



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Em Situação Crítica

Decisão de Não Reanimação – Decisão multidisciplinar

Por

Raquel Fraga Matias

Lisboa, 2021



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Em Situação Crítica

Decisão de Não Reanimação – Decisão multidisciplinar

Por

Raquel Fraga Matias

Sob orientação da Prof^a Doutora Maria Lurdes Martins

Lisboa, fevereiro 2021

DEDICATÓRIA

À Avó Júlia,

Que de mim cuidou, dedicando-se inteiramente, sem “perguntas nem porquês”, para que pudesse continuar a trabalhar e estudar afincadamente, sