência de doentes (Cruz et al., 2023).

O processo de *handover* deve ir além da simples transmissão de dados clínicos, incluindo uma visão holística do doente, planeamento conjunto de cuidados e envolvimento do próprio doente e da família. Porém, no contexto da urgência, marcado por elevada

rotatividade, decisões rápidas e múltiplos intervenientes, nem sempre estão reunidas as condições ideais para assegurar privacidade, comunicação terapêutica e humanização dos cuidados. Ainda assim, promover o conforto do doente crítico deve ser uma finalidade intencional da intervenção de enfermagem (Chaica et al., 2024; Cruz et al., 2023). Neste contexto, a utilização de ferramentas de comunicação estruturadas revela-se fundamental. O modelo ISBAR é bastante recomendado por entidades reguladoras nacionais e internacionais como instrumento padronizado para garantir uma transmissão de informação clara, organizada e segura. A sua aplicação não se limita aos serviços de urgência, podendo ser utilizada em diferentes contextos hospitalares e pré-hospitalares (Chaica et al., 2024; Cruz et al., 2023; Sousa et al., 2025). A evidência demonstra que o uso do ISBAR favorece o trabalho interdisciplinar, melhora a tomada de decisão, aumenta a satisfação do doente, contribui para a resolução de conflitos nas equipas e reforça a cultura de segurança. Assim, trata-se de uma estratégia essencial para promover transições de cuidados mais seguras, eficazes e humanizadas (Chaica et al., 2024; Cruz et al., 2023; Sousa et al., 2025).

Outra das sugestões foi a alteração da etiqueta das pulseiras de identificação dos doentes, que segundo o PNSD, deve conter elementos identificativos fidedignos entre os quais o nome completo do doente e a data de nascimento. Ora atualmente, estas comportam o primeiro e último nome por extenso e os restantes apenas pela inicial, e a idade.

Em relação a outra vertente da segurança do doente, a gestão de risco em contexto hospitalar, pude consultar o plano de prevenção e controlo de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) tendo em conta as recomendações do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), e aceder às diretivas emanadas pelo Grupo de Coordenação Local (GCL) da PPCIRA. Este mesmo grupo pode ser solicitado e consultado para esclarecimento de dúvidas ou práticas. Em relação às práticas do serviço, considero que no geral a ideia da prevenção das IACS está presente e até mesmo enraizada no serviço, citando como exemplo o cumprimento da desinfeção das mãos e o respeito da etiqueta respiratória. A taxa de adesão e cumprimento não é de 100%, mas há uma preocupação e trabalho de terreno para que evolua nesse sentido. No desempenho do meu papel, foi aproveitando para sensibilizar e relembrar as equipas com que me cruzei para o uso das precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), aproveitando para lhes falar nas bases da fundamentação teórica, favorecendo assim alteração de comportamentos.

Evidências mostram que as IACS continuam a representar uma das principais causas de morbidade, mortalidade e aumento dos custos em saúde a nível mundial. Apesar de os progressos registados nas estratégias de prevenção e controlo da infeção, a sua incidência mantém-se elevada. Esta situação é agravada pelo crescimento da resistência aos antimicrobianos e pela crescente complexidade dos cuidados prestados aos doentes, que

frequentemente envolvem intervenções invasivas e tratamentos prolongados (Anand & Lahariya, 2025).

O *European Centre for Disease Prevention and Control* (2026) reforça que as IACS são infeções adquiridas pelos doentes durante o internamento hospitalar ou noutra instituição de prestação de cuidados e que, não obstante algumas possam ser tratadas de forma relativamente simples, outras podem ter consequências mais graves, afetam significativamente o estado de saúde do doente, prolongam o tempo de internamento, aumentam os custos hospitalares e causam sofrimento considerável. Entre os tipos de IACS mais frequentemente notificados destacam-se as infeções do trato respiratório, infeções do local cirúrgico, infeções urinárias, infeções da corrente sanguínea e infeções gastrointestinais, sendo que as infeções por *Clostridioides difficile* representam quase metade das infeções gastrointestinais (*European Centre for Disease Prevention and Control*, 2026). Estima-se que ocorram anualmente mais de 3,5 milhões de casos de IACS na União Europeia e no Espaço Económico Europeu (UE/EEE), resultando em mais de 90 mil mortes e correspondendo a cerca de 2,5 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs). Este impacto ultrapassa o peso cumulativo de outras infeções como a gripe e a tuberculose na UE/EEE (*European Centre for Disease Prevention and Control*, 2026). Ainda em conformidade com a mesma entidade, as IACS representam 71% dos casos de infeções causadas por bactérias resistentes aos antibióticos, incluindo microrganismos resistentes a antibióticos de última linha, como as *Enterobacterales* resistentes aos *carbapenemes*. É assim estimado que até 50% das IACS possam ser prevenidas e a implementação rigorosa de medidas de prevenção e controlo da infeção nas instituições de saúde é, por isso, fundamental para reduzir a sua ocorrência.

Na sua revisão, Anand e Lahariya (2025) destacam a relevância clínica das IACS e o seu impacto direto na segurança do doente, sublinhando a importância de sistemas eficazes de vigilância epidemiológica e de programas estruturados de controlo da infeção nas diferentes instituições de saúde. Os resultados indicam que uma percentagem significativa de doentes hospitalizados continua a ser afetada por estas infeções, sendo os dispositivos invasivos e os microrganismos resistentes aos antimicrobianos fatores determinantes. Verificou-se ainda que a implementação de sistemas de vigilância articulados com protocolos específicos de controlo da infeção e formação contínua dos profissionais contribui para a redução da incidência de IACS e para a melhoria da segurança dos cuidados. programas de gestão responsável do uso de antimicrobianos, aliados a práticas rigorosas de higiene e à integração de novas tecnologias, desempenham um papel fundamental na limitação da disseminação de agentes resistentes. Por conseguinte, os sistemas de saúde devem assumir a prevenção das IACS como uma prioridade estratégica, com o objetivo de proteger os

doentes, reduzir os custos terapêuticos e enfrentar de forma eficaz o desafio crescente da resistência antimicrobiana (Anand & Lahariya, 2025).

Ainda no âmbito da aquisição de competências no âmbito da Especialidade, pude participar na evolução das práticas do serviço através da dinamização de um projeto na área da segurança do doente, através da elaboração de uma *checklist* Pré-Cirúrgica, segundo as recomendações da DGS (Apêndice II). Para mim, foi uma oportunidade privilegiada de combinar a minha antiga realidade laboral (bloco operatório) com o desenvolvimento de novas competências enquanto futura EEEMC-EPSC, podendo contextualizar a minha experiência e concilia-la com a realidade de um SU e com as cirurgias de emergência ou de urgência. O respetivo trabalho foi entregue e apresentado à Enfermeira Gestora, mas por questões de *timing* de estágio e do próprio serviço, não participámos na sua implementação

## Reflexão final

A prática reflexiva constitui um instrumento fundamental para o desenvolvimento profissional avançado, pois permite ao enfermeiro transformar a experiência vivida em conhecimento estruturado e competência especializada (Schön, 1991). Neste sentido, o estágio representou um marco decisivo na consolidação do meu percurso enquanto futura Enfermeira Especialista.

Gribbin et al. (2016) defendem que a definição explícita de determinados aspetos do conhecimento profissional, como os processos, os métodos e as ferramentas utilizados na prática, é essencial para que uma área de intervenção possa assumir e manter um papel de liderança funcional dentro de uma organização. Adaptando-se esta perspetiva à enfermagem, particularmente no contexto de formação, torna-se evidente que ter tido o conhecimento de protocolos, estratégias de intervenção, instrumentos de avaliação e de modelos de decisão clínica foi deveras determinante para a minha afirmação como Enfermeira Especialista, enquanto elemento central na segurança dos doentes e na qualidade dos cuidados. Tal implicou estar consciente do que fiz, por que fiz e com que finalidade intervi, um exercício que promoveu uma atuação mais eficaz na resolução de problemas complexos com os quais me deparei ao longo do estágio, independentemente do local. Este processo remete para o conceito de *knowing-in-action* descrito por Schön (1991), entendido como o saber incorporado na prática, muitas vezes implícito, que orienta a ação do profissional em contexto real.

Schön (1991) introduziu ainda o conceito de *reflection-in-action*, atribuindo-lhe uma função importante: questionar os pressupostos que sustentam o saber em ação. Ou seja, o profissional não se limita a agir de forma automática, mas reflete no próprio momento da intervenção, reorganiza estratégias, reformula a compreensão da situação clínica e redefine o enquadramento do problema. No contexto do estágio, esta reflexão revelou-se fundamental, sobretudo em situações de instabilidade clínica, onde foi necessário ajustar intervenções perante as alterações súbitas do estado do doente.

Importa salientar que o conhecimento profissional se desenvolve de forma significativa através da experiência. Na prática clínica, o conhecimento experiencial constitui um elemento estruturante na tomada de decisão. Como sustenta Benner (2005), os enfermeiros menos experientes tendem a focar-se nos aspetos mais visíveis ou superficiais da situação clínica, enquanto os enfermeiros especialistas conseguem interpretar os problemas com base nas suas características subjacentes, integrando sinais, sintomas e contexto de forma mais global. A autora reforça que a resolução eficaz de problemas complexos não depende apenas de uma base sólida de conhecimentos, mas também da capacidade de os mobilizar de forma

adequada em diferentes contextos (Benner, 2005). No meu percurso formativo, foi evidente que, à medida que aumentava a exposição a diversas situações clínicas, como falência multiorgânica, instabilidade hemodinâmica ou risco de deterioração aguda, também se desenvolvia a minha competência na análise crítica, prioridade e tomada de decisão.

A experiência acumulada permitiu-me construir referências internas que facilitaram a antecipação de complicações, a interpretação de alterações subtis e a adaptação das intervenções às necessidades específicas de cada PSC e sua família/cuidador. Assim, a minha competência profissional evoluiu progressivamente com a integração entre conhecimento científico, prática refletida e experiência clínica. Este processo reforçou a importância da prática reflexiva no meu desenvolvimento como futura EEEMC-EPSC, mostrando-me que a excelência em contexto crítico não resulta simplesmente do domínio técnico, mas da capacidade contínua de pensar sobre a ação, aprender com a experiência e transformar cada situação num momento de crescimento profissional.

Ao longo do meu percurso formativo, desenvolvi progressivamente a capacidade de agir com pertinência e adequação, fui sempre ajustando a comunicação e a informação transmitida às necessidades específicas da PSC e da sua família/cuidador. Em contextos de elevada complexidade e vulnerabilidade, aprendi a modular a linguagem, a selecionar a informação relevante e a respeitar o momento emocional de cada interlocutor. Esta competência revelou-se particularmente importante na interação com familiares em situação de incerteza clínica, exigindo clareza, empatia e responsabilidade ética. No que respeita à autonomia profissional, evidenciei uma evolução significativa na implementação de intervenções de enfermagem diferenciadas, sustentadas no raciocínio clínico avançado e na melhor evidência científica disponível. A consolidação de competências técnicas e relacionais aproximou-me do perfil desejável do Enfermeiro Especialista, nomeadamente na capacidade de dar prioridade aos cuidados, antecipar complicações e atuar com segurança em situações de instabilidade.

Relativamente à mobilização e transferência de conhecimentos, reconheço que os saberes adquiridos ao longo deste percurso foram condições *sine qua non* para sustentar a minha prática presente e futura. A integração entre a teoria e a prática tornou-se evidente na aplicação de protocolos, na utilização de ferramentas estruturadas de comunicação e na fundamentação das decisões clínicas. Acresce também a participação ativa em momentos de partilha de conhecimento com colegas e equipa multidisciplinar o que me permitiu consolidar aprendizagens e desenvolver competências específicas e colaborativas.

Aprendi igualmente a valorizar o princípio do “aprender a aprender”, reconhecendo no Outro, fosse colega, orientadores ou membros da equipa, uma fonte de conhecimento e de

crescimento profissional. A capacidade de analisar criticamente cada situação, identificar necessidades de melhoria e ajustar as intervenções contribuiu para o desenvolvimento de uma postura reflexiva e autónoma. Este processo de aprendizagem contínua revelou-se essencial na adaptação a contextos novos e exigentes, característicos dos cuidados à PSC/família/cuidador.

As competências desenvolvidas ao longo deste percurso apresentaram uma forte dimensão transversal e atitudinal, refletindo-se na capacidade de transferir e mobilizar saberes em diferentes contextos clínicos. Desenvolver e demonstrar competências não significou simplesmente deter conhecimento teórico, mas saber aplicá-lo de forma contextualizada, segura e ética. Assim, o saber foi consolidado através das aquisições científicas, enquanto o saber-fazer se traduziu na capacidade de intervir eficazmente quando a situação clínica o exigiu. Assim, posso reiterar que consegui ligar o conhecimento, à prática e à reflexão crítica, reforçando a construção de uma identidade profissional orientada para a excelência, segurança e humanização dos cuidados à PSC/família/cuidador.

A dimensão da liderança clínica revelou-se igualmente relevante. Mesmo enquanto estudante de mestrado, compreendi que o Enfermeiro Especialista se assume como um interveniente ativo na dinamização da equipa, na promoção de boas práticas e na influência positiva sobre a cultura de segurança. A participação em momentos de discussão clínica, análise de situações complexas e partilha de conhecimento permitiu-me reconhecer a importância da comunicação assertiva, da colaboração interdisciplinar e da tomada de decisão partilhada. De igual modo, reforcei a relevância da investigação e da prática baseada na evidência. A necessidade perseverante de fundamentar intervenções, questionar práticas instituídas e procurar melhoria contínua consolidou em mim uma postura crítica e investigativa. Percebi que o Enfermeiro Especialista não se limita à execução técnica, mas assume identicamente um papel ativo na produção e aplicação do conhecimento científico.

Porém, para além da vertente técnica e científica, destaco o impacto humano desta experiência no que concerne ao cuidar a PSC/família/cuidador, que equivale a cuidar da vulnerabilidade, da incerteza e do sofrimento. A comunicação com as famílias/cuidadores em contexto de instabilidade e prognóstico reservado exigiu sensibilidade ética, empatia e equilíbrio emocional. Aprendi que a excelência técnica perde significado se não for acompanhada de uma presença terapêutica genuína e humanizada.

Os desafios vivenciados, nomeadamente a gestão do stresse, a necessidade de priorização em ambiente de elevada exigência e a exposição a situações emocionalmente intensas, contribuíram para o fortalecimento da minha resiliência e maturidade profissional.

Cada dificuldade constituiu uma oportunidade de crescimento, levando-me a consolidar a minha identidade enquanto profissional reflexiva, ética e comprometida.

Por tudo, posso afirmar que o estágio foi profundamente transformador. Permitiu-me integrar conhecimento científico, competência técnica, liderança clínica e sensibilidade humana, aproximando-me do perfil de EEEMC-EPSC. Saio deste percurso mais consciente da complexidade do cuidar em contextos críticos, mais segura nas minhas competências e firmemente comprometida com a excelência, a segurança e a humanização dos cuidados.

**PARTE II: Componente de investigação**



## **Impacto das dotações seguras de Enfermagem na prevenção de eventos adversos em ambiente hospitalar: revisão scoping**

The Impact of Adequate Nursing Staffing Levels on the Prevention of Adverse Events in Hospital Settings: A Scoping Review

### **Resumo**

**Introdução:** As dotações seguras de enfermeiros são uma condição *sine qua non* na gestão dos recursos humanos em enfermagem. O seu planeamento e monitorização constituem-se como instrumentos essenciais para a gestão dos cuidados, pois permite alocar os recursos disponíveis de acordo com as necessidades reais dos doentes.

**Objetivo:** Mapear o impacto das dotações seguras de enfermagem na prevenção de eventos adversos em doentes hospitalizados.

**Métodos:** Foi realizada uma revisão scoping de acordo com a metodologia do Joanna Briggs Institute. Foram incluídos artigos publicados de 2020 a 2025. A pesquisa foi feita na CINAHL Complete/MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive/MedicLatina e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Os estudos encontrados foram posteriormente avaliados, tendo em consideração os critérios de inclusão e de exclusão, com inclusão de 7 artigos.

**Resultados:** A evidência científica demonstra que as dotações adequadas de enfermagem e os rácios favoráveis estão associados a menor ocorrência de eventos adversos, nomeadamente, a mortalidade e as infeções associadas aos cuidados de saúde e a melhores resultados em saúde, sendo influenciadas pelo número de profissionais e pela organização do trabalho.

**Conclusão:** As dotações seguras de enfermagem estão associadas à promoção da segurança do doente e da qualidade dos cuidados, o que reforça a necessidade de implementar políticas ajustadas às necessidades dos serviços e dos doentes.

**Palavras-chave:** enfermagem; segurança do doente; eventos adversos; qualidade em saúde.



## **Abstract**

**Introduction:** Safe nurse staffing is a sine qua non condition in the management of nursing human resources. Its planning and monitoring are essential tools for care management, as they allow the allocation of available resources according to patients' actual needs.

**Objective:** To map the impact of safe nurse staffing on the prevention of adverse events in hospitalized patients.

**Methods:** A scoping review was conducted following The Joanna Briggs Institute methodology. Articles published between 2020 and 2022 were included. The search was carried out in CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MedicLatina, and the Portuguese Open Access Scientific Repository. The selected studies were assessed according to predefined inclusion and exclusion criteria, resulting in the inclusion of 7 articles.

**Results:** Scientific evidence shows that adequate nurse staffing levels and favorable nurse-to-patient ratios are associated with a lower occurrence of adverse events, namely mortality and healthcare-associated infections, as well as improved health outcomes. These outcomes are influenced by both the number of professionals and the organization of work.

**Conclusion:** Safe nurse staffing levels are linked to patient safety and quality of care, reinforcing the need to implement policies tailored to the needs of services and patients.

**Keywords:** nursing; patient safety; adverse events; quality of care.



## Introdução

A adequação do número de profissionais e das suas competências às necessidades dos clientes constitui um fator determinante para a qualidade e segurança dos cuidados. Ambientes de prática profissional que maximizem os resultados dos doentes, assegurem a saúde e o bem-estar dos enfermeiros e permitam alcançar um ótimo desempenho organizacional constituem um dos principais desafios da atualidade (Ribeiro et al., 2023). Neste contexto, as recomendações internacionais destacam o papel fundamental da liderança, da comunicação, da dotação adequada de profissionais, do trabalho em equipa, das competências clínicas, da autonomia profissional e do reconhecimento (Santos et al., 2023).

Embora, no contexto internacional, existam recomendações de melhores práticas para a promoção de ambientes saudáveis de prática profissional, após a recuperação de uma pandemia, torna-se emergente refletir sobre a realidade e, simultaneamente, sobre o investimento que tem sido realizado em alguns contextos no sentido de garantir qualidade e segurança, acrescentando valor aos cuidados prestados (Pereira et al., 2023; Santos et al., 2023). A qualidade é, reconhecidamente, um termo de difícil definição e operacionalização, sendo considerada um atributo de valor que se eleva quando supera as expectativas dos clientes, mediante o alcance de melhores resultados em saúde (Santos et al., 2023).

Em meados do século XIX, uma das pioneiras deste movimento foi Florence Nightingale, que lançou as bases da enfermagem moderna. Ao atuar na Guerra da Crimeia, os resultados obtidos representaram um marco para a qualidade da assistência de enfermagem. Nightingale defendia, por exemplo, o agrupamento dos doentes mais graves e com maior grau de dependência em setores onde a enfermagem pudesse assegurar vigilância e atendimento constantes (Santos et al., 2023). A sua preocupação central incidia ainda sobre as condições ambientais, como ar e água limpos, controlo de ruídos, rede de esgotos adequada e condições térmicas apropriadas, e sobre a forma como estes fatores influenciavam a recuperação do doente. Além disso, recorreu a sistemas de recolha e análise de dados de mortalidade, o que contribuiu para a melhoria dos cuidados prestados aos soldados feridos (Santos et al., 2023).

Apesar do destaque desta precursora da enfermagem moderna, os conceitos e as práticas da qualidade foram posteriormente desenvolvidos no contexto industrial, inicialmente por pensadores norte-americanos, alcançando maior expressão no contexto da revolução industrial japonesa após a Primeira Guerra Mundial. Trata-se de um movimento relativamente recente que, progressivamente, foi incorporado noutras áreas, entre elas a saúde, assumindo,

atualmente, um papel central na organização e melhoria contínua dos cuidados prestados (Santos et al., 2023).

É reconhecido que os enfermeiros representam cerca de metade da força de trabalho em saúde a nível mundial e o custo associado à prestação de cuidados de enfermagem em internamento hospitalar constitui um dos principais fatores de custo para os sistemas de saúde. Garantir níveis adequados de dotação de enfermeiros às necessidades dos clientes é condição *sine qua non* para a prestação de serviços de saúde custo-efetivos (Lee et al., 2026).

Ao considerar-se a relação entre os níveis de dotação de enfermeiros, composição da equipa de enfermagem (*skill mix*) e os resultados em saúde dos clientes em contexto hospitalar, torna-se evidente a amplitude da evidência científica existente. Até à data, a maioria da evidência mostra que quanto maior o número de enfermeiros disponíveis, menor é a taxa de resultados adversos nos clientes, incluindo a mortalidade e as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) (Griffiths et al., 2025).

A dotação de enfermeiros constitui atualmente um elemento central na gestão dos recursos humanos em enfermagem. Quando se encontra ajustada às necessidades dos serviços e dos doentes, contribui para a garantia da segurança do doente, para a qualidade dos cuidados prestados e para a obtenção de ganhos efetivos em saúde. Paralelamente, favorece o cumprimento dos objetivos organizacionais com elevados padrões de qualidade e segurança, algo que depende de uma adequada distribuição e gestão dos recursos disponíveis (Galvão et al., 2022).

Neste contexto, a definição de dotações seguras de enfermagem assume particular relevância na organização dos cuidados de saúde. A adequação do número de enfermeiros deve considerar quer a quantidade de profissionais disponíveis quer a complexidade dos cuidados prestados, o perfil de competências dos profissionais, as características estruturais das instituições e as necessidades específicas dos doentes. Assim, o cálculo das necessidades de enfermagem deve basear-se numa avaliação sistemática da carga de trabalho e na classificação dos doentes de acordo com o nível de dependência e de cuidados necessários (OE, 2019, Regulamento n.º 743/2019).

A utilização de sistemas de classificação de doentes permite estimar as horas de cuidados de enfermagem necessárias, facilita o planeamento adequado das equipas e promove uma resposta proporcional às necessidades assistenciais. Esta abordagem contribui para melhorar a organização do trabalho, assegurar a continuidade e a qualidade dos cuidados e reduzir riscos associados à prestação de cuidados de saúde (OE, 2019, Regulamento n.º 743/2019). Importa ainda considerar as especificidades dos diferentes contextos assistenciais, como os cuidados hospitalares, os cuidados de saúde primários, os

cuidados continuados e as unidades altamente diferenciadas, onde a complexidade clínica exige equipas com níveis diferenciados de competências. Nestes contextos, a presença de enfermeiros especialistas e a adequada composição das equipas assumem um papel determinante na segurança e eficácia dos cuidados prestados (OE, 2019, Regulamento n.º 743/2019).

Deste modo, o planeamento e a monitorização das dotações de enfermagem constituem instrumentos essenciais para a gestão dos cuidados, pois permite alocar os recursos disponíveis face às necessidades reais dos doentes. A implementação de dotações seguras contribui, assim, para a melhoria da qualidade dos cuidados, para a segurança do doente e para a sustentabilidade das organizações de saúde. Por conseguinte, objetiva-se com a presente revisão *scoping*, mapear o impacto das dotações seguras de enfermagem na prevenção de eventos adversos em doentes internados em ambiente hospitalar. Como objetivos específicos, deliram-se os seguintes: analisar a evidência científica sobre a relação entre dotações seguras de enfermagem e a segurança do doente; identificar os principais eventos adversos associados a dotações inadequadas de enfermagem; analisar de que forma a adequação das dotações de enfermagem influencia a qualidade e segurança dos cuidados em contexto hospitalar.



## 1. Enquadramento

A gestão dos recursos humanos em enfermagem tem sido um tema central e recorrente, muito reconhecido pelos profissionais como um dos desafios mais persistentes ao longo da história da profissão. Este problema tornou-se ainda mais evidente em contextos recentes, particularmente durante períodos de elevada pressão sobre os sistemas de saúde, como ocorreu durante a pandemia, a evidenciar, perante a sociedade, a importância de uma adequada gestão das equipas de enfermagem (Galvão et al., 2022). Do ponto de vista profissional e estatutário, a enfermagem caracteriza-se como uma profissão orientada para a prestação de cuidados à pessoa ao longo de todo o ciclo vital, com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde, bem como apoiar os indivíduos a atingir o seu máximo nível de funcionalidade no menor tempo possível (Decreto-Lei n.º 161/96; Ordem dos Enfermeiros, 2015). Neste sentido, a prestação de cuidados de enfermagem deve assentar em elevados padrões de qualidade e excelência. Para garantir cuidados seguros e de qualidade, é indispensável promover ambientes favoráveis à prática profissional de enfermagem. Neste contexto, assumem particular relevância aspetos relacionados com a adequada distribuição da carga de trabalho, nomeadamente o número de doentes atribuídos a cada enfermeiro e o nível de cuidados necessários. A avaliação destas necessidades pode ser realizada através de sistemas de classificação de doentes e de métodos organizacionais que orientem a gestão do trabalho dos enfermeiros (Labrague et al., 2020; Poeira et al., 2019).

Evidências têm destacado que a existência de ambientes favoráveis à prática de enfermagem está diretamente associada à implementação de dotações seguras. Estas correspondem à quantidade e ao tipo de profissionais necessários para assegurar a prestação de cuidados adequados aos doentes, garantindo simultaneamente uma combinação apropriada de competências e níveis de qualificação (Lana et al., 2025). Desta forma, as dotações seguras permitem responder de forma eficaz às necessidades assistenciais dos doentes, reduzindo riscos associados à prestação de cuidados e às condições de trabalho dos profissionais (Labrague et al., 2020; Lana et al., 2025; Pereira et al., 2024; Poeira et al., 2019).

Por outro lado, quando as dotações de enfermagem são inadequadas, podem surgir consequências negativas quer para os doentes quer para os profissionais. A insuficiência de enfermeiros tem sido associada ao aumento da morbilidade e mortalidade, à ocorrência de erros na prestação de cuidados e ao aumento de eventos adversos, resultando em piores resultados clínicos e numa experiência de cuidados menos satisfatória para o doente. Para além disso, níveis inadequados de dotação contribuem para a diminuição da satisfação profissional, aumento do stress laboral, maior risco de *burnout* e maior intenção de abandono

da profissão, o que acarreta também impactos significativos para as organizações de saúde e para a sustentabilidade dos sistemas de cuidados (Labrague et al., 2020; Lana et al., 2025; Pereira et al., 2024; Poeira et al., 2019).

Ao longo da última década e como já se tem vindo a expor, tem-se verificado um interesse crescente na investigação relacionada com os ambientes de prática de enfermagem e, particularmente, com a adequação das dotações de enfermeiros. Diversos estudos têm evidenciado os benefícios de investir na qualidade destes ambientes e na adequada gestão dos recursos humanos em enfermagem (Pereira et al., 2024). A literatura é consensual em relação ao facto de haver uma relação entre dotações adequadas de enfermeiros e ambientes de prática favoráveis, os quais se associam a maiores níveis de satisfação profissional, melhores condições de prática segura, maior autonomia profissional, bem-estar físico e psicológico dos profissionais, retenção de enfermeiros nas instituições e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Vários estudos evidenciam benefícios institucionais associados à adequação das dotações de enfermagem, nomeadamente a redução da rotatividade profissional, a diminuição dos custos organizacionais, o aumento da sustentabilidade financeira das instituições e a redução de situações de insegurança tanto para os profissionais como para os doentes (Galvão et al., 2022; Griffiths et al., 2025). A literatura refere ainda que dotações adequadas contribuem para a diminuição dos níveis de stresse, fadiga e *burnout* entre os enfermeiros (Moriwaki et al., 2025). Este impacto simultâneo nos doentes, nos profissionais e nas organizações tem impulsionado o desenvolvimento de diversos relatórios e iniciativas internacionais que reconhecem a importância das dotações de enfermagem como um fator determinante para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde (Moriwaki et al., 2025).

A inadequação dos cuidados de enfermagem constitui um fator importante que coloca em risco a saúde dos doentes. De acordo com a teoria estrutura/processo/resultado de Donabedian (1988), os cuidados de enfermagem são influenciados pela dotação de enfermeiros, considerada um elemento estrutural; conseqüentemente, a dotação de enfermeiros tem impacto direto nos resultados em saúde dos doentes. Evidências empíricas demonstram que a melhoria das dotações de enfermagem tem contribuído para a redução de resultados adversos, nomeadamente através da prevenção de omissões nos cuidados de enfermagem e da garantia de uma vigilância mais adequada e contínua dos doentes (Ball et al., 2018; Cho et al., 2018).

Apesar da implementação de sistemas de monitorização destinados à deteção precoce de agravamentos clínicos em doentes internados, quando não existe uma dotação adequada de enfermeiros, não se observam evidências suficientes de redução da

mortalidade. Assim, a literatura evidencia que a melhoria das dotações de enfermagem constitui um elemento fundamental para a redução de resultados adversos e para a promoção da segurança do doente em contexto hospitalar (Alnaturi et al., 2024; Ball et al., 2018; Cho et al., 2018).

O sistema de saúde enfrenta atualmente desafios significativos. Decisões relacionadas com a redução de custos, o envelhecimento da população, o aumento da complexidade e das necessidades dos doentes, bem como o envelhecimento da força de trabalho, contribuem para a atual crise na dotação de enfermeiros, afetando negativamente a saúde mental e o bem-estar destes profissionais. A evidência demonstra que as dotações adequadas de enfermeiros contribuem para melhores resultados em saúde dos doentes e para níveis mais elevados de satisfação, por parte dos doentes e dos próprios enfermeiros. Assim, enfrentar os desafios relacionados com as dotações de enfermagem constitui uma estratégia essencial para apoiar os profissionais, melhorar os cuidados prestados aos doentes e promover a saúde e o bem-estar da população. A definição de rácios mínimos enfermeiro/doente representa uma das várias estratégias possíveis para alcançar dotações adequadas de enfermagem. A *American Nurses Association* (ANA, 2019) defende a implementação de rácios obrigatórios como uma abordagem fundamental para garantir dotações seguras e adequadas de enfermeiros.

Os desafios associados à dotação de enfermeiros, que persistem há vários anos, exigem a implementação de múltiplas estratégias. Quando consideradas de forma integrada, estas medidas podem contribuir para a melhoria do ambiente de trabalho e para reforçar a capacidade dos enfermeiros em prestar cuidados seguros de forma consistente (Alnaturi et al., 2024). A adequação das dotações de enfermagem é um objetivo alcançável, e a ANA (2019) apoia todos os enfermeiros na defesa de soluções de dotação que considerem mais adequadas aos seus contextos de prática profissional.

Diversas organizações internacionais têm destacado a relação entre dotações adequadas de enfermeiros e a segurança do doente. Relatórios internacionais, como os publicados pelo *Institute of Medicine* (2004), pela *World Health Organization* (2020; 2021) e pelo *International Council of Nurses* (2006), evidenciam que rácios adequados enfermeiro-doente, aliados a uma liderança de enfermagem eficaz e à participação dos enfermeiros na gestão das organizações de saúde, contribuem significativamente para a melhoria dos resultados em saúde e para a redução de eventos adversos. De igual modo, a ANA (2015; 2019) tem defendido a importância de dotações adequadas de enfermagem como um fator determinante para a qualidade e segurança dos cuidados. Assim, a adequação das dotações de enfermagem assume um papel fundamental na organização e prestação de cuidados de saúde, constituindo um elemento essencial para a promoção de ambientes de prática seguros,

para a melhoria da qualidade assistencial e para a prevenção de eventos adversos em contexto hospitalar.

Níveis adequados de dotação de enfermeiros estão associados a melhores resultados em saúde, incluindo a redução de infecções associadas aos cuidados de saúde, menor ocorrência de erros de medicação e diminuição da incidência de eventos adversos. Por outras palavras, quando os enfermeiros têm uma elevada carga de trabalho e um número excessivo de doentes sob sua responsabilidade, a capacidade de monitorização e resposta às necessidades dos doentes diminui, aumentando o risco de complicações e resultados negativos em saúde (Alnaturi et al., 2024). Neste sentido, a adequação das dotações de enfermagem assume um papel determinante na qualidade dos cuidados prestados, uma vez que equipas devidamente dimensionadas permitem uma monitorização mais eficaz dos doentes, uma intervenção mais atempada perante alterações do estado clínico e, conseqüentemente, uma diminuição do risco de ocorrência de eventos adversos.

## 2. Métodos

Esta revisão *scoping* teve por base o método proposto pela Colaboração *Joanna Briggs* (Peters et al., 2015; Peters et al., 2020a) e foi redigida cumprindo o *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018).

Os métodos propostos pela Colaboração *Joanna Briggs* têm sido amplamente utilizados e reconhecidos em múltiplas áreas do conhecimento e por revisores experientes, representando uma abordagem primordial para apoiar a tomada de decisões com base na melhor evidência disponível (Khalil et al., 2020).

A extensão PRISMA-ScR foi desenvolvida em 2018 e fornece uma lista de verificação de reporte para este tipo específico de revisão e é consistente com a proposta integrada proposta pela Colaboração *Joanna Briggs* (Peters et al., 2020b). Globalmente os passos que devem ser seguidos são: formular a questão de revisão, definir critérios de inclusão e exclusão, localizar estudos através de pesquisa, selecionar estudos para inclusão, extrair, analisar e sintetizar os estudos relevantes (Peters et al., 2020b).

O protocolo desta revisão não foi registado, nem alvo de publicação mas foi realizado e seguido pelos autores podendo ser fornecido mediante pedido dirigido aos autores.

### 2.1. Localização dos estudos

Nesta revisão foi conduzida uma estratégia de pesquisa em três etapas. Foi realizada uma pesquisa inicial limitada de MEDLINE (PubMed) e CINAHL (EBSCO) para identificar artigos sobre o tema. As palavras de texto contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes, e os termos indexados utilizados para descrever os artigos foram utilizados para desenvolver uma estratégia de pesquisa preliminar. Posteriormente foi formalmente proposta uma estratégia definitiva para cada uma das bases de dados incluídas, sendo a mesma ajustada tendo por base os léxicos e especificidades de cada uma. As bases de dados incluídas foram: CINAHL Complete/MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive/ MedicLatina. Para a pesquisa de estudos não publicados foi incluído o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), mas sem se ter encontrado qualquer estudo. Finalmente, numa terceira fase, as listas de referência dos artigos incluídos na revisão foram analisadas para eventual adição de estudos potencialmente relevantes.

A estratégia de pesquisa e a pesquisa nas bases de dados foi desenvolvida com o apoio do Centro de Documentação e Informação da Escola Superior de Saúde de Viseu, de

forma a garantir a adequação das bases de dados selecionadas, dos descritores utilizados e da construção das estratégias de pesquisa. Este processo contou com orientação especializada na definição e otimização da pesquisa científica, tendo sido realizado no dia 19 de dezembro de 2025, contribuindo para a maior rigorosidade metodológica da revisão.

Apenas foram incluídos estudos realizados em português, inglês, francês e espanhol devido às limitações linguísticas da equipa de revisores. Nesse sentido, os estudos noutras línguas foram excluídos devido a limitações financeiras para as traduções. Foram incluídos artigos publicados de 2020 a 2025. O limite temporal de 5 anos foi definido tendo por base o ano do aparecimento da pandemia de COVID 19 em Portugal, e a mudança que esta trouxe no paradigma das dotações seguras em Enfermagem em ambiente hospitalar. As estratégias de pesquisa utilizadas encontram-se apresentadas no Apêndice III.

## 2.2. Seleção dos estudos e critérios de elegibilidade

Após a realização da pesquisa nas bases de dados selecionadas, todos os registos identificados foram recolhidos e importados para a plataforma Rayyan® (*Qatar Computing Research Institute*, Doha, Qatar). Esta ferramenta permite identificar automaticamente referências duplicadas no conjunto de artigos selecionados através da funcionalidade *Deduplication & Systematic Resolver*. Posteriormente, procedeu-se à deteção e remoção dos registos duplicados, evitando a análise repetida dos mesmos estudos. A utilização desta funcionalidade é particularmente útil em revisões sistemáticas e revisões narrativas da literatura, uma vez que contribui para aumentar a eficiência do processo de seleção dos artigos, melhorar a precisão da análise e manter a base de dados da revisão organizada. Desta forma, torna-se possível concentrar a análise apenas nos estudos únicos e mais relevantes para a investigação.

Os títulos e resumos foram revistos por dois revisores independentes para avaliar a elegibilidade dos estudos em relação aos critérios de inclusão inicialmente definidos. Um processo piloto de análise inicial foi conduzido independentemente por ambos os revisores, com base em 25 títulos e resumos. Os resultados da análise foram comparados e discutidos, permitindo ao mesmo tempo alterações aos critérios de elegibilidade para assegurar que ambos os revisores concordam. Este processo piloto continuou até se atingir uma concordância de pelo menos 75% entre os revisores (Peters et al., 2020b).

O texto integral dos artigos potencialmente elegíveis foi avaliado com base nos critérios de inclusão definidos de acordo com o quadro População, Conceito e Contexto (PCC) (Peters et al., 2020b).

- \_ **Participantes (População):** foram considerados todos os estudos que incluíssem doentes adultos, com idade igual ou superior a 18 anos, independentemente do sexo ou da condição clínica.
- \_ **Conceito:** foram considerados estudos que abordassem as dotações seguras de enfermagem, nomeadamente: a adequação do número de enfermeiros, os rácios enfermeiro/doente, a carga de trabalho de enfermagem ou dimensionamento de equipas, bem como a sua relação com a ocorrência e/ou prevenção de eventos adversos.
- \_ **Contexto:** foram considerados estudos realizados em ambiente hospitalar, incluindo diferentes unidades de internamento, como serviços médico-cirúrgicos, unidades de cuidados intensivos, serviços de urgência ou outras unidades hospitalares.
- \_ **Tipo(s) de estudos:** foram incluídos estudos quantitativos, tais como estudos experimentais, quase-experimentais, estudos de coorte, estudos caso-controlo, estudos transversais, séries de casos, estudos de caso individual e estudos descritivos transversais. Podiam ainda ser incluídos estudos de métodos mistos e revisões sistemáticas, sendo apenas considerados os componentes quantitativos relevantes para a análise. Esta abordagem permitiu aumentar a sensibilidade da pesquisa e identificar um maior número de evidências, o que é particularmente adequado para este tipo de revisão.

Quaisquer desacordos entre os revisores em cada fase do processo de seleção foram mitigados através de uma discussão construtiva ou por recurso a um terceiro revisor. O processo de seleção e revisão dos estudos foi operacionalizado com recurso ao Rayyan®. Os resultados da pesquisa foram comunicados na sua totalidade e apresentados sob a forma de fluxograma (Peters et al., 2020b).

### 2.3. Extração e síntese dos dados

Os dados foram extraídos dos estudos incluídos na revisão por dois revisores independentes, utilizando uma ferramenta de extração de dados desenvolvida pelos revisores. A presença de desacordo entre os revisores foi resolvida com a inclusão de um terceiro revisor.

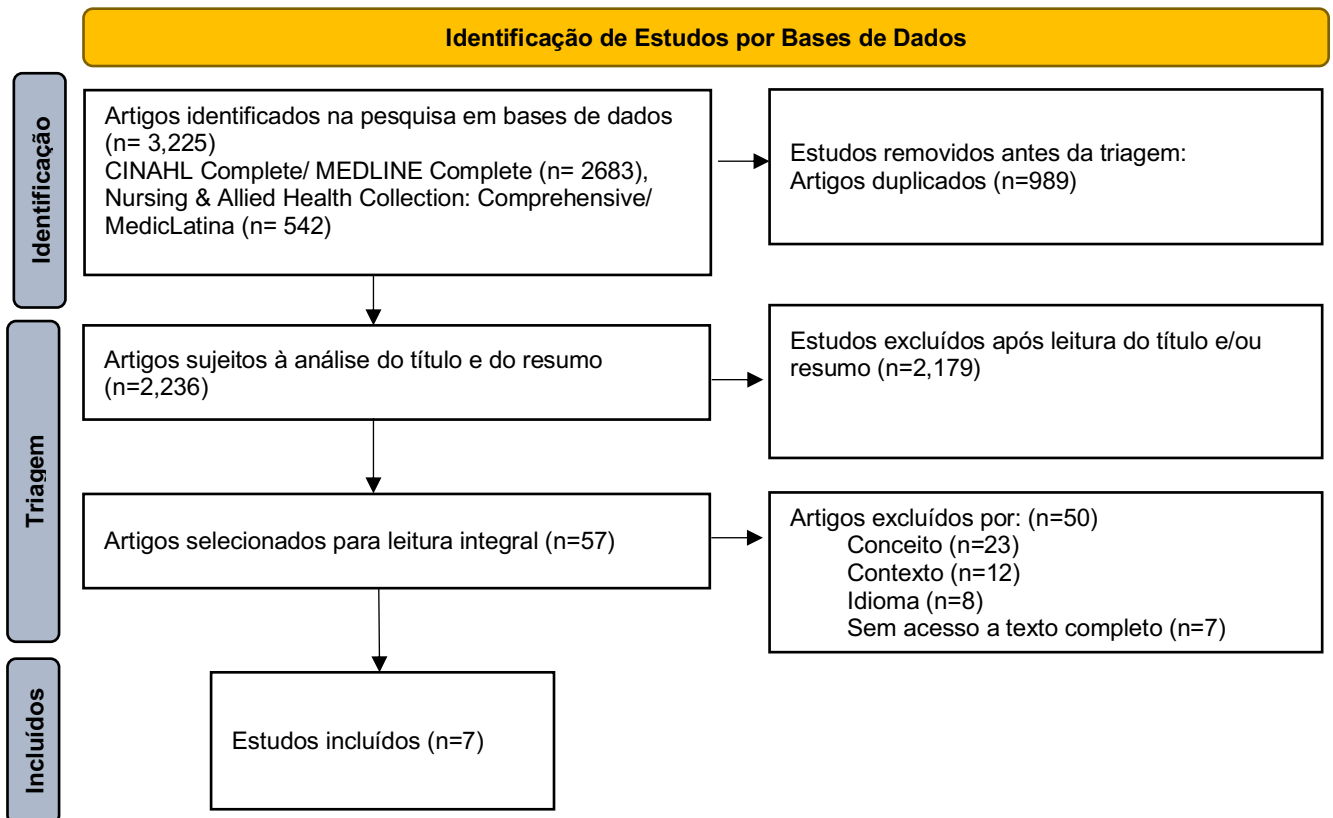
Os dados extraídos incluíram detalhes sobre a população, o conceito, o contexto, métodos de estudo e objetivos específicos.

Em todo o processo mencionado nesta seção, e se necessário, os autores dos estudos incluídos foram contactados para providenciar mais informações ou esclarecimento de dados.

Por fim, os dados extraídos foram apresentados em forma de tabela e foi realizada uma síntese narrativa, descrevendo como os resultados se relacionam com o objetivo e a questão formulada para esta revisão.

### 3. Resultados

Após a aplicação dos métodos anteriormente descritos foram identificados um total de 3,225 artigos dos quais, tendo sido removidos 989 duplicados. Após triagem de título e resumo, foram excluídos 2,179 artigos, permanecendo 57 para leitura integral. Dos artigos analisados em leitura integral, foram excluídos 50 estudos por não cumprirem os critérios de inclusão previamente definidos. Destes, 23 foram excluídos por não se enquadrarem no conceito em estudo, uma vez que não abordavam diretamente as dotações seguras de enfermagem, os rácios enfermeiro/doente, a carga de trabalho ou a sua relação com eventos adversos. Quanto ao contexto, 12 estudos foram excluídos por não terem sido realizados unicamente em ambiente hospitalar, incluindo cuidados de saúde primários, lares ou outros contextos não hospitalares. No que respeita ao idioma, 8 artigos foram excluídos por não se encontrarem redigidos nas línguas previamente definidas nos critérios de inclusão. Foram excluídos 7 estudos por não ter sido possível aceder ao texto completo. Deste modo, foram incluídos 7 artigos que cumpriam todos os critérios de inclusão estabelecidos. Este processo encontra-se representado no fluxograma (Figura 1).



**Figura 1** - Fluxograma PRISMA-ScR

A análise das características dos estudos incluídos evidencia que as publicações se distribuem entre 2022 e 2025, incluindo diferentes contextos geográficos, designadamente os EUA, China, Coreia do Sul, Japão, Espanha, Arábia Saudita e colaborações internacionais envolvendo Índia, Estados Unidos e Irlanda. No que respeita ao desenho metodológico, verificou-se a inclusão de diferentes abordagens de investigação, nomeadamente estudos observacionais quantitativos (transversais e retrospectivos), estudos multicêntricos de base populacional e revisões sistemáticas da literatura. De forma geral, os estudos analisam a relação entre as dotações de enfermagem, a carga de trabalho e os rácios enfermeiro/doente, bem como os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, particularmente os eventos adversos ocorridos em contexto hospitalar (Tabela 1).

**Tabela 1.** Síntese dos estudos incluídos na revisão *scoping*

<b>Autores, ano, país de publicação</b>	<b>Objetivos do estudo</b>	<b>Desenho de investigação</b>	<b>População</b>	<b>Conceito</b>	<b>Contexto</b>	<b>Resultados</b>
Gupta et al., 2024 Autores associados a instituições da Índia, EUA e Irlanda	Analisar a relação entre níveis de dotação de enfermeiros ( <i>nursing staffing</i> ) e os resultados dos doentes, incluindo a segurança, a satisfação e os resultados clínicos, bem como as implicações para políticas de saúde.	Revisão sistemática da literatura	Estudos publicados entre 2010 e 2023 sobre <i>staffing</i> de enfermagem e resultados dos doentes em hospitais e cuidados de longa duração.	Impacto dos níveis de <i>staffing</i> de enfermagem nos resultados dos doentes (segurança, satisfação e resultados clínicos).	Contextos de cuidados de saúde hospitalares e instituições de cuidados prolongados, principalmente na América do Norte e Europa.	Níveis adequados de enfermeiros estão associados a menos IACS, menos erros de medicação, menos quedas, menor mortalidade, maior satisfação do doente e melhores resultados clínicos.
Li et al., 2023 China	Avaliar o efeito da duração das horas de trabalho dos enfermeiros na qualidade dos cuidados de enfermagem, cuidados omitidos e percepção do ambiente da prática de enfermagem.	Estudo quantitativo, multicêntrico, transversal	12.703 enfermeiros de 29 hospitais (13 hospitais de nível III e 16 de nível II) na província de Hubei, China.	Relação entre a duração do turno de trabalho dos enfermeiros, os cuidados de enfermagem omitidos, a qualidade dos cuidados e o ambiente da prática de enfermagem.	Hospitais chineses (unidades de internamento e serviços hospitalares) em diferentes especialidades.	Turnos mais longos e horas extra associaram-se a maior ocorrência de cuidados de enfermagem omitidos e menor qualidade dos cuidados. Turnos de aproximadamente 7-7,5 horas no período diurno apresentaram menor nível de cuidados omitidos e melhor qualidade dos cuidados.
Yoon, 2022 Coreia do Sul	Analisar o efeito das dotações de enfermagem nos resultados dos doentes, nomeadamente duração do internamento, mortalidade em 30 dias e readmissão	Estudo observacional retrospectivo transversal com análise multinível.	46.196 doentes adultos internados em enfermarias gerais de 536 hospitais de cuidados agudos na Coreia do Sul.	Dotações de enfermagem (nível de <i>staffing</i> de enfermeiros) e resultados dos doentes.	Hospitais de cuidados agudos (terciários, gerais e hospitais) na Coreia do Sul.	Níveis mais elevados de dotações de enfermagem estiveram associados a menor tempo de internamento e menor probabilidade de readmissão precoce. A relação com mortalidade em 30 dias não foi

	em 7 dias em hospitais de cuidados agudos.					estatisticamente significativa.
Moriwaki et al., 2025 Japão	Investigar a relação entre dotações de enfermagem (tempo de enfermagem por doente) e ocorrência de quedas em doentes internados.	Estudo observacional retrospectivo transversal com análise multivariada.	105.163 doentes internados em enfermarias gerais de 11 hospitais da <i>National Hospital Organization</i> no Japão.	Relação entre o tempo de enfermagem por doente, carga de trabalho de enfermagem e ocorrência de quedas hospitalares.	Enfermarias gerais de hospitais de cuidados agudos no Japão (excluindo pediatria, obstetrícia e cuidados intensivos).	O aumento do tempo de enfermagem por doente durante o turno da noite esteve associado a menor ocorrência de quedas. Os resultados sugerem que dotações adequadas de enfermagem podem melhorar a segurança do doente e reduzir eventos adversos durante o internamento. Cobertura segura de dotações de enfermagem (>90%) esteve associada a menor risco de mortalidade hospitalar, menor readmissão em 30 dias e menor ocorrência de eventos adversos sensíveis à enfermagem, inclusive, as IACS, complicações evitáveis e deterioração clínica prevenível.
Juvé-Udina et al., 2025 Espanha (Catalunha)	Avaliar a associação entre a cobertura das dotações de enfermagem e os resultados dos doentes num contexto de subdotação estrutural antes da pandemia.	Estudo observacional transversal multicêntrico de base populacional.	183.085 doentes adultos internados em enfermarias e unidades intermédias de 8 hospitais públicos da Catalunha (2016-2017).	Relação entre cobertura de dotações de enfermagem ( <i>nurse staffing coverage</i> ) e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.	Hospitais públicos de cuidados agudos na Catalunha, Espanha.	O rácio enfermeiro-doente foi um preditor significativo das quedas; mais doentes por enfermeiro aumentaram a taxa de quedas. Dotações adequadas de enfermagem estiveram associadas à redução de úlceras por pressão adquiridas no hospital. O número e a estrutura da equipa de enfermagem
Wang et al., 2020 China	Analisar o efeito das dotações de enfermagem (número e estrutura da equipa de enfermagem) nos resultados de segurança do doente em hospitais.	Estudo quantitativo transversal.	211 unidades de internamento de 13 hospitais terciários em Pequim, China.	Relação entre as dotações de enfermagem (rácio enfermeiro-doente, rácio cama-enfermeiro e estrutura da equipa) e os resultados de segurança do doente.	Unidades hospitalares de diferentes especialidades (médicas, cirúrgicas, pediatria, psiquiatria e cuidados intensivos).	

---

Arishi et al., 2024 Arábia Saudita	Analisar a literatura científica existente na Arábia Saudita sobre a relação entre rácios enfermeiro-doente e resultados de segurança do doente, incluindo as quedas, as IACS, os erros de medicação e as úlceras por pressão.	Revisão sistemática da literatura	53 estudos incluídos na revisão sobre dotações de enfermagem e segurança do doente em hospitais da Arábia Saudita.	Relação entre os rácios enfermeiro-doente e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (eventos adversos, satisfação do doente e qualidade dos cuidados).	Hospitais da Arábia Saudita em diferentes contextos clínicos, incluindo unidades de internamento e cuidados intensivos.	influenciam a segurança do doente. Unidades com rácios enfermeiro-doente de 1:4 ou melhores apresentaram menos eventos adversos, como quedas, IACS e úlceras por pressão. Rácios mais elevados (mais doentes por enfermeiro) estiveram associados a maior ocorrência de eventos adversos, maior carga de trabalho e <i>burnout</i> dos enfermeiros.
---------------------------------------	--	-----------------------------------	--	--	---	---

---

Estes resultados dos estudos incluídos evidenciam a relevância das dotações de enfermagem para a segurança do doente. Wang et al. (2020), na China, através de um estudo quantitativo transversal, registaram que o rácio enfermeiro/doente constitui um preditor significativo da ocorrência de quedas hospitalares, sendo que um maior número de doentes por enfermeiro está associado ao aumento da taxa de quedas. As dotações adequadas de enfermagem estiveram associadas à redução de úlceras por pressão adquiridas no hospital, o que reforça a influência da estrutura das equipas de enfermagem na segurança do doente.

No estudo desenvolvido por Yoon (2022), na Coreia do Sul, de natureza observacional retrospectiva com análise multinível, verificou-se que níveis mais elevados de dotações de enfermagem estiveram associados a menor duração do internamento hospitalar e a menor probabilidade de readmissão precoce. Porém, não foi encontrada associação estatisticamente significativa com a mortalidade aos 30 dias. Por sua vez, Li et al. (2023), na China, num estudo quantitativo transversal multicêntrico, analisaram a influência da duração dos turnos de trabalho dos enfermeiros, tendo constatado que turnos mais prolongados e a realização de horas extraordinárias estão associados a maior ocorrência de cuidados de enfermagem omitidos e a menor qualidade dos cuidados. Em contrapartida, turnos com duração aproximada de 7 a 7,5 horas durante o período diurno apresentaram menores níveis de cuidados omitidos, a sugerir que a organização adequada do trabalho de enfermagem pode contribuir para melhores resultados assistenciais.

Mais recentemente, a revisão sistemática da literatura conduzida por Gupta et al. (2024), que compreendeu instituições da Índia, Estados Unidos e Irlanda, evidenciou que níveis adequados de dotações de enfermagem estão associados à redução de IACS, erros de medicação e quedas, bem como a menor mortalidade e maior satisfação do doente, a reforçar a importância das dotações adequadas na qualidade e segurança dos cuidados. De forma análoga, Arishi et al. (2024), com a realização de uma revisão sistemática da literatura realizada na Arábia Saudita, demonstraram que as unidades hospitalares com rácios enfermeiro/doente de 1:4 ou inferiores apresentam menor ocorrência de eventos adversos, abarcando as quedas, as IACS e as úlceras por pressão. Por outro lado, rácios mais elevados (maior número de doentes por enfermeiro) estiveram associados a maior carga de trabalho, *burnout* dos enfermeiros e aumento da ocorrência de eventos adversos. Mais recentemente, Moriwaki et al. (2025), no Japão, através de um estudo observacional retrospectivo, identificaram que o aumento do tempo de cuidados de enfermagem por doente durante o turno da noite esteve associado a menor ocorrência de quedas hospitalares, a indicar que as dotações adequadas podem contribuir para a prevenção de eventos adversos. No mesmo ano, o estudo observacional multicêntrico de base populacional realizado por Juvé-Udina et al. (2025), em hospitais públicos da Catalunha (Espanha), demonstrou que uma cobertura segura das

dotações de enfermagem superior a 90% está associada a menor risco de mortalidade hospitalar, menor taxa de readmissão aos 30 dias e menor ocorrência de eventos adversos sensíveis aos cuidados de enfermagem, incluindo as IACS, as complicações evitáveis e a deterioração clínica prevenível.

Pelo exposto, verificou-se que os estudos analisados evidenciam uma associação entre as dotações adequadas de enfermagem, rácios enfermeiro/doente mais favoráveis e melhores resultados em saúde, traduzidos pela redução de eventos adversos, melhoria da qualidade dos cuidados e maior segurança do doente em contexto hospitalar.



## Discussão

Os resultados dos estudos analisados reforçam a evidência existente na literatura sobre a relação entre as dotações de enfermagem e os resultados em saúde dos doentes. Tal como referido, nas últimas duas décadas diversos estudos têm demonstrado que níveis adequados de dotações de enfermagem são determinantes para prevenir resultados negativos, particularmente os eventos adversos em contexto hospitalar (Hommel et al., 2020).

Os estudos incluídos nesta revisão evidenciam que os rácios enfermeiro/doente mais favoráveis e uma maior disponibilidade de horas de cuidados de enfermagem estão associados a melhores resultados clínicos. Entre os principais resultados observados destacam-se a redução da ocorrência de quedas hospitalares, as úlceras por pressão, as IACS, bem como a diminuição da duração do internamento, da mortalidade hospitalar e das readmissões precoces, o que corrobora a literatura (Alshehry, 2022; Murphy et al., 2021). Estas evidências estão em conformidade com o conceito de eventos sensíveis aos cuidados de enfermagem, que correspondem a eventos adversos influenciados pelos processos e pela organização dos cuidados de enfermagem. Como descrito na literatura, exemplos destes eventos incluem as infeções urinárias adquiridas no hospital, as úlceras por pressão, a pneumonia e a trombose venosa profunda, que podem implicar a necessidade de monitorização ou tratamento adicional e gerar custos adicionais para os sistemas de saúde (Santos et al., 2023).

Alguns estudos analisados evidenciam que o número de enfermeiros, a organização do trabalho e a duração dos turnos podem influenciar a qualidade dos cuidados prestados, ou seja, turnos prolongados e a realização de horas extraordinárias foram associados a maior ocorrência de cuidados de enfermagem omitidos e a menor qualidade assistencial, enquanto as dotações adequadas e a melhor organização do trabalho se correlacionaram com uma menor ocorrência de eventos adversos (Arishi et al., 2024; Gupta et al., 2024; Li et al., 2023; Moriwaki et al., 2025; Needleman et al., 2002; Wang et al., 2020; Yoon, 2022; Juvé-Udina et al., 2025). Assim, os resultados desta revisão corroboram a evidência de que as dotações adequadas de enfermagem, combinadas com uma composição equilibrada das equipas e a organização adequada do trabalho, constituem um fator primordial para a qualidade dos cuidados de saúde e para segurança do doente. Estes resultados reforçam a importância de estratégias organizacionais que assegurem níveis apropriados de enfermeiros, para reduzir a ocorrência de eventos adversos aos cuidados de enfermagem e melhorar os resultados em saúde dos doentes.

Por fim, esta revisão scoping tem vários pontos fortes. Em primeiro lugar, aplicámos a metodologia JBI de forma consistente e rigorosa, o que reforça a confiança nas conclusões

enunciadas. Ainda assim, esta revisão também tem algumas limitações. Por um lado, não podemos negar que a restrição dos idiomas aplicada aos estudos incluídos pode ter potencialmente excluído estudos relevantes. Também a heterogeneidade dos estudos incluídos (desenho, populações e resultados) limitou a sua comparabilidade. Isso impactou a nossa capacidade para propor conclusões mais sólidas. Pode existir algum nível de viés de seleção não controlado nos estudos incluídos, pois apenas foram utilizadas quatro bases de dados.

## Conclusão

A presente revisão *scoping* permitiu mapear o impacto das dotações seguras de enfermagem na prevenção de eventos adversos em doentes internados em ambiente hospitalar, o que se traduziu numa análise da evidência científica relativa à relação entre as dotações de enfermagem e a segurança do doente; possibilitou também a identificação dos principais eventos adversos associados a dotações inadequadas, bem como a análise da forma como a adequação das dotações de enfermagem influencia a qualidade e a segurança dos cuidados em contexto hospitalar.

Os resultados dos estudos analisados evidenciam que as dotações de enfermagem são determinantes na segurança do doente e na qualidade dos cuidados em contexto hospitalar. Tendo em conta a globalidade dos resultados dos estudos, foi demonstrado que os rácios enfermeiro/doente mais favoráveis e os níveis adequados de dotação se associam à redução de eventos adversos, designadamente a quedas, as IACS, as úlceras por pressão e os erros de medicação, a diminuição da mortalidade, a duração do internamento e as readmissões hospitalares.

A evidência confirma que quer o número de enfermeiros, quer a organização do trabalho, desde a duração dos turnos e a carga de trabalho, influenciam direta e significativamente os resultados em saúde. Assim, ficou demonstrado que as condições laborais mais equilibradas se associam a menor omissão de cuidados e a uma maior qualidade assistencial. Por outro lado, as dotações inadequadas e os rácios desfavoráveis contribuem para o aumento da carga de trabalho, níveis elevados de stress e, em última instância, ao *burnout* dos enfermeiros e, conseqüentemente, ao aumento da ocorrência de eventos adversos.

Assim, os resultados reforçam a necessidade de se implementarem políticas e estratégias de gestão que garantam as dotações seguras de enfermagem, adaptadas às necessidades dos doentes e às características dos serviços, um fator determinante para a promoção de cuidados seguros, eficazes e de qualidade.



## Referências bibliográficas

- Alahmed, H. (2025). Risk management and patient safety strategies in hospitals. *International Journal of Modern Risk Management*, 3(1), 27–35. <https://doi.org/10.47604/ijmrm.3408>
- Alnaturi, M. S. S., Alshammari, A. S. A., Alshammari, A. K. A., Alshammari, S. S., Alshammari, S. Z. K., Al Shammari, R. S., ... Al Shammari, F. D. O. (2024). Impact of nurse staffing levels on patient safety and quality of care. *International Journal of Computational and Experimental Science and Engineering*, 10(4). <https://doi.org/10.22399/ijcesen.4241>
- Alshehry, A. S. (2022). Nurse–patient/relatives conflict and patient safety competence among nurses. *Inquiry*, 59. <https://doi.org/10.1177/00469580221093186>
- American Nurses Association. (2015). *Principles for nurse staffing* (2nd ed.). American Nurses Association. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nurse-staffing/>
- American Nurses Association. (2019). *Principles for nurse staffing* (2nd ed.). <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nurse-staffing/staffing-principles/>
- Anand, G., & Lahariya, R. (2025). Healthcare-associated infections. *GMS Hygiene and Infection Control*, 20, Doc76. <https://doi.org/10.3205/dgkh000605>
- Ball, J. E., Bruyneel, L., Aiken, L. H., Sermeus, W., Sloane, D. M., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Tishelman, C., & Griffiths, P. (2018). Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 10–15. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004>
- Beltrame, M., Bellan, M., Patrucco, F., Gavelli, F. (2025). Non-Invasive Hemodynamic Monitoring in Critically Ill Patients: A Guide for Emergency Physicians. *Journal of Clinical Medicine*, 14(19), 7002. <https://doi.org/10.3390/jcm14197002>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. Ed. Quarteto.
- Carvalho, A., Carvalho, P., Souza, G., Resende, M., Pereira, S., & Carvalho, S. (agosto de 2018). A conduta ética dos profissionais de enfermagem: uma revisão. REAS, *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11, 1709-1716
- Chaica, V., Marques, R., & Pontífice-Sousa, P. (2024). ISBAR: A handover nursing strategy in emergency departments, scoping review. *Healthcare*, 12, 399. <https://doi.org/10.3390/healthcare12030399>

- Cho, E., Park, J., Choi, M., Lee, H. S., & Kim, E. Y. (2018). Associations of nurse staffing and education with the length of stay of surgical patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(2), 210–218. <https://doi.org/10.1111/jnu.12366>
- Cruz Silva Patacas de Castro, C. M., Marques, M. D. C. M. P., & de Oliveira Tavares de Vaz, C. R. (2022). Communication in the transition of nursing care in an emergency service in Portugal. *Cogitare Enfermagem*, 27, e81767. <https://www.scielo.br/j/cenf/a/H3n7RKGFt5cHgTdVqQVY3rS/>
- Cunha, S (2001). A comunidade Cigana e a Saúde. Revista Referência nº7. Acedido em janeiro de 2025 em [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2079&id\\_revista=5&id\\_edicao=15](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2079&id_revista=5&id_edicao=15)
- Delak, B., & Širok, K. (2022). Physician–nurse conflict resolution styles in primary health care. *Nursing Open*, 9(2), 1077–1085. <https://doi.org/10.1002/nop2.1147>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma clínica n.º 021/2015 (atualizada a 17/11/2022): “Feixe de intervenções” para a prevenção da pneumonia associada à intubação*. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_021\\_2015\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prev\\_pneum\\_assoc\\_intubacao\\_corrigida\\_marco\\_2023.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf)
- Dohms, M., Gusso, G (2021). Comunicação Clínica. Edição Artmed
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Elamin, H., Obeidat, A. M., Kumar, A., Mohammed Khalid Alhussein, M., Ataur Rahman, M., Mahmood, Z., ... Ahmed, S. M. G. (2025). *Brain Stem Death*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1012072>
- Erdélyi, L., & Trásy, D. (2024). CRRT Is More Than Just Continuous Renal Replacement Therapy. *Pharmaceuticals*, 17(12), 1571. <https://doi.org/10.3390/ph17121571>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2026). *Healthcare-associated infections*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections>
- Fabrizi, A., Ruggiano, G., Garcia Collado, S., Ricard-Hibon, A., Restelli, U., Sbrana, G., Marinangeli, F., Farina, A., Coffey, F. (2020). Role of Inhaled Methoxyflurane in the Management of Acute Trauma Pain. *Journal of Pain Research*, 13, 1547–1555. <https://doi.org/10.2147/JPR.S252222>

- Ferraz, E. M., Santos, S. B. C., Souza, M. C., Ribeiro, K. A. E. F., Oliveira, C. R. M., Vieira, M. A. G., Silva, K. V., & Ferreira, A. Q. (2026). Cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde. *REMUNOM*, 1(3), 1–16. <https://doi.org/10.61164/1vry0128>
- Galvão, J., Rodrigues, M., Sabino, P., & Santos, R. (2022). Influência das dotações seguras de enfermeiros na segurança dos cuidados prestados ao paciente internado: Uma revisão sistemática. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação (REASE)*, 8(12), 546–557. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i12.4204>
- Giesen, J., Bakker-Jacobs, A., van Vught, A., Berings, M., Vermeulen, H., & Huisman-de Waal, G. (2024). What is needed for nurses to work with evidence-based practice? A qualitative study. *Contemporary Nurse*, 60(6), 659–672. <https://doi.org/10.1080/10376178.2024.2369660>
- Gomes, C (2016). *Preservação dos vestígios forenses conhecimentos e práticas dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ ou Emergência* (Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses, Universidade de Coimbra). Acedido em Janeiro de 2025 em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/81407>
- Gribbin, J., Aftab, M., Young, R., & Park, S. (2016). Double-loop reflective practice as an approach to understanding knowledge and experience. In P. Lloyd & E. Bohemia (Eds.), *Future focused thinking – DRS International Conference 2016, 27–30 June, Brighton, United Kingdom*. <https://doi.org/10.21606/drs.2016.310>
- Griffiths, P., Saville, C., Ball, J., Culliford, D., Jones, J., Lambert, F., Meredith, P., Rubbo, B., Turner, L., & Dall'Ora, C. (2025). Consequences, costs and cost-effectiveness of workforce configurations in English acute hospitals. *Health and Social Care Delivery Research*, 13(25). <https://doi.org/10.3310/ZBAR9152>
- Gupta, Y., Philip, D., Raj, A., Rajput, M., Chaudhary, V. S., & Gupta, S. (2024). The impact of nursing staffing levels on patient outcomes: A systematic review with implications for healthcare policy and practice. *Asian Journal of Advanced Research and Reports*, 18(12), 153–160. <https://doi.org/10.9734/ajarr/2024/v18i12813>
- Hommel, A., Magnéli, M., Samuelsson, B., Schildmeijer, K., Sjöstrand, D., Göransson, K. E., & Unbeck, M. (2020). Exploring the incidence and nature of nursing-sensitive orthopaedic adverse events: A multicenter cohort study using Global Trigger Tool. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103473. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103473>
- Institute of Medicine. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10851>

- Internacional Council of Nurses (2022). Core competencies in disaster Nursing: competencies for nurses involved in emergency medical teams (level III). Acedido em Janeiro de 2025 em [https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN\\_2022\\_Disaster-Comp-Report\\_EN\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_2022_Disaster-Comp-Report_EN_WEB.pdf)
- International Council of Nurses. (2006). *Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care*. International Council of Nurses. <https://www.icn.ch>
- Juvé-Udina, M.-E., Adamuz, J., González-Samartino, M., Tapia-Pérez, M., Jiménez-Martínez, E., Berbis-Morello, C., Polushkina-Merchanskaya, O., Zabalegui, A., & López-Jiménez, M.-M. (2025). Association between nurse staffing coverage and patient outcomes in a context of prepandemic structural understaffing: A patient-unit-level analysis. *Journal of Nursing Management*, Article 8003569. <https://doi.org/10.1155/jonm/8003569>
- Khalil, H., Bennett, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., & Peters, M. (2020). Evaluation of the JBI scoping reviews methodology by current users. *International journal of evidence-based healthcare*, 18(1), 95–100. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000202>
- Kim, E. J., Koo, Y. R., & Nam, I. C. (2024). Patients and healthcare providers' perspectives on patient experience factors and a model of patient-centered care communication: A systematic review. *Healthcare*, 12(11), 1090. <https://doi.org/10.3390/healthcare12111090>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company.
- Lana, A., Fernández-Arce, L., González-García, M., Fernández-Iglesias, R., Andina-Díaz, E., & Fernández-Feito, A. (2025). The association between nursing work environment and evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 22(6), e70082. <https://doi.org/10.1111/wvn.70082>
- Lee, S. Y., Park, C. G., Boyd, A. D., Quinn, L. T., Stogis, S. L., Davila, A., & Collins, E. G. (2026). Patient-level nursing cost analysis and cost drivers in acute care: A retrospective longitudinal study. *Nursing Outlook*, 74(2), 102684. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2026.102684>
- Magalhães, C. M. S. (2017). *Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados* (Relatório de Estágio, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Acedido em Janeiro de 2025 em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22926/1/TESE%20ALTERADO%20PÓS%20DEFESA.pdf>

- Moriwaki, M., Kakehashi, M., Hayashida, K., Koizumi, M., & Horiguchi, H. (2025). Impact of nurse staffing levels on patient fall rates: A retrospective cross-sectional study in general wards in Japan. *Healthcare*, *13*, 88.  
<https://doi.org/10.3390/healthcare13010088>
- Murphy, A., Griffiths, P., Duffield, C., Brady, N. M., Scott, A. P., Ball, J., & Drennan, J. (2021). Estimating the economic cost of nurse sensitive adverse events amongst patients in medical and surgical settings. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(8), 3379–3388.  
<https://doi.org/10.1111/jan.14860>
- Nascimento, J., Oliveira, J., Alves, M., Braga, F., Góes F., & Dalri, M. (2020). Métodos e técnicas de debriefing utilizados em simulação na enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem*. *41*, e20190182. Acedido em janeiro de 2025 em  
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190182>
- Nikitara, M., Dimalibot, M. R., Latzourakis, E., & Constantinou, C. S. (2024). Conflict management in nursing: Analyzing styles, strategies, and influencing factors: A systematic review. *Nursing Reports*, *14*(4), 4173–4192.  
<https://doi.org/10.3390/nursrep14040304>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento n.º 62/2019*. Diário da República, 2.ª série, n.º 19 (28 de janeiro), 4880–4905. Disponível em:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8936/codigo-deontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 743/2019: Norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Diário da República, 2.ª série, n.º 184, 128–146. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124163224>
- Pereira, S., Ribeiro, M., Mendes, M., Ferreira, R., Santos, E., Fassarella, C., & Ribeiro, O. (2023). Ambientes de prática profissional de enfermagem e a qualidade em saúde. In O. Ribeiro (Coord.), *Ambientes de prática de enfermagem positivos: Um roteiro para a qualidade e segurança* (pp. 2–12). LIDEL.
- Pereira, S., Ribeiro, M., Mendes, M., Ferreira, R., Santos, E., Fassarella, C., & Ribeiro, O. (2024). Positive nursing practice environment: A concept analysis. *Nursing Reports*, *14*, 3052–3068. <https://doi.org/10.3390/nursrep14040222>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020b). *Chapter 11: Scoping Reviews*. In: Aromataris, E., & Munn, Z. (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Available online: <https://synthesismanual.jbi.global>.  
<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., . . . Khalil, H. (2020a). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, 18(10), 2119-2126. <https://doi.org/10.11124/jbies-20-00167>
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*, 13(3), 141-146. <https://doi.org/10.1097/xeb.0000000000000050>
- Portugal, Administração Central do Sistema de Saúde (2024). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência - RT 11/2015, 2015*. Acedido em janeiro de 2025 em [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas\\_Urgencias\\_2015.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf)
- Portugal, Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Acedido em janeiro de 2025 em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Portugal, Decreto-Lei n.º 161/1996 (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República*. Acedido em janeiro de 2025 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/acrescenta/Documents/LegislacaoEnfermag em/REPE.pdf>
- Portugal, Despacho n.º 11/2002 (2002). Reorganização dos Serviços de Urgência. *Diário da República*. Acedido em janeiro de 2025 em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2002/03/055b00/18651866.pdf>
- Portugal, Despacho n.º 11543/2023 (2023). Republicação do plano de estudos do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Viseu. *Diário da República*. Acedido em janeiro de 2025 em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/11543-2023-224159234>
- Portugal, Despacho n.º 18459/2006 (2006). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência e a criação de unidades básicas de urgência (UBU). *Diário da República*. Acedido em janeiro de 2025 em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2002/03/055b00/18651866.pdf>
- Portugal, Direção-Geral da Saúde (2001). Rede hospitalar de urgência/emergência. Lisboa. Acedido em janeiro de 2025 em [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia\\_Emergencia\\_2001.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf)

- Portugal, Direção-Geral da Saúde (2003). Circular normativa nº9/DGCG - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Acedido em janeiro de 2025 em [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor\\_como\\_5\\_sinal\\_vital\\_-\\_2003.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf)
- Portugal, Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer n.º 01 / 2017 Atribuição de responsável de turno. Acedido em janeiro de 2025 em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE\\_MCEEMC\\_01-2017\\_AtribuicaoResponsavelTurno\\_.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf)
- Portugal, Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018, Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República 2.ª série, pp. 19359. Acedido em janeiro de 2025 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Portugal, Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República. Acedido em janeiro de 2025 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Portugal, Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 743/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da Republica. Acedido em novembro de 2024 em <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Portugal, Portaria n.º 281/2024/1, Procede à extensão do projeto «Ligue antes, salve vidas» à Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, E. P. E., no sentido do desenvolvimento de respostas de proximidade às necessidades assistenciais em situação de urgência, 2024. Diário da República. Acedido em janeiro de 2025 em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/10/21100/0005000053.pdf>
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026* [PPT]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ribeiro, O., Novatzki-Fortes, E. C., Vandresen, L., & Ribeiro, M. (2023). Ambientes de prática de enfermagem e a segurança dos profissionais. In O. Ribeiro (Coord.), *Ambientes de prática de enfermagem positivos: Um roteiro para a qualidade e segurança* (pp. 25–32). LIDEL.

- Rodziewicz, T. L., Houseman, B., Vaqar, S., & Hipskind, J. E. (2024, February 12). *Medical error reduction and prevention*. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
- Royal College of Nursing. (2021). *RCN Workforce Standards*.  
<https://www.rcn.org.uk/Professional-Development/publications/rcn-workforcestandards-uk-pub-009681>
- Royal College of Nursing. (2022). *Nursing Under Unsustainable Pressure*.  
<https://www.rcn.org.uk/Professional-Development/publications/nursing-underunsustainable-pressure-uk-pub-010-27>
- Santos, A., Fassarella, C., Resende, H., Leite, P., & Ribeiro, O. (2023). Ambientes de prática de enfermagem e a segurança do doente. In O. Ribeiro (Coord.), *Ambientes de prática de enfermagem positivos: Um roteiro para a qualidade e segurança* (pp. 13–24). LIDEL.
- Saunders, H., Rehan, A., Hashmi, M. F., et al. (2024, March 10). Continuous Renal Replacement Therapy. In *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556028/>
- Schön, D. A. (1991). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Ashgate Publishing.
- Sousa, M., Sousa, M. S., Gonçalves, N., Mota, R., Pinto, V., Marques, M. do C., & Ruivo, A. (2025). Contributions of the ISBAR technique to nursing care handoff in hospitalized patients: Scoping review. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento (RIASE)*, 11(3). [https://doi.org/10.24902/r.riase.2025.11\(3\).805.1471](https://doi.org/10.24902/r.riase.2025.11(3).805.1471)
- Sworn, K., & Booth, A. (2020). A systematic review of the impact of 'missed care' in primary, community and nursing home settings. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1805–1829. <https://doi.org/10.1111/jonm.12969>
- Terwee, C. B., Jansma, E. P., Riphagen, I. I., & de Vet, H. C. W. (2009). Development of a methodological PubMed search filter for finding studies on measurement properties of measurement instruments. *Quality of Life Research*, 18(8), 1115-1123.  
<https://doi.org/10.1007/s11136-009-9528-5>
- The Joint Commission. (2022). *Sentinel event* [Internet].  
<https://www.jointcommission.org/resources/sentinel-event/>
- Toews, A. J., Martin, D. E., & Chernomas, W. M. (2021). Clinical debriefing: A concept analysis. *Journal of clinical nursing*, 30(11-12), 1491–1501.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15636>

- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., . . . Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, *169*(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
- Van den Heede, K., Cornelis, J., Bouckaert, N., Bruyneel, L., Van de Voorde, C., & Sermeus, W. (2020). Safe nurse staffing policies for hospitals in England, Ireland, California, Victoria and Queensland: A discussion paper. *Health Policy*, *124*(10), 1064–1073. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.08.003>
- World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- World Health Organization. (2021). *Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033863>
- World Health Organization. (2023, September 11). *Patient safety*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Yang, B. K., Carter, M. W., Trinkoff, A. M., & Nelson, H. W. (2021). Nurse Staffing and Skill Mix Patterns in Relation to Resident Care Outcomes in US Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, *22*(5), 1081–1087.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.009>
- Yoon, H.-J. (2022). The effect of nurse staffing on patient outcomes in acute care hospitals in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*, 15566. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315566>
- Zaranko, B., Sanford, N. J., Kelly, E., Rafferty, A. M., Bird, J., Mercuri, L., Sigsworth, J., Wells, M., & Propper, C. (2023). Nurse staffing and inpatient mortality in the English National Health Service: a retrospective longitudinal study. *BMJ quality & safety*, *32*(5), 254–263. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015291>



**Apêndices**



**1. Apêndice II** - Trabalho “Manual de Equipamentos: Operacionalização, Manutenção e Higienização” e “Lista de Verificação das Unidades/ Boxes”





# **Manual de Equipamentos**

Novembro, 2024



## **Manual de Equipamentos:**

### **Operacionalização, Manutenção e Higienização**

Trabalho realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 1ª Edição, da Escola Superior de Saúde de Viseu, na Unidade Curricular de Estágio com Relatório Final em Cuidados Intensivos pelas Mestrandas Carolina Figueiredo, Cátia Almeida, Joana Olas e Telma Pinto.

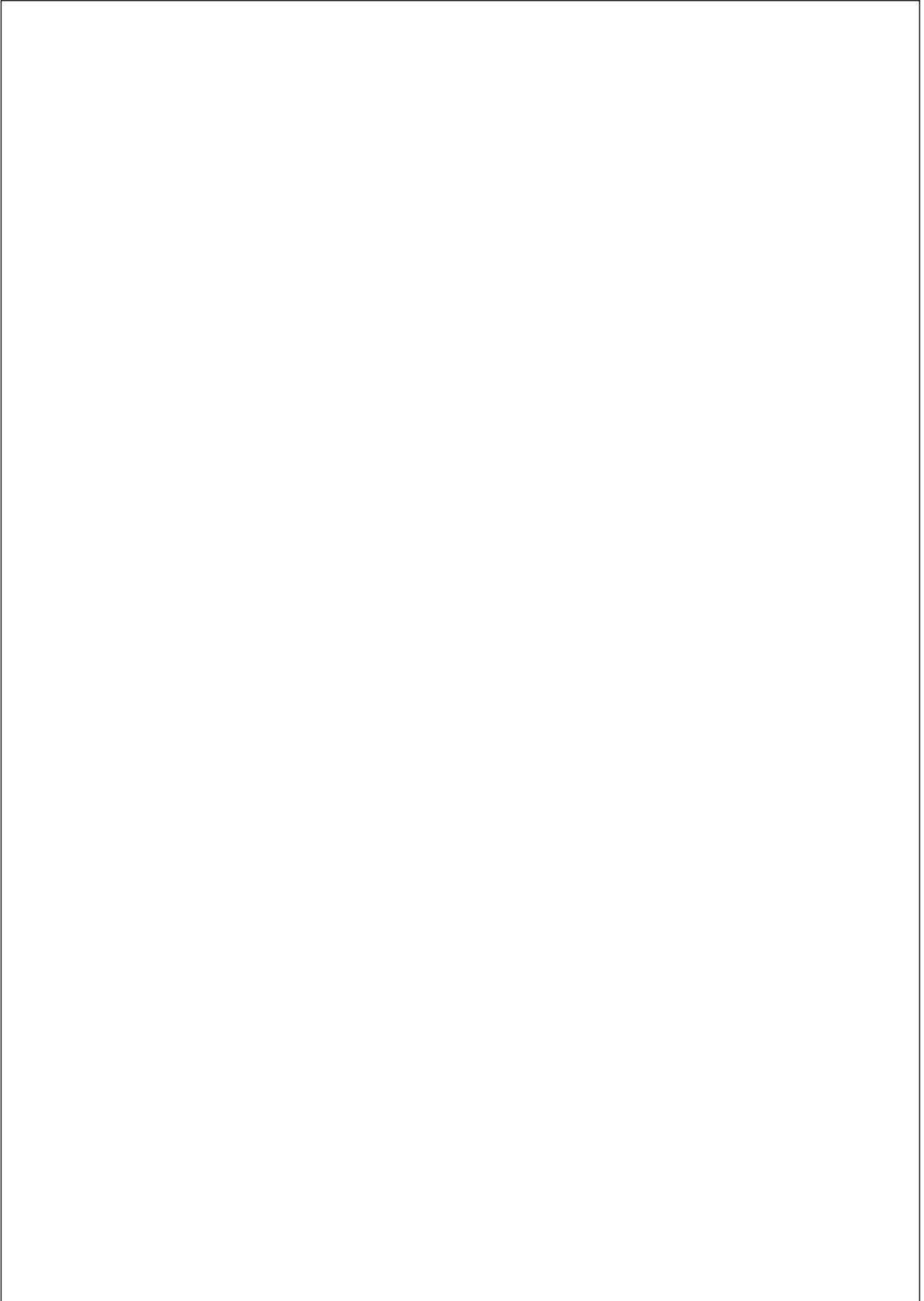
Novembro, 2024

## Sumário

	<b>Pág.</b>
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	<b>5</b>
<b>Introdução</b>	<b>7</b>
<b>1- \Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes – ULSVDL- UCIP2</b>	<b>9</b>
<b>Organização Geral</b>	<b>9</b>
<b>1.2 -Bancada Central de Monitorização</b>	<b>10</b>
<b>1.3 -Unidade Do Doente</b>	<b>11</b>
<b>1.4 -Arrumos de Material</b>	<b>14</b>
<b>2 - Procedimento Verificação Diária da Operacionalidade das Unidades e Equipamentos da UCIP 2</b>	<b>17</b>
<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>21</b>
<b>Apêndices</b>	<b>25</b>
<b>Apêndice I: Lista de Verificação Box UCIP 2</b>	<b>27</b>
<b>Apêndice II: Lista de Verificação Diária UCIP2</b>	<b>29</b>
<b>Apêndice III: Material Existente na UCIP2</b>	<b>31</b>
<b>Apêndice IV: Material Padrão da Unidade do Doente</b>	<b>35</b>
<b>Apêndice V: Registo de Manutenção dos Equipamentos</b>	<b>43</b>

**Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
CCIRA	Comissão de Controlo de Infeção e de Resistências aos Antimicrobianos
DGS	Direção Geral de Saúde
PBCI	Precauções Básicas de Controlo de Infeção
UCE	Unidade Central de Esterilização
UCIP 2	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2
ULS VDL	Unidade Local de Saúde Dão Lafões

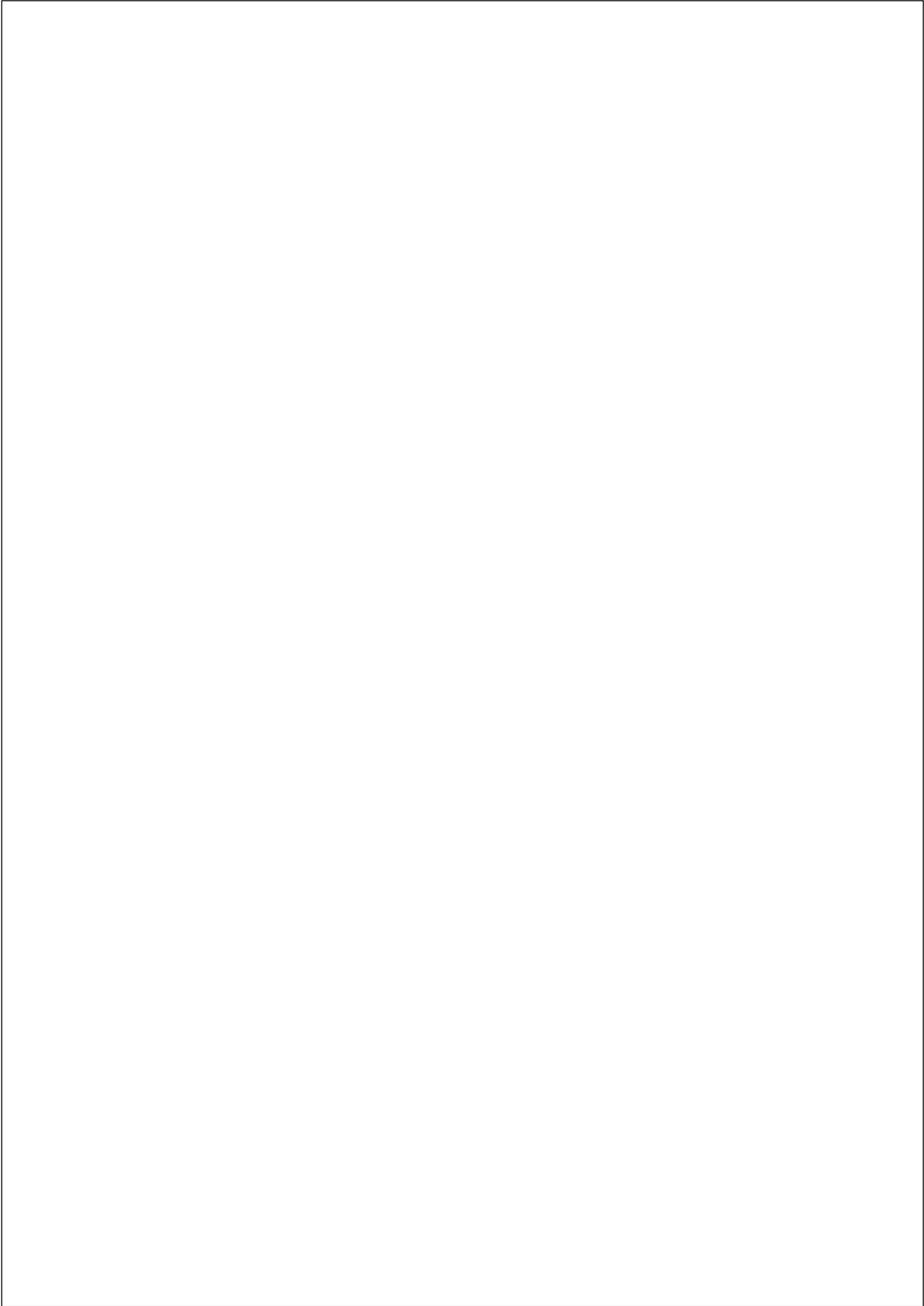


### **Introdução**

O Serviço de Medicina Intensiva é um serviço que funciona em horário contínuo, sem possibilidade de qualquer interrupção, com grandes solicitações e exigências ao nível da atenção, da disponibilidade e das respostas técnicas a dar aos doentes. A sua capacidade de resposta às solicitações é muitas vezes condicionada pelas infraestruturas e equipamentos existentes. A qualidade do ambiente, das instalações e dos equipamentos de uma unidade de cuidados intensivos podem tornar-se fator relevante para a cura e bem-estar do doente, quer de forma direta, quer de forma indireta, pela melhoria da eficácia e bem-estar do pessoal que os assiste. (ACSS, 2024)

As Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) têm como objetivo prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não e assim garantir a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde. As PBCI são compostas por 10 itens, sendo duas delas a Descontaminação do Equipamento Clínico e o Controlo Ambiental. Sobre o Controlo Ambiental, cabe aos gestores dos serviços assegurar que a área clínica é segura para a prática de cuidados, no entanto todos os profissionais devem ter conhecimento dos horários e frequência da limpeza e ainda conhecer as suas responsabilidades específicas no processo. O espaço de prestação de cuidados deve estar livre de objetos e equipamentos desnecessários, encontrar-se limpo, seco e em bom estado de conservação e ser limpo regularmente conforme as especificações. No que diz respeito à descontaminação do equipamento clínico, devem ser instituídos procedimentos de limpeza que devem explicar a frequência da sua execução, o método de descontaminação (seguindo as recomendações dos fabricantes) e o responsável pelo procedimento. (DGS, 2013). A contaminação dos materiais pela exposição a fluidos orgânicos durante procedimentos médicos é inevitável e tem relação direta com a infeção associada aos cuidados de saúde. Por este motivo é necessário proceder à lavagem, desinfeção esterilização prévia do material contaminado, para a redução a um nível seguro da carga microbiana e assim redução do risco de infeção. (Duarte, 2019).

As listas de verificação são um tipo de ajuda cognitiva usada para assegurar que todos os componentes de uma tarefa em particular são completados, promovendo uma melhor prática e prevenindo erros. Tendo em conta o complexo ambiente clínico de uma unidade de cuidados intensivos, as listas de verificação melhoram a prestação de cuidados e a segurança dos mesmos. (Eikson, 2023).



## 1. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes – ULSVDL- UCIP2

### 1.1 Organização geral

Uma Unidade de Cuidados Intensivos é um serviço organizado para a prestação de cuidados a doentes críticos que fornece cuidados médicos e de enfermagem intensivos e especializados, uma capacidade de monitorização aprimorada e múltiplas modalidades de suporte fisiológico de órgãos para manter a vida num período em que esta está em risco. Embora uma Unidade de Cuidados Intensivos esteja localizada numa área geográfica definida de um hospital, as suas atividades estendem-se frequentemente para além das paredes do espaço físico, de modo a incluir o serviço de urgência, as enfermarias do hospital e os serviços de acompanhamento. (Marshall et al., 2017)

A unidade de cuidados intensivos polivalente é um espaço autónomo, com pessoal e estrutura próprias, altamente diferenciado e com procedimentos próprios, que visam sobretudo a assistência a utentes com necessidades de monitorização invasiva, de suporte de funções vitais e assistência por médico e enfermeiros especializados 24 horas por dia. (ACSS, 2024).

A UCIP 2, funciona no 3º Piso do Hospital de São Teotónio da Unidade Local de Saúde de Viseu Dão- Lafões. Tem dotação para 12 camas: uma sala aberta com 3 camas, duas salas com 2 camas e 5 quartos individuais.

Na Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões, há ainda a UCIP 1, que se localiza no mesmo piso e que tem dotação para 8 camas: 4 camas em Sala aberta e dois quartos de 2 camas. Mas que não se encontra a funcionar de momento, estando equipada preventivamente, para a eventualidade da necessidade de acréscimo de cuidados. Ambas as unidades integram o Serviço de Medicina Intensiva.

A UCIP 2 da ULSVDL, segue as Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos, emanadas pela ACCS em 2024, onde é preconizado que cada unidade de cuidados intensivos deve ter no mínimo seis boxes e no máximo 16 boxes, sendo fortemente recomendável a organização da unidade por boxes individuais, em detrimento de áreas abertas. A UCIP 1, sendo mais antiga, tem ainda a maioria do espaço estruturado em sala aberta.

A unidade de cuidados intensivos deve ter na sua organização uma definição clara das áreas, dos fluxos de circulação de doentes, profissionais, visitas/familiares e os circuitos de limpos/sujos.

De forma geral, podemos distinguir duas diferentes áreas na UCIP2:

Áreas Assistenciais:

- Bancada Central de Monitorização;
- Unidade do Utente.

Áreas de Apoio:

- Sala de Reuniões;
- Sala de Visitas;
- Gabinete Médico;
- Gabinete do Enfermeiro Gestor;
- Copa;
- Vestiários;
- Copa;
- Arrumos de Material.

**1.1 -Bancada Central de Monitorização**

Cada módulo de cuidados intensivos deve ter um posto de vigilância centralizado e registos, implantado numa posição central de forma a favorecer a visualização e o acesso imediato aos doentes. Próximo do posto de vigilância centralizada, devem ficar os locais de trabalho de enfermagem alocados à unidade em que se integram. (ACSS, 2024). A Bancada Central deve ter visualização direta para as Unidades dos Doentes. Relativamente às instalações e equipamentos elétricos preconizados para este local: o nível médio de iluminação recomendado (500 lux) com boa uniformidade, alimentada pela rede socorrida; 10 tomadas alimentadas por UPS; 6 alimentadas por rede socorrida, sendo uma destinada à limpeza. No que diz respeito às Comunicações estão previstas: 8 tomadas duplas RJ 45, 1 módulo do sistema de chamada de emergência, com possibilidade de intercomunicação; 1 sistema de chamada de auxílio do pessoal, associado a um sistema de intercomunicação; 1 relógio secundário com indicação dos segundos e com cronógrafo integrado. (ACSS, 2024)

Conforme o que é preconizado, na UCIP2 verificam-se a existência de um posto de vigilância central com telemetria, computadores, impressora e telecomunicações (televisão, telefone e vídeo) que permitem a vigilância constante dos utentes e alerta rápido, em caso de necessidade, e relógio. Neste local existem ainda várias tomadas elétricas e de comunicações.

Na retaguarda deste posto centralizado, existe uma bancada de preparação de terapêutica, *stock* de Fármacos, estupefacientes, Nutrição Entérica, material

diverso (Ex.: Material de tratamento de feridas, Kits de colocação de dispositivos invasivos) e máquinas de Gasometria. Nesta zona existe ainda o sistema intra-hospitalar de transporte por Vácuo e o carro de Emergência.

### **1.3 -Unidade do doente**

Nas Unidades do doente devem ser privilegiadas as organizações em boxes individuais (em detrimento de camas em área aberta), concebidas de forma a garantirem a visualização direta a partir do posto de vigilância. É fortemente recomendada a existência de iluminação natural direta nas áreas assistenciais. (ACSS, 2024).

Para a prestação de cuidados será necessário o acesso fácil a 360° do doente por uma equipa completa. Para esta funcionalidade deverão reservar-se, preferencialmente 20m<sup>2</sup> a 25m<sup>2</sup> por unidade. O espaço individual de prestação de cuidados deverá permitir manobras de transferência entre a cama e a maca de transporte. A observação do doente deve ser possível por visualização direta a partir do posto de vigilância de enfermagem. Nas salas abertas o ideal é que as unidades tenham apenas divisórias laterais (transparentes) e que permitam ser recolhidas. No entanto, por razões de privacidade devem ter a possibilidade de se tornarem opacas. Deve promover-se a existência de iluminação natural direta nas áreas assistenciais. (ACSS, 2024)

Em cada espaço individual de prestação de cuidados deverá existir um lavatório clínico, preferencialmente junto à saída, não dispensando os lavatórios da antecâmara quando exista. Os pontos de lavagem e desinfecção de mãos devem ser com ativação/desativação por cotovelo ou pé ou célula fotoelétrica. Devendo existir no mínimo de um por cada três camas, em área aberta, e um em cada unidade individual.

Deverão existir equipamentos de embalagem e selagem de lixo que permitam a expedição de sacos em condições de segurança até ao respetivo depósito de sacos. Os pavimentos devem ser antiestéticos condutivos. (ACSS, 2024)

Cada unidade deve ter os seguintes Equipamentos Eletrónicos: no mínimo de 12 tomadas por cama, alimentadas pelo regime IT-Médico; 2 tomadas na parede da cabeceira da cama, alimentadas pelo regime IT-Médico; Possibilidade de existirem tomadas para recetores que excedam a potência aparente do transformador de isolamento associado ao regime IT-Médico, desde que devidamente identificadas.

12

Relativamente a Comunicações cada unidade deve ter: 2 tomadas duplas RJ 45, por cama; 2 tomadas duplas RJ45, na parede da cabeceira da cama; 1 sistema de chamada de emergência, por cama, com possibilidade de intercomunicação; 1 relógio secundário com indicação dos segundos, e com cronógrafo integrado. (ACSS, 2024)

Deve ainda existir climatização e conexão à Rede Hospitalar de Gases Medicinais.

As boxes deverão também ser equipadas com sistemas de apoio para equipamentos em bancada, suportes de parede ou braços telescópicos.

Na ULSVDL, a UCIP 2 está equipada com 12 camas. Uma sala aberta com 3 unidades, com 2 lavatórios, TV e possibilidade de controlo de iluminação. Tem ainda 2 sala abertas com 2 camas cada, com 2 lavatórios, TV e possibilidade de controlo de iluminação. E tem 5 quartos individuais, com antecâmara com lavatório e canalização e lavatório no quarto, TV, controlo da Iluminação. Cada unidade tem no mínimo 12 tomadas elétricas, mais 2 ou 3 por sala ou quarto, ligação a rede de Gases Medicinais, com no mínimo 2 ligações a Oxigénio e 2 a Aspiração.

Na antecâmara dos quartos ou na entrada de cada sala existe um carro de apoio. Neste carro existe material necessário a prestação de cuidados naquele local.

Para além disso cada unidade está equipada com o seguinte Material:

- 1 Cama (Hill-Rom ou Volker)
  - Deve estar conectada à corrente e com colchão insuflado;
- 1 Ventilador (Hamilton G5 ou Aeonmed VG70):
  - Circuito de traqueias;
  - Filtro HEPA;
  - Conector para aerossóis;
  - Conector para capnografia;
  - Deve estar devidamente montado e testado.
- Monitor Dragger, incluindo os cabos de:
  - Oxímetro;
  - ECG de 5 derivações;
  - Sonda de temperatura periférica;
  - Sonda de temperatura central;
  - Braçadeira para avaliação de pressão arterial não invasiva.
- Computador:
  - Teclado;

- Rato;
    - Deve estar ligado e operacional.
- 4 Bombas infusoras (em carregamento);
- 4 Seringas perfusoras (em carregamento);
- 1 Bomba de alimentação entérica ligada à corrente elétrica;
- Insuflador manual:
  - Com prolongador de oxigénio;
  - Filtro;
  - Máscara facial de silicone.
- Manómetro para avaliar a pressão do Cuff;
- Suporte metálico para a via aérea;
- Suporte de transdutor e cabo para monitorização arterial invasiva;
- Manga de pressão com manómetro para linha arterial;
- Suporte metálico para múltiplos soros;
- Estetoscópio;
- Debitómetro de oxigénio facilmente acessível;
- Aspirador, ligado ao vacómetro, e sistema de aspiração montado e testado;
- Sondas de aspiração Ch10, Ch14 e cânula Yankauer;
- Reservatório com água para lavagem do sistema de aspiração;
- Tubo de Guedel nº2, nº3 e nº4;
- Harmónio ou Swivel;
- Filtros;
- Narizes artificiais (tubos em T);
- Conector reto para aerossóis;
- Catéter nasal;
- 10 Luvas de palhaço esterilizadas;
- Tabuleiro metálico com:
  - Copos;
  - Nastro,
  - Rolo de adesivo castanho e hipoalérgico;
  - Seringa de Lavagem 100ml.
- Caixa de Higiene Oral:
  - escova de dentes,
  - pasta dentífrica,
  - seringas de 10 ml,

- esponjas.
- Eléttodos de monitorização;
- Caixa com Tampas perfusão (vermelhas /brancas);
- Obturadores;
- Pinças azuis;
- Resguardos;
- Compressas 10x10 não esterilizadas;
- Papel absorvente;
- Cadeirão;
- Cadeira;
- Banco regulável em altura;
- Desinfetante da pele, solução alcoólica em spray;
- Gel desinfetante e suporte;
- Lixo tipo I e II com reposição de saco;
- Suporte de lixo para o grupo III (contaminado), com reposição de saco e abertura com o pé;
- Contentor para cortoperfurantes (biobox);
- Carro de apoio devidamente repostado (conforme o procedimento - IT.PQ.12.05).

De forma a otimizar a gestão das Unidades do Doente e garantir a operacionalidade de cada uma delas, foi criada uma lista de verificação, permitindo também uma gestão de recursos mais adequada. Neste sentido, assim que a Unidade seja operacionalizada deve ser feita a sua verificação de acordo com a lista elaborada. Da mesma forma em cada turno da manhã, deve ser feita a verificação de todas as unidades de acordo com a Lista de Verificação Diária (documentos disponíveis em Apêndice I e II).

Para otimizar e garantir a adequada manutenção e higienização dos equipamentos que integram a Unidade do Doente foi também criada uma tabela onde constam as indicações relativas a cada equipamento (apêndice III). Foi ainda criada uma tabela que permite verificar a data de Manutenção Periódica dos Equipamentos (apêndice V: Registo de manutenção dos equipamentos).

O Preenchimento destas listagens está descrito no Procedimento Verificação Diária da Operacionalidade das Unidades e Equipamentos da UCIP 2.

#### 1.4- Arrumos de Material

Este espaço, localizado fora da área assistencial, permite o armazenamento, recarga, manutenção preventiva e reparação dos equipamentos utilizados nesta Unidade. A desinfecção dos mesmos deve ocorrer previamente à sua alocação a este espaço.

De acordo com a ACCS (2024), as áreas de armazenamento e manutenção de equipamentos devem ser proporcionais ao número de boxes/camas e ficar localizadas fora da área de doentes. Deve ser prevista uma sala para cada unidade de 16 camas e ter uma área mínima de 8 m<sup>2</sup>. Para manutenção dos equipamentos é fundamental que este espaço seja equipado com rampas de gases medicinais, vácuo e instalações elétricas.

Para os equipamentos que não podem sair das áreas assistenciais pode ser criado um espaço junto às unidades assistenciais para a realização de manutenção preventiva, recargas e desinfecções ou reparação de avarias dos equipamentos. Preferencialmente com acesso também por fora da zona de doentes evitando-se, se possível, as circulações não essenciais. (ACSS, 2024).

Relativamente à iluminação é recomendado: o nível médio de iluminação (300 lux) com alimentação, total ou parcial, pela rede socorrida e reforço da iluminação geral via candeeiro de bancada (1 unidade/bancada).

A Rede Elétrica deve incluir as seguintes tomadas: 4 monofásicas por bancada, alimentadas pela rede socorrida; 1 monofásica por bancada, alimentada por UPS; 2 trifásicas (3P+N+T), tipo CEE, 16 A, alimentadas pela rede socorrida, para fornecimento de energia (ensaios associados a manutenção preventiva ou corretiva, etc.) a recetores trifásicos, numa das paredes do compartimento. Para a Rede de Comunicações devem existir: 2 tomadas duplas RJ 45 por bancada

É recomendável a existência dos seguintes gases medicinais e aspiração: O<sub>2</sub>; N<sub>2</sub>O; V (vácuo); ACR (400 kPa); ACR (700 kPa); aspiração de gases anestésicos. A alimentação das tomadas de O<sub>2</sub>, N<sub>2</sub>O, ACR (400 kPa) e ACR (700 kPa) faz-se a partir da rede de ACR (700 kPa), com redutores de pressão para cada uma das tomadas de menor pressão de funcionamento; a alimentação das tomadas de V (vácuo) e de aspiração de gases anestésicos faz-se a partir da rede de vácuo (ACSS, 2024).

Na UCIP2, o armazenamento de Equipamentos fica fora da área assistencial, próximo ao Gabinete do Enfermeiro Gestor.

Neste local estão armazenados os seguintes equipamentos:

- Aquecedor de fluídos;

16

- Aquecedores/ humidificadores de gás respiratório;
- Oxigénio alto fluxo;
- Compressor pneumático intermitente (com tubuladuras);
- DirectLink;
- Módulo de PIC, monitorização de pressão intra-craniana;
- Monitores de etCO<sub>2</sub> (Dräger M540, Vista 120, Dräger M540, Hamilton) com Cabo/Sensor;
- INVOS, monitorização de oximetria cerebral;
- Monitor BIS, monitorização do nível de consciência;
- Monitor de PIC, monitorização de Pressão Intra Craniana;
- PiCCO, monitorização hemodinâmica;
- PiCCO® PulsioFlex, monitorização hemodinâmica;
- Prismaflex® + aquecedor;
- Barkey autocontrol®;
- Prismaflex® + aquecedor TherMax®;
- STARLIN, monitorização hemodinâmica não invasiva;
- Termoventilador;
- TOF Monitorização de relaxamento muscular;
- TOFScan Dräger, monitorização de relaxamento muscular;
- Ventilador de transporte Hamilton® C1;
- Vídeo laringoscópio C-MAC;
- Mindray® BeneHeart D60®, desfibrilhador de transporte;
- Mindray® BeneHeart D30®, desfibrilhador;
- Ambu® aView™ 2 Advance;
- Broncofibroscópio ótico;
- Ecógrafo Siemens® Acuson P300;
- Ecógrafo GE® Vivid S60N;
- Lifepak® 20 desfibrilhador;
- Eletrocardiógrafo HP PageWriter 200i®;
- Lifepak 20 desfibrilhador;
- GEM® Premier3500, monitor gasometria;
- Biombos.

De forma a otimizar a gestão destes equipamentos e garantir a operacionalidade e funcionamento foi criada uma tabela com a respetiva manutenção e higienização (apêndice IV).

## **2 - Procedimento Verificação Diária da Operacionalidade das Unidades e Equipamentos da UCIP 2**

### **Âmbito:**

- Aplicável ao Serviço de Medicina Intensiva na Unidade UCIP2.

### **Responsabilidade pela Implementação**

- Equipa de Enfermagem;
- Assistentes Operacionais.

### **Fundamentos:**

Uma Unidade de Cuidados Intensivos é um serviço organizado para a prestação de cuidados a doentes críticos que fornece cuidados médicos e de enfermagem intensivos e especializados. (Marshall et al., 2017).

As unidades de cuidados intensivos são complexas e devem fornecer o melhor ambiente para utentes e funcionários, a fim de maximizar as terapias e minimizar riscos. (Clancy, 2023).

A qualidade do ambiente, das instalações e dos equipamentos de uma unidade de cuidados intensivos podem tornar-se fator relevante para a cura e bem-estar do doente, quer de forma direta, quer de forma indireta, pela melhoria da eficácia e bem-estar do pessoal que os assiste. A sua capacidade de resposta às solicitações é muitas vezes condicionada pelas infraestruturas e equipamentos existentes. (ACSS, 2024)

As listas de verificação são um tipo de ajuda cognitiva usada para assegurar que todos os componentes de uma tarefa em particular são completados, promovendo uma melhor prática e prevenindo erros. Tendo em conta o complexo ambiente clínico de uma unidade de cuidados intensivos, as listas de verificação melhoram a prestação de cuidados e a segurança dos mesmos. (Eikson, 2023).

### **Objetivos**

- Garantir a operacionalidade de todas as Unidades do Doente o mais rápido e eficazmente possível;
- Garantir a operacionalidade dos Equipamentos, quando necessários;
- Garantir a manutenção correta e atempada dos equipamentos;

18

- Promover a gestão eficaz dos materiais e equipamentos da UCIP.

### **Descrição do procedimento**

#### **a. Unidade do Doente:**

- 1) A Higienização e Reposição das Unidades do Doente deve ser realizada pelo Assistente Operacional, assim que estas se encontrem disponíveis.
- 2) Após reposição das Unidades, o Enfermeiro Gestor ou Responsável de Turno, deve verificar a operacionalidade de cada Unidade, usando a Lista de Verificação da Unidade do Doente (Apêndice I e II);
- 3) Em cada turno da Manhã ou Tarde, o Enfermeiro Gestor ou Responsável de Turno, deve fazer a Verificação Diária de todas as Unidades do Doente, utilizando a Lista de Verificação Diária (Apêndice I e II);
- 4) A Enfermeiros Gestor e/ou responsável verificação e agendamento da manutenção dos equipamentos;
- 5) Aos Assistente operacionais compete higienização (conforme o procedimento – IT.PQ.08.04) e reposição do material (conforme o procedimento - IT.PQ.12.05);
- 6) Nas Unidades em utilização, a reposição será efetuada nos turnos da manhã e da noite, ou sempre que se justifique;
- 7) Para facilitar a verificação foi elaborada uma lista de verificação diária que se anexa ao presente procedimentos, bem como um guia de higienização e manutenção de equipamentos.

#### **b. Material ou Equipamentos:**

- 1) A Higienização dos Equipamentos deve ser realizada assim que estes se encontrem disponíveis;
- 2) A Higienização dos equipamentos deve ser realizada de acordo com as Orientações da CCIRA-Manual de higienização ambiental;
- 3) Após Higienização acondicionar os Equipamentos nos locais previstos;
- 4) Os Equipamentos que necessitem de estar carregados ou com bateria, devem ser ligados à corrente elétrica;
- 5) A Manutenção preventiva dos equipamentos com manutenção semestral deve ser realizada em janeiro e Junho de cada ano, idealmente no dia 1;
- 6) A Manutenção preventiva dos Equipamentos com Manutenção anual deve realizar-se no mês de janeiro, idealmente no dia 2;

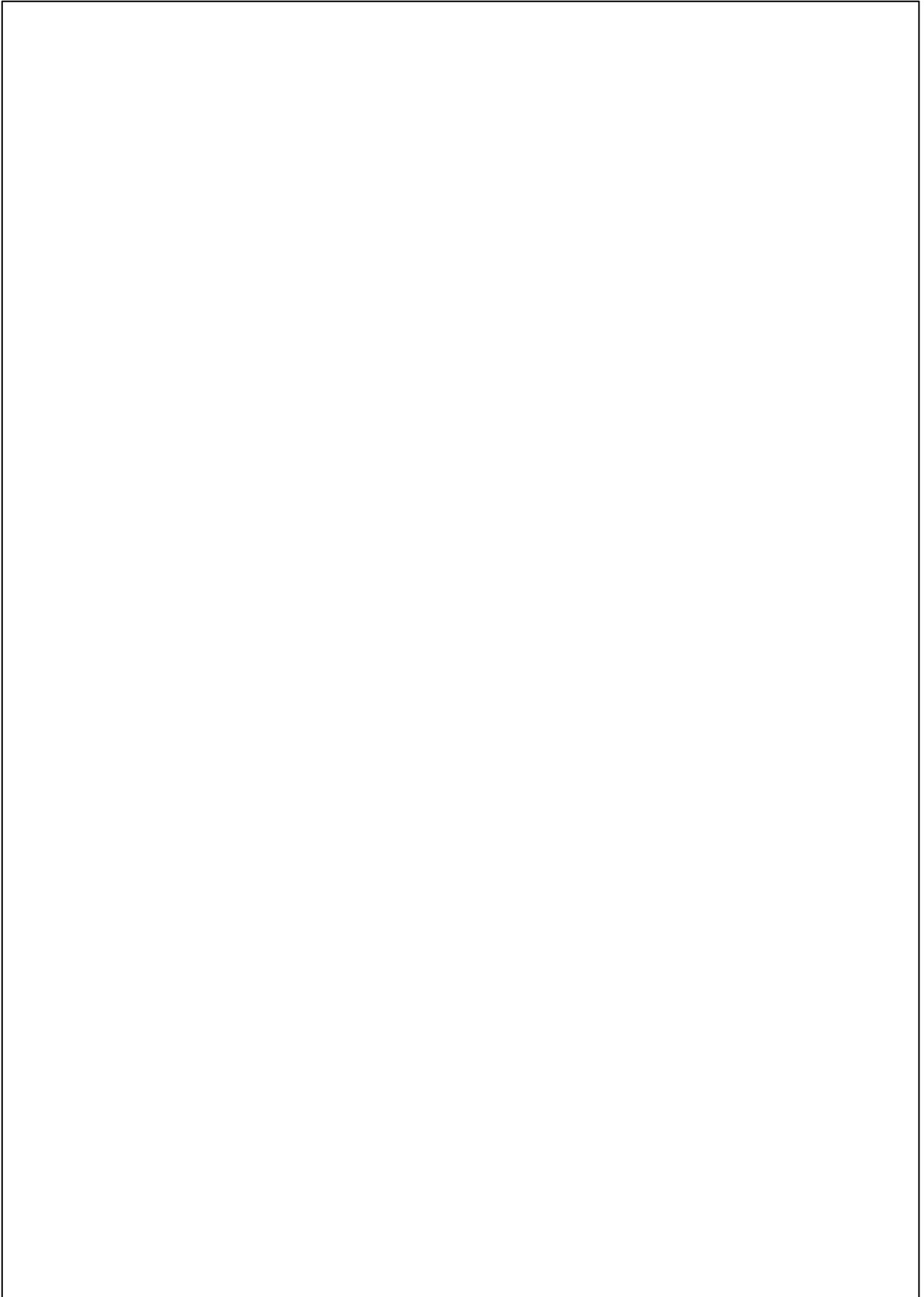
- 7) A verificação da manutenção, deve registar-se em documento: Registo de manutenção do equipamento. (Apêndice V);
- 8) O Enfermeiro Gestor e ou responsável de Turno deve fazer o agendamento da manutenção dos equipamentos, sobretudo quando esta se realizar com Recurso a Equipas Externas.

**Monitorização /avaliação**

A verificação e o agendamento da manutenção devem ser efetuada pelo enfermeiro Gestor ou responsável, sendo que deve ser substituída imediatamente se for verificado mau funcionamento.

**Legislação, ordem de serviço, Bibliografia de suporte**

- Procedimento IT.PQ.12.05, Constituição das cabeceiras e carros de apoio.
- Procedimento IT.PQ.08.04. Higienização ambiental por turno
- Manual de higienização ambiental - CCIRA, 201



### Referências Bibliográficas

AEOMED. (2020) VG70 Ventilator User Manual. Disponível em <https://pt.scribd.com/document/649150127/1-Vg70-User-Manual-en-1>

Ambu (2024) Instruction for use Ambu aView. Disponível em [https://www.ambu.com/Admin/Public/Download.aspx?file=Files%2FFiles%2FDownloads%2FAmbu+com%2FFlexibleEndoscopes%2FBronchoscopes%2FaView%2FInstructions+For+Use%2FaView\\_IFU\\_492405000\\_V02.pdf](https://www.ambu.com/Admin/Public/Download.aspx?file=Files%2FFiles%2FDownloads%2FAmbu+com%2FFlexibleEndoscopes%2FBronchoscopes%2FaView%2FInstructions+For+Use%2FaView_IFU_492405000_V02.pdf)

Aspect Medical Systems International B.V. (2007). Sistema de monitorização BIS VIEW™: Manual de utilização. Disponível em <https://shorturl.at/faQ9E>

B|Braun. (2012). Infusomat Space e acessórios. Disponível em [https://www.suprevida.com.br/manual/fixador-pole-clamp-sp-1-un-bbraun-manual.pdf?srsltid=AfmBOooRa\\_UZ7pjTwiSPXjwqDjNXx2-Ar8vrGdhft21esj0WR1KPqUNR](https://www.suprevida.com.br/manual/fixador-pole-clamp-sp-1-un-bbraun-manual.pdf?srsltid=AfmBOooRa_UZ7pjTwiSPXjwqDjNXx2-Ar8vrGdhft21esj0WR1KPqUNR)

B|Braun. (2012). Perfusor Space e Acessórios. Disponível em [https://www.suprevida.com.br/manual/perfusor-space-bomba-de-seringa-b-braun-manual.pdf?srsltid=AfmBOoq2v3Oei75TadvXC2nSKMXnPhSj5RGIMkc-Ct\\_-rwakbX1cRnX](https://www.suprevida.com.br/manual/perfusor-space-bomba-de-seringa-b-braun-manual.pdf?srsltid=AfmBOoq2v3Oei75TadvXC2nSKMXnPhSj5RGIMkc-Ct_-rwakbX1cRnX)

Baxter Healthcare SA. (2019). PrisMax operator's manual. Disponível em <https://usrenalacute.baxter.com/sites/g/files/ebysai3231/files/2020-12/Prismax%20Operator%27s%20Manual.pdf>

Cardinal Health. (s.d.). Modelo de instruções de uso: Sistema de compressão sequencial Kendall SCD 700. Disponível em <https://consultas.anvisa.gov.br/api/consulta/produtos/25351435324202068/Apêndice/T22801089/nomeArquivo/IFU+-+81356119001.pdf?Authorization=Guest>

Cheetah Medical. (2016). User guide: Starling SV system. Disponível em [https://archive.org/stream/manual\\_Cheetah\\_Starling\\_SV\\_Cardiac\\_Output\\_Monitor\\_User\\_Manual/Cheetah\\_Starling\\_SV\\_Cardiac\\_Output\\_Monitor\\_User\\_Manual\\_djvu.txt](https://archive.org/stream/manual_Cheetah_Starling_SV_Cardiac_Output_Monitor_User_Manual/Cheetah_Starling_SV_Cardiac_Output_Monitor_User_Manual_djvu.txt)

Clancy, H., Johnson, C. (2023). Design, organization and staffing of the intensive care unit. *Surgery (Oxford)*. Volume 41. Issue 12. Pages 767-774. ISSN 0263-9319. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2023.09.006>.

Codman. (2020). ICP EXPRESS® Monitor. Disponível em <https://shorturl.at/sRRKU>

Covidien. (2011). Manual do operador: WarmTouch – Sistema de aquecimento do paciente, modelo WT-5900. Disponível em <https://shorturl.at/B0wut>

22

Covidien. (2013). Operations manual: INVOS® System, Model 5100C. Disponível em <https://www>

Draeger (2017). Instructions for use Infinity Acute Care System. Disponível em <https://www.draeger.com/Content/Documents/Products/iacs-vg7-m540-patient-monitor-ifu-ms34069-en.pdf>

Draeger. (s.d.). Manual de operação ToFscan®. Disponível em <https://shorturl.at/IGW2o>

Drager. (2017). Instruções de Uso Infinity Acute Care System. Disponível em [https://www.draeger.com/Content/Documents/Products/IfU\\_IACS\\_\\_\\_Monitoring\\_Applications\\_\\_\\_Infinity\\_Medical\\_Cockpits\\_PT\\_MS24816.pdf](https://www.draeger.com/Content/Documents/Products/IfU_IACS___Monitoring_Applications___Infinity_Medical_Cockpits_PT_MS24816.pdf)

Duarte, A., & Martins, O. (2019). Controlo da infeção Hospitalar (Lidel, Ed.; 1ª edição)

Erikson, E. J., Edelman, D. A., Brewster, F. M., Marshall, S. D., Turner, M. C., Sarode, V. V., & Brewster, D. J. (2023). The use of checklists in the intensive care unit: a scoping review. *Critical care* (London, England), 27(1), 468. <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04758-2>

Escola Superior de Saúde de Viseu. (2024). Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 1ª edição - Guia Orientador de Estágios.

Gambro Lundia AB. (2012). Prismaflex service manual. Disponível em <https://pt.scribd.com/document/434938789/Gambro-Prismaflex-Dialysis-Service-Manual>

General Electric Company. (2020). Disinfection guidelines for your Vivid S60/S70 ultrasound system. Disponível em [https://www.gehealthcare.in/-/jssmedia/markets/india/cleaning-guidelines/vivid-s60\\_-s70-rev2.pdf?rev=-1](https://www.gehealthcare.in/-/jssmedia/markets/india/cleaning-guidelines/vivid-s60_-s70-rev2.pdf?rev=-1)

General Electric Company. (2023). Basic service manual: Vivid TMS60N and Vivid TMS70N. Disponível em <https://pt.scribd.com/document/690722108/Vivid-s60n-Vivid-s70n-v206-Basic-Service-Manual-sm-bd091140-1en-4>

Hamilton Medical (2013) Manual do operador 624318/02 Software versin 2.3X. Disponível em [https://api.techealth.com.br/doc/produto/31\\_5f46af5098867.PDF](https://api.techealth.com.br/doc/produto/31_5f46af5098867.PDF)

Hewlett-Packard Company. (1998). User's guide: PageWriter 300pi HP M1770A cardiograph. Disponível em: [http://www.frankshospitalworkshop.com/equipment/documents/ecg/user\\_manuals/Philips%20PageWriter%20300pi%20ECG%20-%20User%20guide.pdf](http://www.frankshospitalworkshop.com/equipment/documents/ecg/user_manuals/Philips%20PageWriter%20300pi%20ECG%20-%20User%20guide.pdf)

Idmed. (2022). ToFscan: User Manual NeuroMuscular Transmission Monitor. Disponível em <https://www.draeger.com/Content/Documents/Products/tofscan-ifu-doc0087-en.pdf>

Karl Storz – Endoskope (2019). Instruction For Use C-MAC Video Laryngoscope 8403xxx and Connection Cable 8403X. Disponível em <https://acmervival.com/wp-content/uploads/2021/12/5-Karl-Storz-8402-X-Video-Module-For-C-MAC-Video-Laryngoscope-Monitor-Imager-M.pdf?srsitid=AfmBOopuupJYTgB8NGr5KYZXNn39ygUQOhn4gTmc8FpgsPbhsi82mvr4>

Marshall, J. C, Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J.L., Vollman, K., Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine, Journal of Critical Care, Volume 37. Pages 270-276. ISSN 0883-9441. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>.

Mindray (2022). Cleaning and Disinfecting Mindray Patient Monitoring Products. Disponível em [https://www.mindray.com/content/dam/xpace/en\\_us/products-solutions/products/resource/Cleaning-and-Disinfecting-Mindray-Monitoring-Products.pdf](https://www.mindray.com/content/dam/xpace/en_us/products-solutions/products/resource/Cleaning-and-Disinfecting-Mindray-Monitoring-Products.pdf)

Mindray (2022). BeneHeart D60/BeneHeart BeneHeart D50/BeneHeart D50C Defibrillator/Monitor Instruction for use. Disponível em <https://www.mindray.com/content/dam/xpace/en/site/mdr-sscp/d6-cpr-sensor-mdr/H-046-024585-00%20BeneHeart-D60-D50-Instructions-for-Use-1.0.pdf>

Mindray (2022). Instructions for use BeneHeart D20/BeneHeart D20C Defibrillator/Monitor. Disponível em <https://www.mindray.com/content/dam/xpace/en/site/mdr-sscp/d6-cpr-sensor-mdr/H-046-024584-00-BeneHeart-D30-D20-Instructions-for-Use-1.0.pdf>

Organon (2007). TOF-Watch S Operator Manual. Disponível em <https://www.manualslib.com/manual/1272237/Mainline-Medical-Tof-Watch-S.ht>

Physio Control. (2019). LIFEPAK® 20e defibrillator/monitor: Operating instructions. Disponível em [https://www.stryker.com/content/dam/stryker/ems/resources/operating-instructions/international/3313187-034\\_inteng\\_lifepak\\_20e\\_with\\_cmm\\_operating\\_instructions.pdf#page=111&zoom=100,132,665](https://www.stryker.com/content/dam/stryker/ems/resources/operating-instructions/international/3313187-034_inteng_lifepak_20e_with_cmm_operating_instructions.pdf#page=111&zoom=100,132,665)

Portugal, Administração Central do Sistema de Saúde, (2024). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos - RT 13/2019 V. 2024. Revisão Janeiro 2024. Lisboa. Administração Central do Sistema de Saúde.

24

Portugal, Direção Geral de Saúde. (2012). Normal 029/2012. Atualizada a 31/10/2033. Precauções Básicas do controlo da Infecção (PBCI). Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Portugal, Ministério da Saúde, Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE., CCIRA (2013). Manual de Higienização Ambiental.

Portugal, Ministério da Saúde, Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, UCIP 2(2023). Constituição das cabeceiras e carros de apoio - Procedimento IT.PQ.12.05.

Portugal, Ministério da Saúde, Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE., Serviço de Medicina Intensiva. (2023). Higienização Ambiental por turno, Procedimento IT.PQ.08.04

Smiths Medical. (2007). Operator's manual: Level 1 Hotline blood and fluid warmer. Disponível em <https://pt.scribd.com/document/500874645/HOTLINE-Operators-Manual-Rev006>

**APÊNDICES**

## EQUIPAMENTOS / MATERIAL

1	Aspirador + sistema de aspiração (montado e testado)	1	Ventilador + traqueias + filtro (montado e testado)
10	Sondas de aspiração Ch 14	1	Suporte metálico de via aérea
5	Sondas de aspiração Ch 10	1	Insuflador manual + prolongador + filtro + máscara facial
1	Vacómetro	1	Debitómetro de oxigénio
1	Bomba de alimentação entérica	1	Monitor
1	Suporte metálico para Soros	1	Cabo temperatura periférica
1	Manómetro para avaliar a pressão do Cuff	1	Cabo temperatura central
1	Estetoscópio	1	Cabo ECG 5 elétrodos
4	Bombas Infusoras	1	Cabo de oximetria
4	Seringas Perfusoras	1	Braçadeira (avaliação PNI)
1	Antisséptico	1	Suporte de transdutor + cabo para monitorização arterial
1	Gel desinfetante + suporte	1	Rolo de adesivo castanho + hipoalérgico
1	Lixo tipo I e II (reposição saco)	5	Nastros
1	Lixo III - contaminado (reposição saco)	1	Seringa de Lavagem 100ml
1	Biobox	1	Caixa de Higiene Oral (Escova de dentes + pasta+ 4 seringa de 10 ml + esponjas)
1	Cama	6	Copos
1	Cadeira	2	Pinças de clampagem
1	Cadeira	10	Luvas de palhaço

## Gaveta 1 ( computador)

10	Eléttrodos	
5	Resguardos	
10	Tampas perfusão (vermelhas)	
10	Tampas perfusão (brancas)	
---	Compressas 10x10 não esterilizadas	
---	Papel	

## Gaveta 2 (ventilador)

1	Tubo de Guedel nº2	
1	Tubo de Guedel nº3	
1	Tubo de Guedel nº4	
3	Harmónios/ Swivel	
2	Filtros HME	
3	Narizes artificiais (tubos em T)	
1	Conector reto para aerossois	
1	Cateter nasal	

Descrição de avarias e/ou degradação (equipamentos e instalações)

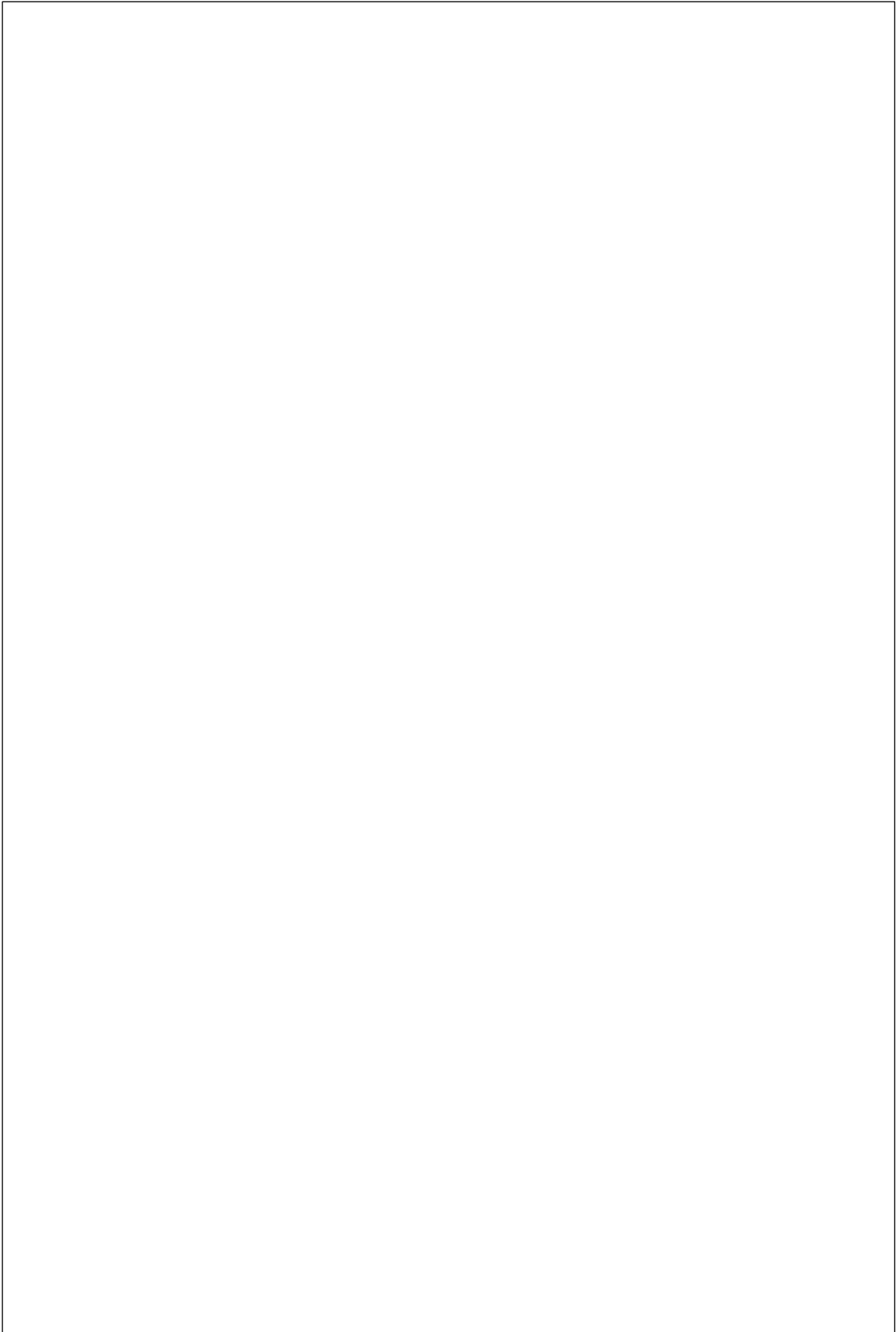
---



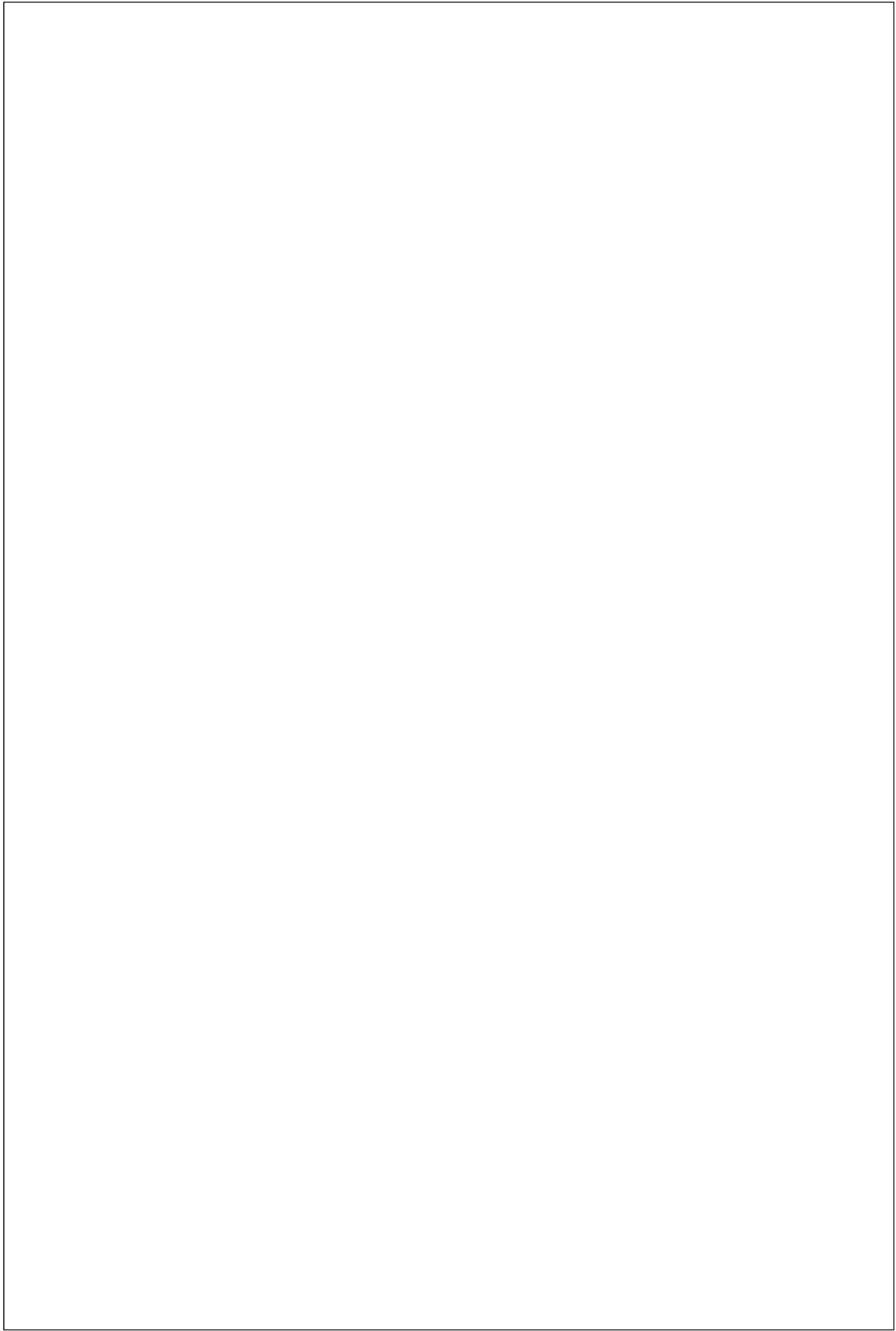
---

Box Operacional: S / N

DATA: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_


























## Apêndice III

## Material Padrão da Unidade do Doente

Equipamento		Manutenção / Higieneização
Ventilador Hamilton G5		<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Man. Periódica:</b> 5 000h de utilização ou a cada 12 meses;</li> <li><b>Válvula expiratória:</b> descontaminada no serviço (exceto após isolamentos de origem respiratória, nestes casos é processada na Unidade Central de Esterilização (UCE));</li> <li><b>Higieneização:</b> de acordo com as CCIRA - Manual de higieneização ambiental.</li> </ul>
Ventilador Aeonmed VG70		<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Man. Periódica:</b> 2 000h de utilização;</li> <li><b>Diário:</b> Drenar a água no filtro de entrada do suprimento de gás;</li> <li><b>Semanalmente:</b> Calibrar sensor de oxigênio;</li> <li><b>A cada 1-3 mês:</b> Limpar o filtro de ar;</li> <li><b>Semestralmente:</b> Carregar e descarregar as baterias;</li> <li><b>Anual:</b> calibrar o sensor de fluxo e sensores de pressão e válvulas;</li> <li><b>Higieneização:</b> de acordo com as CCIRA - Manual de higieneização ambiental.</li> </ul>
Monitores (UCIP 1)		<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Man. Periódica:</b> a cada 24 meses;</li> <li><b>Higieneização:</b> de acordo com as CCIRA - Manual de higieneização ambiental.</li> </ul>
Cabo Multimed (UCIP1)		<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Man. Periódica:</b> não tem, substituir se defeituoso;</li> <li><b>Higieneização:</b> Descontaminar com toalhete desinfetante após utilização</li> </ul>
Cabos ECG (UCIP1)		<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Man. Periódica:</b> não tem, substituir se defeituoso;</li> <li><b>Higieneização:</b> Descontaminar com toalhete desinfetante após utilização</li> </ul>
Cabo de oxímetro e oxímetro (UCIP1)		<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Man. Periódica:</b> não tem, substituir se defeituoso;</li> <li><b>Higieneização:</b> Descontaminar com toalhete desinfetante após utilização</li> </ul>
Cabo de ligação de pressões invasivas (UCIP1)		<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Man. Periódica:</b> não tem, substituir se defeituoso;</li> <li><b>Higieneização:</b> Descontaminar com toalhete desinfetante após utilização.</li> </ul>

Equipamento		Manutenção / Higienização
Monitores (UCIP 2)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Man. Periódica</u>: a cada 24 meses;</li> <li>• <u>Higienização</u>: de acordo com as CCIRA - Manual de higienização ambiental.</li> </ul>
Cabos de monitorização de ECG (UCIP2)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Man. Periódica</u>: não tem, substituir se defeituoso;</li> <li>• <u>Higienização</u>: Descontaminar com toalhete desinfetante após utilização</li> </ul>
Módulo de pressões invasivas (UCIP2)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Man. Periódica</u>: não tem, substituir se defeituoso;</li> <li>• <u>Higienização</u>: Descontaminar com toalhete desinfetante após utilização</li> </ul>
Cabo de oxímetro e oxímetro (UCIP2)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Man. Periódica</u>: não tem, substituir se defeituoso;</li> <li>• <u>Higienização</u>: Descontaminar com toalhete desinfetante após utilização</li> </ul>
Transdutor de pressão e cabo para avaliação de pressão invasiva		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Man. Periódica</u>: não tem, substituir se defeituoso;</li> <li>• <u>Higienização</u>: Descontaminar com toalhete desinfetante após utilização</li> </ul>
Suporte para transdutor de pressão		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Man. Periódica</u>: não tem, substituir se defeituoso;</li> <li>• <u>Higienização</u>: Descontaminar com toalhete desinfetante após utilização</li> </ul>
Manga de pressão para soro da linha de avaliação de pressão invasiva		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Man. Periódica</u>: não tem, substituir se defeituoso;</li> <li>• <u>Higienização</u>: Descontaminar com toalhete desinfetante, entre utilizações; Se necessário Lavar com detergente e escova descontaminada, e secar com pistola de ar.</li> </ul>
Manga de pressão e tubo para avaliação de pressão não invasiva		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Man. Periódica</u>: não tem, substituir se defeituoso;</li> <li>• <u>Higienização</u>: Descontaminar com toalhete desinfetante, entre utilizações; Lavar com detergente e escova descontaminada, no final do dia e secar com pistola de ar.</li> </ul>

Equipamento		Manutenção / Higienização
Sonda para avaliação de temperatura periférica		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> não tem, substituir se defeituoso;</li> <li>• <b>Higienização:</b> Descontaminar com toalhete desinfetante após utilização</li> </ul>
Cabo para avaliação de temperatura vesical		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> não tem, substituir se defeituoso;</li> <li>• <b>Higienização:</b> de acordo com as CCIRA - Manual de higienização ambiental</li> </ul>
4 bombas infusoras Infusomat® Space		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> a cada 24 meses</li> <li>• <b>Higienização:</b> de acordo com as CCIRA - Manual de higienização ambiental: (Diariamente: Lavar a húmido e descontaminar com solução clorada Após alta: Descontaminar com desinfetante em spray)</li> </ul>
4 bombas perfusoras Perfusomat® Space		
Insuflador manual com máscara e reservatório		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> não tem, substituir se defeituoso;</li> <li>• <b>Higienização:</b> encaminhar para UCE aquando da alta, Descontaminar com toalhete desinfetante após utilização</li> </ul>
Avaliador de pressão de cuff		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> não tem, substituir se defeituoso;</li> <li>• <b>Higienização:</b> Descontaminar com toalhete desinfetante após utilização</li> </ul>
Debitómetro de oxigénio		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> não tem, substituir se defeituoso;</li> <li>• <b>Higienização:</b> de acordo com as CCIRA - Manual de higienização ambiental</li> </ul>
Regulador de vácuo para aspiração.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> não tem, substituir se defeituoso;</li> <li>• <b>Higienização:</b> de acordo com as CCIRA - Manual de higienização ambiental</li> </ul>
Estetoscópio		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> não tem, substituir se defeituoso;</li> <li>• <b>Higienização:</b> Descontaminar com toalhete desinfetante entre utilizações</li> </ul>






Equipamento		Manutenção / Higienização
Carro de Apoio		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> não tem, substituir se defeituoso;</li> <li>• <b>Higienização:</b> Descontaminar exterior das gavetas e tampo com desinfetante em spray diariamente.</li> </ul>
Cama		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> não tem, substituir se defeituoso;</li> <li>• <b>Higienização:</b> Descontaminar com sol. clorada* diariamente e após a alta</li> </ul>
Colchão		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> não tem, substituir se tiver cortes ou orifícios</li> <li>• <b>Higienização:</b> Descontaminar com celulose e desinfetante em spray bilateralmente e deixar secar na vertical</li> </ul>
Cadeirão / cadeiras/ Banco Regulável		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> não tem, substituir se deteriorado</li> <li>• <b>Higienização:</b> Diariamente: Descontaminar com solução clorada*,</li> </ul>
Suportes Metálicos		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> não tem, substituir se defeituoso;</li> <li>• <b>Higienização:</b> Diariamente: Descontaminar com solução clorada*, Após alta Lavar a húmido e descontaminar com solução clorada*</li> </ul>
Material Informático (Computador, Monitor, Teclado e Rato)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> Seguir indicações do Departamento de Informática</li> <li>• <b>Higienização:</b> Descontaminar com toalhetes desinfetantes (1 toalhete por equipamento), 2 x por dia.</li> </ul>

## Apêndice IV







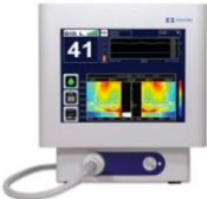





## Material Existente na UCIP 2














Equipamento	N	Manutenção
<p><b>Aquecedor de fluidos</b></p> 	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> a cada 24 meses;</li> <li>• <b>Higienização:</b> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>
<p><b>Aquecedores/humidificadores de gás respiratório (Oxigénio Alto Fluxo)</b></p> 	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> a cada 12 meses;</li> <li>• <b>Higienização:</b> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>
<p><b>Compressor Pneumático Intermitente (com tubuladuras)</b></p> 	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> a cada 12 meses;</li> <li>• <b>Higienização:</b> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>
<p><b>DirectLink Módulo de PIC Monitorização de Pressão Intra Craniana</b></p> 	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> não é necessário efetuar qualquer manutenção ou calibração anual;</li> <li>• <b>Higienização:</b> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>
<p><b>etCO<sub>2</sub> Cabo/Sensor (Para monitores Dräger M540)</b></p> 	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> a cada 24 meses;</li> <li>• <b>Higienização:</b> limpeza deve ser realizada com um pano impregnado com peróxido de hidrogénio a 7.5%.</li> </ul>






36




Equipamento	Nº	Manutenção
<p>etCO<sub>2</sub> Cabo/Sensor (Para monitores Dräger Vista 120)</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> a cada 24 meses;</li> <li>• <b>Higienização:</b> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%</li> </ul>
<p>etCO<sub>2</sub> Cabo/Sensor e célula (Não é compatível com os monitores Dräger M540)</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> a cada 24 meses;</li> <li>• <b>Higienização:</b> Descontaminar com toalhete desinfetante após utilização</li> </ul>
<p>etCO<sub>2</sub> - Módulo (Não é compatível com os monitores Dräger M540)</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> não tem, substituir se defeituoso;</li> <li>• <b>Higienização:</b> Descontaminar com toalhete desinfetante após utilização</li> </ul>
<p>etCO<sub>2</sub> Cabo/Sensor e célula (Para ventiladores Hamilton))</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> 5 000h de utilização ou a cada 12 meses;</li> <li>• <b>Higienização:</b> Descontaminar com toalhete desinfetante após utilização.</li> </ul>
<p>INVOS Monitorização de oximetria cerebral</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> não é necessário efetuar qualquer manutenção ou calibração anual;</li> <li>• <b>Higienização:</b> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>

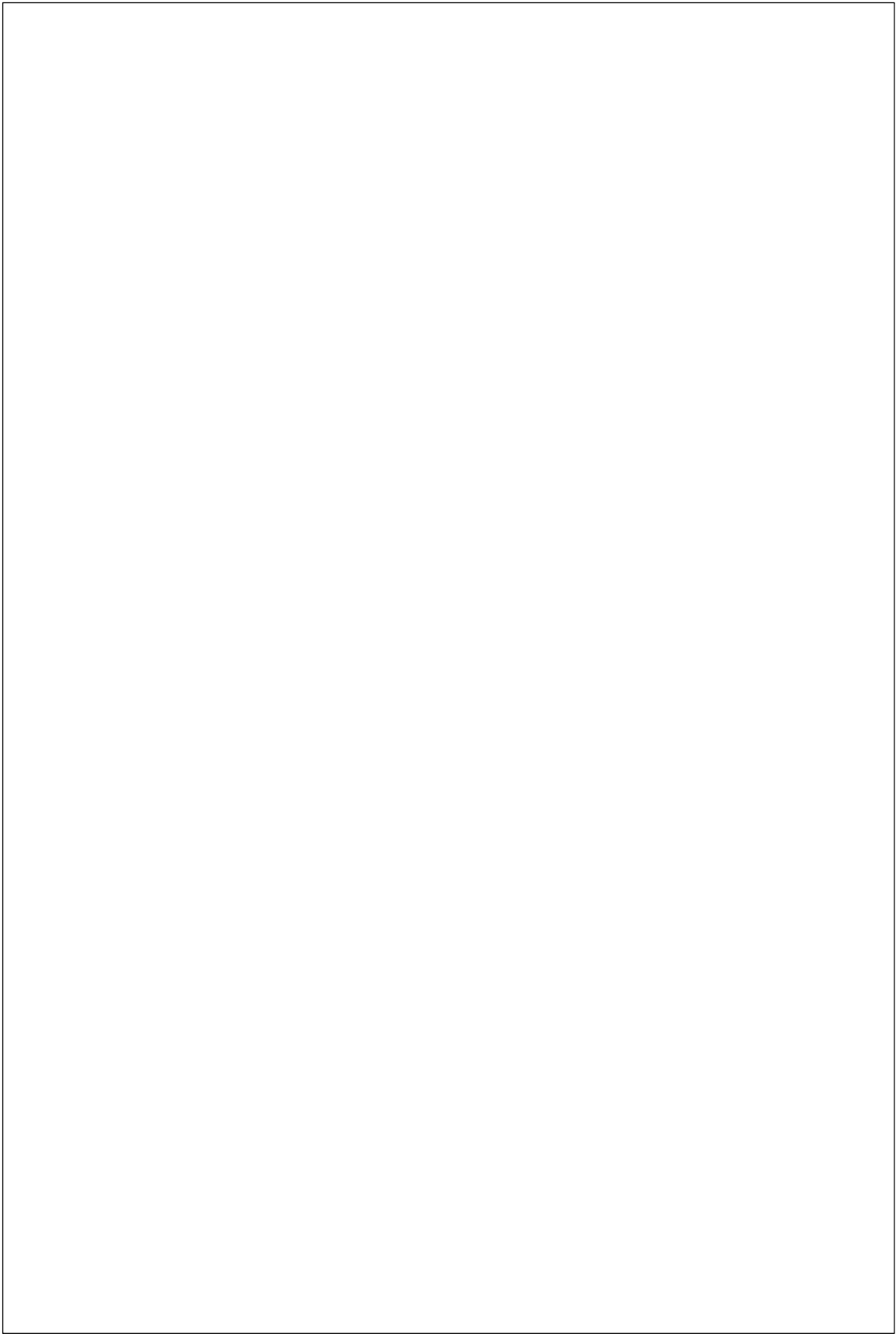
Equipamento	Nº	Manutenção
<b>Monitor BIS</b> <b>Monitorização do nível de consciência</b>	 6 + 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Man. Periódica:</i> não é necessário efetuar qualquer manutenção ou calibração anual;</li> <li>• <i>Higienização:</i> limpeza o ecrã com uma solução suave de detergente e água morna</li> </ul>
<b>Monitor de PIC</b> <b>Monitorização de Pressão Intra Craniana</b>	 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Man. Periódica:</i> não é necessário efetuar qualquer manutenção ou calibração anual;</li> <li>• <i>Higienização:</i> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>
<b>PiCCO®</b> <b>Monitorização hemodinâmica</b> <b>(Não é compatível com os monitores Dräger M540)</b>	 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Man. Periódica:</i> Informação não disponível</li> <li>• <i>Higienização:</i> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>
<b>PiCCO®</b> <b>PulsioFlex</b> <b>Monitorização hemodinâmica</b>	 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Man. Periódica:</i> Informação não disponível</li> <li>• <i>Higienização:</i> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>
<b>Prismaflex®</b>	 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Man. Periódica:</i> 6 000h de utilização ou a cada 12 meses;</li> <li>• <i>Higienização:</i> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>
<b>Prismaflex®</b> <b>Aquecedor Barkey autocontrol®</b>	 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Man. Periódica:</i> 6 000h de utilização ou a cada 12 meses;</li> <li>• <i>Higienização:</i> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>

Equipamento	Nº	Manutenção
Prismax®		3 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> 6 000h de utilização ou a cada 12 meses;</li> <li>• <b>Higienização:</b> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>
Prismax® Aquecedor TherMax®		3 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> 6 000h de utilização ou a cada 12 meses;</li> <li>• <b>Higienização:</b> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>
STARLING Monitorização hemodinâmica não invasiva		1 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> não é necessário efetuar qualquer manutenção ou calibração anual;</li> <li>• <b>Higienização:</b> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>
Termoventilador		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> trocar filtro HEPA a cada 2 000h de utilização</li> <li>• <b>Higienização:</b> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>
Termoventilador		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> trocar filtro HEPA a cada 2 000h de utilização</li> <li>• <b>Higienização:</b> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>
Termoventilador		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> trocar filtro HEPA a cada 2 000h de utilização</li> <li>• <b>Higienização:</b> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>

Equipamento	Nº	Manutenção
<p><b>TOF</b> Monitorização de relaxamento muscular</p>	 <p>1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> não é necessário efetuar qualquer manutenção ou calibração anual;</li> <li>• <b>Higieneização:</b> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>
<p><b>TOFScan Dräger</b> Monitorização de relaxamento muscular</p>	 <p>2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> a cada 24 meses</li> <li>• <b>Baterias:</b> substituídas a cada 24 meses</li> <li>• <b>Higieneização:</b> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>
<p><b>Ventilador de transporte</b> Hamilton® C1</p>	 <p>1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> a cada 24 meses</li> <li>• <b>Válvula expiratória:</b> processada na UCE;</li> <li>• <b>Higieneização:</b> Descontaminar com toalhete desinfetante após utilização.</li> </ul>
<p><b>Vídeo</b> laringoscópio C-MAC</p>	 <p>2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> Substituição após 200 ciclos de reprocessamento</li> <li>• <b>Higieneização:</b></li> <li>• Monitor- Descontaminar com toalhete desinfetante após utilização.</li> <li>• <b>Videolaringoscópio</b> - reprocessamento na UCE, até 65°.</li> </ul>
<p><b>Mindray®</b> <b>BeneHeart D60®</b> Desfibrilhador de transporte</p>	 <p>1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> a cada 12 meses</li> <li>• <b>Baterias:</b> substituídas a cada 2 anos</li> <li>• <b>Testes:</b> automático e utilizador diário realizado de acordo com as normas hospitalares</li> <li>• <b>Higieneização:</b> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>

Equipamento	Nº	Manutenção
<b>Mindray® BeneHeart D30® Desfibrilhador</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> a cada 12 meses</li> <li>• <b>Baterias:</b> substituídas a cada 2 anos</li> <li>• <b>Testes:</b> automático e utilizador diário realizado de acordo com as normas hospitalares</li> <li>• <b>Higienização:</b> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>
<b>Ambu® aView™ 2 Advance Bronco fibroscópio óptico</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> a cada 12 meses</li> <li>• <b>Baterias:</b> carregamento total a cada 3 meses</li> <li>• <b>Higienização:</b> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 95%.</li> </ul>
<b>Ecógrafo Siemens® Acuson P300</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> Informação não disponível;</li> <li>• <b>Higienização:</b> Descontaminar com toalhete desinfetante após utilização.</li> </ul>
<b>Ecógrafo GE® Vivid S60N</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> Informação não disponível;</li> <li>• <b>Higienização:</b> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>
<b>Lifepak® 20 Desfibrilhador</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> a cada 6 ou 12 meses;</li> <li>• <b>Higienização:</b> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>

Equipamento	Nº	Manutenção
<b>Eletrocardiógrafo HP PageWriter 200i®</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> a cada 6 ou 12 meses;</li> <li>• <b>Higienização:</b> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>
<b>Lifepak 20 Desfibrilhador</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> a cada 6 ou 12 meses;</li> <li>• <b>Higienização:</b> limpeza realizada com um pano impregnado com um etanol a 70%.</li> </ul>
<b>GEM® Premier 3500 Monitor gasometria</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Man. Periódica:</b> inicialmente após 5 anos de utilização e após isso, a cada 12 meses</li> <li>• <b>Higienização:</b> limpeza realizada com hipoclorito de sódio a 10%.</li> </ul>



## Registo de manutenção dos equipamentos

Equipamento	Data da manutenção	Observações	Assinatura
Aquecedores/ humidificadores de gás respiratório (Oxigénio Alto Fluxo)			
Compressor Pneumático Intermitente (com tubuladuras)			
etCO <sub>2</sub> Cabo/Sensor (Dräger M540)			
etCO <sub>2</sub> Cabo/Sensor (Dräger Vista 120)			
etCO <sub>2</sub> Cabo/Sensor e célula (Hamilton)			
Prismaflex®			
Prismax®			
Aquecedor de flúidos			

44

Equipamento	Data da manutenção	Observações	Assinatura
<b>Primax® Aquecedor TherMax®</b>			
<b>Termoventilador 1</b>			
<b>Termoventilador 2</b>			
<b>Termoventilador 3</b>			
<b>Lifepak® 20 Desfibrilhador</b>			
<b>Seringa Perfusoras</b>			
<b>Bombas infusoras</b>			
<b>Monitor</b>			

45

Equipamento	Data da manutenção	Observações	Assinatura
<b>Ventilador Hamilton G5</b>			
<b>Ventilador Aeonmed VG70</b>			



**2. Apêndice II - Trabalho “Check-list Pré-Cirúrgica”**





## **Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica Pessoa em Situação Crítica, 1ª edição.**

**Unidade Curricular Opção 8 – Estágio com Relatório Final em contexto de urgência/cuidados intensivos.**

### **Verificação Pré Cirúrgica**

Carolina Maria Mendes Figueiredo, N° 4945

Cátia Sofia Lopes de Almeida, N° 4221

Joana Sofia Sobral Olas, N° 2123

Susana Filipa de Almeida Marques, N° 4115

Trabalho efetuado sob a orientação dos Enfermeiros Especialistas: Isabel Tavares, Natividade Luís, Jorge Ribeiro, Cláudia Madeira, Valter Silva, Ana Amaral, Marisa Vaz, Rui Libório, Carla Figueiredo, Melânia Rodrigues e Marisa Lopes e sob orientação da Professora Doutora Madalena Cunha.

Janeiro, 2025

## Índice

<b>Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos</b> .....	3
<b>Introdução</b> .....	5
<b>1. Cirurgia Segura</b> .....	7
1.1 Identificação Inequívoca dos Doentes .....	8
1.2 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.....	10
<b>2. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos</b> .....	12
<b>Considerações finais</b> .....	14
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	15
Procedimento Verificação Pré- Cirúrgica no serviço de Urgência Polivalente. ....	18
<b>APÊNDICES</b> .....	21
Check-List Pré Cirúrgica.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>

**Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

DGS	Direção Geral de Saúde
EA	Evento adverso
IACS	Infeções associadas aos cuidados de saúde
ILC	Infeção do Local Cirúrgico
JCI	Joint Commission International
MRSA	Staphylococcus aureus Metilina Resistente
NHS	National Health Service
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSD	Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

4

## **Introdução**

Entende-se como emergência e urgência médica toda a situação clínica que se instala de forma súbita, decorrente da qual se constata ou existe risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais. O Serviço de Urgência tem como objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes com necessidade de atendimento imediato em meio hospitalar. (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, determina que as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde. A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde. (Despacho n.º 9390/2021).

Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, o contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam tanto a segurança como a efetividade dos mesmos, reconhecendo-se assim a importância que este representa para os resultados em saúde, nomeadamente no que respeita à qualidade e segurança. Os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais de saúde, a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros. O PNSD 2021/2026 assenta em cinco pilares: a cultura de segurança, a liderança e governança, a comunicação, a prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e as práticas seguras em ambientes seguros.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que a segurança do paciente corresponde a uma estrutura de atividades organizadas que cria cultura, processos e procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados da saúde que, de forma consistente e sustentável, reduz os riscos, ocorrências de danos evitáveis, diminuição da probabilidade de erro e redução do seu impacto quando ocorra (OMS, 2021). Também a OMS (2009) define evento adverso (EA) como qualquer incidente que resultou em dano ao doente. Pressupõe-se que sejam realizadas 230 milhões de cirurgias por ano no mundo, com ocorrência de sete milhões de EA, com o resultado em óbito para um milhão de doentes.

6

Estima-se que há potencial de evitabilidade em metade dos casos, nos quais a cirurgia leva a danos, dados esses que fundamentam a necessidade da adoção de práticas sistemáticas para prestação de cuidados de saúde seguros no pré, intra e pós-operatório.

As listas de verificação são um tipo de ajuda cognitiva usada para assegurar que todos os componentes de uma tarefa em particular são completados, promovendo uma melhor prática e prevenindo a ocorrência de erros. Tendo em conta o complexo ambiente clínico de serviço de urgência, as listas de verificação melhoram a prestação de cuidados e a segurança dos mesmos. (Eikson, 2023).

## **1. Cirurgia Segura**

O risco em saúde associado à prestação de cuidados de saúde cirúrgicos, levou a Organização Mundial da Saúde a eleger a segurança cirúrgica como o seu segundo desafio para a segurança geral dos cuidados de saúde. (Despacho n.º 2905/2013). As intervenções cirúrgicas emergentes correspondem a situações imprevisíveis que requerem atenção imediata, pois ameaçam a vida. (Jesus et al., 2023)

Em Portugal, sob a égide da Direção geral de Saúde (DGS) (2013), têm sido emanadas diretrizes no âmbito de um programa de qualidade relativo à segurança cirúrgica, nomeadamente através da implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva-vidas”, realizado de acordo com o manual de “Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009”. Define-se nesta norma da DGS que em todas as cirurgias deve proceder-se à utilização da “Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica”

A utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, é simples e aplicável em qualquer contexto, não acrescenta custos, melhora a segurança cirúrgica e evita mortes e complicações, permitindo a medição do impacto da utilização de instrumentos de gestão de risco na qualidade dos resultados dos procedimentos cirúrgicos. Estabelece o quadro de procedimentos e para os cuidados seguros peri-operatórios, que envolve uma sequência de atividades de rotina, cada uma com riscos específicos que podem ser atenuados: avaliação pré-operatória de doentes, preparação da intervenção cirúrgica e planeamento dos cuidados pós-operatórios adequados. (DGS, 2013)

### 1.1 Identificação Inequívoca dos Doentes

A identificação incorreta dos doentes é cada vez mais reconhecida como um problema generalizado nas instituições de saúde, constituindo um risco grave para a segurança dos doentes (National Health Services 2021; Sales, 2021). Desta forma, o processo de identificação inequívoca de doentes deve ser considerado *um passo fundamental e indispensável em todo o seu percurso nos cuidados de saúde, seja na admissão, antes da prestação de qualquer cuidado ou mesmo durante a passagem de informação* (Sales, 2021, p.210) e a responsabilidade da sua execução é transversal a todos os profissionais de saúde (Ventura-Silva, 2020).

A correta identificação é um passo vital para a segurança do doente, em todos os momentos do processo da prestação de cuidados de saúde (Sales, 2021). Inúmeras evidências demonstram que a prestação segura de cuidados de saúde fica comprometida caso a identificação do doente ou a correspondência do doente ao procedimento a que é submetido não sejam devidamente realizadas (Ventura-Silva, 2020).

O elevado número de doentes e de profissionais da saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados e a necessidade de resposta imediata às situações agudas ou de crise, como as de urgência ou de emergência, potenciam esta situação, e consequentemente, a probabilidade de ocorrência de incidentes desta natureza (Ministério da Saúde, 2015)

Neste sentido, a identificação inequívoca do doente é indispensável a uma prática segura (Sales, 2021), devendo, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, ser sempre confirmada a identidade dos doentes (DGS, 2011), através de dados fidedignos, como é o caso do nome completo, da data de nascimento e do número único de processo clínico na instituição, sendo uma prática segura o recurso a, pelo menos, dois destes dados. (OMS, 2007; DGS, 2011; Ministério da Saúde, 2015).

Segundo Sales (2021) a identificação positiva e o envolvimento do doente neste processo de identificação são essenciais, sendo que o profissional de saúde deve colocar perguntas diretas ao doente, para que este responda ao que se pretende confirmar (Exemplo: Qual o seu nome completo? Qual a sua data de nascimento?)

Pode acontecer que, numa situação de emergência, o doente não se faça acompanhar do seu documento identificativo e que o seu estado não lhe permita prestar essas informações, pelo que, nestes casos, os serviços administrativos, deverão atribuir um número de episódio específico com a identificação do sexo do indivíduo ou desconhecido e a data e hora de admissão no serviço, para posterior identificação correta, sem prejuízo da informação clínica e cuidados entretanto prestados (Sales, 2021)

Segundo Sales (2021) a pulseira é colocada no doente para permitir aos profissionais de saúde confirmar os dados inscritos com a informação prestada pelo próprio doente e a informação existente nas prescrições médicas. *O objetivo é que, se os dados não coincidirem entre si, seja levantado um alerta de que algo não está correto. Esta 'barreira' de segurança permite identificar erros*" (Sales, 2021, p. 214). Uma pulseira danificada deve ser substituída logo que possível e a mesma deverá ser retirada do doente, quando este tiver alta, imediatamente antes de abandonar a instituição de saúde (DGS, 2011).

## 1.2 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente. (DGS, 2017). Portanto, um dos momentos de transição de cuidados mais vulnerável é, precisamente, a passagem de turno. E a complexidade de uma área de abordagem ao doente crítico envolve, ainda, um maior risco de erro na transferência de informação. Algumas das ações propostas no PNSD, para o aumento da segurança da comunicação, até ao ano de 2020, seriam a realização de auditorias internas à transmissão de informação nas transições dos doentes (transferências, altas e mudanças de turno) e a publicação de uma norma sobre procedimentos seguros na transição de cuidados. (Diário da República, 2015).

Assim sendo, em 2017, a DGS publicou uma norma que determina que a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR.” (DGS, 2017). Recomendada pela OMS e pela *Join Commission International* (JCI), esta ferramenta de comunicação possibilita uma replicação da transmissão, uniforme e padronizada, da informação nos diferentes contextos da prestação de cuidados (JCI & OMS, 2007). Paralelamente, por força de uma fácil memorização e compreensão, promove uma comunicação clara, objetiva e transversal, potencializando a segurança na comunicação.

De acordo com a mesma norma, esta ferramenta de padronização de comunicação em saúde é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados. ISBAR é uma sigla “auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal.” (DGS, 2017). Por conseguinte:

- **I (Identificação)**: Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação;
- **S (Situação atual)**: Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;
- **B (Background)** (ou, em português, antecedentes): Descrição dos antecedentes patológicos relevantes, alergias conhecidas (ou a ausência delas), diretivas antecipadas de vontade;

- **A (Avaliação):** Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas;

- **R (Recomendações):** Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.

## **2. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos**

Diversas intervenções têm sido adotadas nos programas hospitalares a nível mundial para o controlo de infeções, de maneira isolada ou conjunta: higienização das mãos (Melo et al., 2020; Correa et al., 2021), feedback e auditoria, implantação de biomarcadores, implementação de diretrizes clínicas, educação de profissionais e usuários (Melo et al., 2020) e desinfecção de materiais e Equipamentos Proteção Individual (Nogueira et al., 2021).

No ano de 2013 em Portugal, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), sendo que um dos seus objetivos principais é a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). (Portugal, despacho nº 10901/2022). São várias as atividades fundamentais do PPCIRA, dentro das quais a promoção da adesão e cumprimento de precauções básicas de controlo de infeção e promoção e implementação de feixes de intervenção de prevenção de IACS (PPCIRA, 2022).

A infeção hospitalar pode ser definida como uma infeção adquirida após a admissão do doente numa unidade hospitalar, podendo se manifestar ao longo do internamento ou após a alta do serviço de saúde. Este tipo de infeção, é considerada um grave problema de saúde pública e que consequentemente tem provocado o aumento da taxa de mortalidade hospitalar (Oliveira et al., 2019; Nahum et al., 2021). Mediante o conhecimento, a criação e a adoção de estratégias de prevenção e controle de infeção hospitalar pode-se evitar a disseminação da infeção que tende a agravar o quadro e a evolução clínica dos doentes. (Júnior et. al, 2021).

Neste âmbito foram criados os feixes de intervenção, que segundo a DGS (2022), são definidos como o conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, no mesmo tempo e espaço promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente. Um dos feixes de intervenção criados foi o "Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico". Aplica-se à idade pediátrica e adulto, em contexto de cuidados hospitalares, hospitalização domiciliária, ambulatório, cuidados de saúde primário, unidades de internamento de cuidados continuados e unidades de cuidados paliativos. Este feixe define um conjunto de ações que atravessa os períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Em contexto de Urgência e Emergência, são as ações no período pré-operatório que se tornam mais desafiantes. No que diz respeito então às intervenções relativas ao período pré-operatório são definidas as seguintes:

- Rastreamento de *Staphylococcus aureus* metilicina resistente (MRSA) e descolonização caso resultado positivo;

- Banho pré-operatório com Clorhexidina 2-4%; exceto se contraindicação, no dia anterior à cirurgia e no dia da cirurgia;

- Realizar tricotomia com máquina de corte de uso único (não realizar por rotina, apenas se necessário);

- Profilaxia Antibiótica Cirúrgica quando indicada;

- Garantir a homeostasia pré-operatória: normotermia (temperatura  $\geq 36^{\circ}\text{C}$ ); normoglicemia ( $\leq 180\text{mg/dl}$ ); Saturação Periférica de Oxigênio ( $\geq 95\%$ ).

Segundo a norma que define o "Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico" (DGS, 2022), devem ainda ser efetuadas auditorias internas, pelo menos de forma trimestral, sendo sugerida um instrumento de auditoria clínica interna. A norma sugere ainda intervenções adicionais para a prevenção de infecção do local cirúrgico, nomeadamente o garantir o treino e competência dos profissionais das equipas, possibilitando a frequência das ações de formação contínua e especializada.

### **Considerações finais**

O “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico” tem por objetivo otimizar o estado clínico do doente para melhorar o prognóstico e diminuir o risco de infecção no intra e pós-operatório.

A criação de uma Verificação Pré-Cirúrgica tem como intuito servir de guião para auxiliar os profissionais de saúde, agilizando a preparação do doente que vai ser submetido a cirurgia. No entanto, no Serviço de Urgência, esta deve ser adaptada ao critério de gravidade que o doente apresenta. Sempre que o estado clínico o permita, a mesma deve ser seguida, validando todos os itens. No entanto, no caso de doentes críticos emergentes ou urgentes, pode considerar-se a não aplicabilidade de alguns desses mesmos itens (ex: banho, colheita e resultado MRSA).

O documento não foi implementado pelo grupo e trabalho pela ausência de tempo necessário para realizar um processo de implementação, com o cumprimento das várias fases. Deixamos à consideração do serviço e da Enfermeira Gestora Helena Rosário e respetiva equipa de trabalho avaliar a pertinência do mesmo e respetiva implementação, realizando assim avaliação de resultados.

No desenvolvimento deste trabalho, e no âmbito da aquisição das competências de Enfermeiro Especialista, gostaríamos de sugerir algumas alterações com o intuito de melhorar e tornar mais seguro o processo de cuidar.

Na identificação positiva do doente deparámo-nos com a dificuldade de utilizar um dos elementos identificativos fidedignos referidos no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, a data de nascimento. Atualmente, as etiquetas impressas pelo programa ALERT comportam o nome completo do doente (estando escrito na totalidade o primeiro e último nome), o número de processo, género, idade, motivo de admissão, data e hora. Havendo a possibilidade de alterar a idade pela da data de nascimento, estas mesmas pulseiras passariam a estar conformes, respeitando as diretivas emanadas pela DGS.

### Referências Bibliográficas

- Correa, G. H., Formigoni, C. de S., Sasagawa, S. M., Arnoni, M. V., Mathias, L. A. da S. T., & Mimica, M. J. (2023). Mobile phones of anesthesiologists as reservoirs of nosocomial bacteria in a quaternary teaching hospital: an observational study. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.08.013>
- de Melo, R. C., de Araújo, B. C., de Bortoli, M. C., & Toma, T. S. (2020). Gestão das intervenções de prevenção e controle da resistência a antimicrobianos em hospitais: revisão de evidências. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 1. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.35>
- Erikson, E. J., Edelman, D. A., Brewster, F. M., Marshall, S., Turner, M., Vineet Sarode, & Brewster, D. (2023). The use of checklists in the intensive care unit: a scoping review. *Critical Care*, 27(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04758-2>
- Jesus, R., Luísa, M., Abel, Filipe, L., Gouveia, M., Mónica, L., & Rodrigues, C. (2023). A Pessoa Submetida A Cirurgia Urgente/Emergente No Contexto De Uma Unidade De Cuidados Intensivos: A Prevenção De Eventos Adversos. *JIM - Jornal de Investigação Médica*, 4(1), 039–048. <https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.754>
- Join Comission International (2007). *Communication During Patient Hand-Overs*. WHO, Genebra, Suíça.
- Junior, J. N. A., Brandão, I. B., Francisco E. C., Almeida, S. L. R., Dias, P. O., Pereira, F. M., Ferreira, F. S., Andrade, T. S., Costa, M. M. M., Jordão, R. T. S., Meis, J. F., Colombo, A. L., & Candida auris Brazilian Study Group. (2021). Axillary Digital Thermometers uplifted a multidrug-susceptible *Candida auris* outbreak among COVID-19 patients in Brazil. *Mycoses*, 64(9): 1062-1072. <https://doi.org/10.1111/myc.13320>
- Nahum, C. D. C., Simões, M. C., Ferreira, A. C. B., Vilhena, A. O. de, Lisboa, C. D. O., & Bichara, C. N. C. (2021). Análise da ocorrência de infecção hospitalar após cirurgia cardíaca em hospital de referência. *Revista Sustinere*, 9, 151–172. <https://doi.org/10.12957/sustinere.2021.45585>

- Nogueira, Patricia, E., Marina Farrel Côrtes, Vilela, C., Fernanda, Maria, L., Natiele, A., Dalla, B., Leal, B., Paula Gemignani Soriano, Alessandra Grassi Salles, Elizabete, M., Barretti C, Fernanda Spadotto Baptista, Glaura Souza Alvarenga, Igor Maia Marinho, Suemi, L., Ho Ye Li, Pedro Starzynski Bacchi, & Rubia, A. (2021). Disinfection of 3D-printed protective face shield during COVID-19 pandemic. *American Journal of Infection Control*, 49(4), 512–515. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.10.008>
- Nogueira, S. V., Espinoza, E. P. S., Côrtes, M. F., Oshiro, I. C. V., Spadão, F. S., Brandão, L. M. B., Barros, A. N. D. S., Costa, S., de Almeida, B. L., Soriano, P. G., Salles, A. G., Escorcio, M. E. M., Barretti, C. M., Baptista, F. S., Alvarenga, G. S., Marinho, I., Letaif, L. S. H., Li, H. Y., Bacchi, P., Guedes Dos Santos, A. R., ... Costa, S. F. (2021). Disinfection of 3D-printed protective face shield during COVID-19 pandemic. *American journal of infection control*, 49(4), 512–515. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.10.008>
- Oliveira, A. C. de, & Pinto, S. de A. (2018). Patient participation in hand hygiene among health professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 259–264. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0124>
- Oliveira, J. L. C. de O., & Matsuda, L. M. (2015). Acreditação: possibilidade para o avanço na gestão da qualidade em saúde e em enfermagem?/ Accreditation: possibility of advancement in quality management in healthcare and nursing?. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 14(2), 993. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i2.28142>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Caracterização dos SU na SRC “Conhecer para intervir”. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17101/su.pdf>
- Portugal, Despacho n.º 10901/2022. (2022). Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). *Diário da República*, pp.93-99. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Portugal, Despacho n.º 2905/2013. (2013). Despacho n.º 2905/2013. *Diário da República*, 2 (38), pp. 7180
- Portugal, Despacho n.º 9390/2021 (2021) Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República*, 2(187), pp. 96-103.
- Portugal, Despacho n.º 1400-A/2015. (2015) Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2(28), pp. 3882-(2)-3882-(10)
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2011). Orientação N.º 018/2011 de 23/05/2011. Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. DGS <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na->

saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2012) Norma Nº 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022: "Feixe de Intervenções" para a Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico. DGS [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_020\\_2015\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prev\\_inf\\_local\\_cirurgico.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf)

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2017) Norma Nº 001/2017 de 02/02/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. DGS <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Sales, L., Ramos, S, Barroso, F. (2021) Guia prático para a segurança do doente. Lisboa: Lidel, Ventura-Silva, J., Castro, S. F. M., Sousa, S. G., Esteves, N. E. C., Monteiro, M. A. J., & Ribeiro, O. M. P.

L. (2020). Identificação do paciente como estratégia de segurança. Revista de Enfermagem UFPE on Line, 14. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.245056>

World Health Organisation. (2007). Communication During Patient Hand-Over. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf>

World Health Organization. (2009) WHO Guidelines on hand hygiene in health care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Disponível em [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf?sequence=1)

World Health Organization. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

## **Procedimento Verificação Pré- Cirúrgica no serviço de Urgência Polivalente.**

### **Âmbito:**

- Aplicável ao Serviço de Urgência Polivalente.

### **Responsabilidade pela Implementação:**

- Equipa de Enfermagem.

### **Fundamentos:**

O risco em saúde associado à prestação de cuidados de saúde cirúrgicos, levou a Organização Mundial da Saúde a eleger a segurança cirúrgica como o seu segundo desafio para a segurança geral dos cuidados de saúde. (Despacho n.º 2905/2013). As intervenções cirúrgicas emergentes correspondem a situações imprevisíveis que requerem atenção imediata, pois ameaçam a vida. (Jesus et al., 2023)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que a segurança do paciente corresponde a uma estrutura de atividades organizadas que cria cultura, processos e procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados da saúde que, de forma consistente e sustentável, reduz os riscos, ocorrências de danos evitáveis, diminuição da probabilidade de erro e redução do seu impacto quando ocorra (OMS, 2021). Estima-se que há potencial de evitabilidade em metade dos casos, nos quais a cirurgia leva a danos, dados esses que fundamentam a necessidade da adoção de práticas sistemáticas para prestação de cuidados de saúde seguros no pré, intra e pós-operatório.

Neste âmbito foram criados os feixes de intervenção, que segundo a DGS (2022), são definidos como o conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, no mesmo tempo e espaço promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente. Um dos feixes de intervenção criados foi o "Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico". Este feixe define um conjunto de ações que atravessa os períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. No que diz respeito às intervenções relativas ao período pré-operatório são definidas as seguintes:

- Rastreio de *Staphylococcus aureus* metilicina resistente (MRSA) e descolonização caso resultado positivo;
- Banho pré-operatório com Clorhexidina 2-4%;

- Realizar tricotomia com máquina de corte de uso único (se necessário);
- Profilaxia Antibiótica Cirúrgica.

A utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, é simples e aplicável em qualquer contexto, não acrescenta custos, melhora a segurança cirúrgica e evita mortes e complicações, permitindo a medição do impacto da utilização de instrumentos de gestão de risco na qualidade dos resultados dos procedimentos cirúrgicos. Estabelece o quadro de procedimentos e para os cuidados seguros peri-operatórios, que envolve uma sequência de atividades de rotina, cada uma com riscos específicos que podem ser atenuados: avaliação pré-operatória de doentes, preparação da intervenção cirúrgica e planeamento dos cuidados pós-operatórios adequados. (DGS, 2013)

Considerando que as falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente. (DGS, 2017), a DGS publicou uma norma que determina que a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR." (DGS, 2017). Recomendada pela OMS e pela Join Commission International (JCI), esta ferramenta de comunicação possibilita uma replicação da transmissão, uniforme e padronizada, da informação nos diferentes contextos da prestação de cuidados (JCI & OMS, 2007).

**Objetivos:**

- Melhorar a segurança dos cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência Polivalente, no doente pré-cirúrgico no que diz respeito à identificação do utente;
- Melhorar a segurança dos cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência Polivalente, no doente pré-cirúrgico no que diz respeito à prevenção e controlo da Infecção;
- Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados.

**Descrição do Procedimento:**

Em utentes, que tenham indicação Cirúrgica, que esteja ao cargo de serviço de Urgência Polivalente, deve ser aplicada a verificação pré-cirúrgica com o cumprimento das normas, bem como o registo das intervenções realizadas, com apoio da CHECK-LIST: Pré-Cirúrgica, (Apêndice I)

**Legislação, ordem de serviço, bibliografia de suporte**

Jesus, R., Luísa, M., Abel, Filipe, L., Gouveia, M., Mónica, L., & Rodrigues, C. (2023). APESOA SUBMETIDA A CIRURGIA URGENTE/EMERGENTE NO CONTEXTO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: A PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS. JIM - Jornal de Investigação Médica, 4(1), 039–048. <https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.754>

Join Comission International (2007). Communication During Patient Hand-Overs. WHO, Genebra, Suíça.

Portugal, Despacho n.º 10901/2022. (2022). Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Diário da República, pp.93-99. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Portugal, Despacho nº 2905/2013. (2013). Despacho n.º 2905/2013. Diário da República, 2 (38), pp. 718

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2017) Norma Nº 001/2017 de 02/02/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. DGS <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

World Health Organization. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

**APÊNDICES**

22



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
VISEU DÃO-LAFÕES

### Check-List Pré Cirúrgica

#### I – Identificação

Enf.º(nome e nº mecanográfico): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

(Etiqueta de Identificação do utente)

#### Dupla Confirmação:

- Sim  
 Não

#### S- Situação

- Motivo: \_\_\_\_\_

#### B- Background / Antecedentes Relevantes

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### A. Avaliação do estado do utente

- Alergias:  Sim  Não. Se sim, qual? \_\_\_\_\_
- Toma Anticoagulantes/antiagregantes?  Sim  Não.  
Se sim, qual? \_\_\_\_\_ Última toma: \_\_\_\_\_
- Consentimento informado, datado e assinado:  Cirúrgico
- Preparações realizadas:
  - Banho pré-operatório com Clorohexidina 2-4%
  - Remoção de prótese dentária, aparelhos auditivos e/ ou lentes de contacto
  - Remoção de roupa, adereços, adornos e joias
  - Tricotomia
  - Enema
- Data e hora da última refeição: \_\_\_\_\_
- Cateter Venoso permeável:  Sim  Não. Se sim, local? \_\_\_\_\_
- Fluidoterapia:  Sim  Não. Se sim, qual? \_\_\_\_\_

- Colheita de Sangue:  Hemograma.  Bioquímica  Coagulação.  Tipagem.
- Outros exames complementares de diagnóstico: \_\_\_\_\_
  - Rastreio de MRSA  Sim  Não Aplicável
- Pedido transfusional para o BO:  Sim  Não
  - Se sim, quantidade? CE \_\_\_\_\_ PF \_\_\_\_\_ Plaquetas \_\_\_\_\_
- Terapêutica administrada: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Administração de antibioterapia profilática nos últimos 60 minutos:  Sim  Não.  
 Se sim, qual \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_:\_\_\_\_

- Sinais vitais anteriores à transferência: \_\_\_\_:\_\_\_\_h

TA	FC	SpO2	T	Glicémia	Dor
____/____ mmHg	____bpm	____%	____°c	____mg/dl	____Escala____

- Outros dados: \_\_\_\_\_

**R- Recomendações para a continuidade de cuidados**

---



---



---



---



### **3. Apêndice III - Expressões de pesquisa**



## **Pesquisas iniciais**

("personnel administration, hospital"[MeSH Terms] OR "personnel administration hospital"[Title/Abstract] OR "hospital personnel administration"[Title/Abstract] OR "hospital personnel management"[Title/Abstract] OR "hospital personnel organization"[Title/Abstract] OR "personnel management"[MeSH Terms] OR "safe nursing staffing"[Title/Abstract] OR "nurse patient ratio"[Title/Abstract] OR "nurse patient ratios"[Title/Abstract] OR "nursing staff"[MeSH Terms] OR "nursing staff"[Title/Abstract] OR "nursing staffs"[Title/Abstract] OR "nursing staff, hospital"[MeSH Terms] OR "hospital nursing staff"[Title/Abstract] OR "hospital nursing staffs"[Title/Abstract]) AND ("medical errors"[MeSH Terms] OR "medical errors"[Title/Abstract] OR "medical error"[Title/Abstract] OR "critical incidents"[Title/Abstract] OR "critical incidents in hospitals"[Title/Abstract] OR "critical medical incidents"[Title/Abstract] OR "errors medical"[Title/Abstract] OR "error medical"[Title/Abstract] OR "medical error of omission"[Title/Abstract] OR "medical errors of omission"[Title/Abstract] OR "medical mistake"[Title/Abstract] OR "medical mistakes"[Title/Abstract] OR "never event"[Title/Abstract] OR "medication errors"[MeSH Terms] OR "medication error"[Title/Abstract] OR "medication errors"[Title/Abstract] OR "patient safety"[MeSH Terms] OR "patient safety"[Title/Abstract] OR "patient security"[Title/Abstract])

## **Pesquisas finais - 19/12/2025**

CINAHL Complete/MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive/MedicLatina

Pesquisar: (SU ("personnel administration hospital" OR "hospital personnel administration" OR "hospital personnel management" OR "hospital personnel organization" OR "personnel management" OR "safe nursing staffing" OR "nurse patient ratio" OR "nurse patient ratios" OR "nursing staff" OR "nursing staffs" OR "nursing staff hospital" OR "hospital nursing staff" OR "hospital nursing staffs") OR TI ("personnel administration hospital" OR "hospital personnel administration" OR "hospital personnel management" OR "hospital personnel organization" OR "personnel management" OR "safe nursing staffing" OR "nurse patient ratio" OR "nurse patient ratios" OR "nursing staff" OR "nursing staffs" OR "nursing staff hospital" OR "hospital nursing staff" OR "hospital nursing staffs") OR AB ("personnel administration hospital" OR "hospital personnel administration" OR "hospital personnel management" OR "hospital personnel organization" OR "personnel management" OR "safe nursing staffing" OR "nurse patient ratio" OR "nurse patient ratios" OR "nursing staff" OR "nursing staffs" OR "nursing staff hospital" OR "hospital nursing staff" OR "hospital nursing staffs")) AND (SU ("medical errors" OR "medical error" OR "critical incidents" OR "critical incidents in hospitals" OR "critical medical incidents" OR "errors medical" OR "error medical" OR "medical error of omission" OR "medical errors of omission" OR "medical mistake" OR "medical mistakes" OR "never event" OR "medication errors" OR "medication error" OR "patient safety" OR "patient security") OR TI ("medical errors" OR "medical error" OR "critical incidents" OR "critical incidents in hospitals" OR "critical medical incidents" OR "errors medical" OR "error medical" OR "medical error of omission" OR "medical errors of omission" OR "medical mistake" OR "medical mistakes" OR "never event" OR "medication errors" OR "medication error" OR "patient safety" OR "patient security") OR AB ("medical errors" OR "medical error" OR "critical incidents" OR "critical incidents in hospitals" OR "critical medical incidents" OR "errors medical" OR "error medical" OR "medical error of omission" OR "medical errors of omission" OR "medical mistake" OR "medical mistakes" OR "never event" OR "medication errors" OR "medication error" OR "patient safety" OR "patient security"))



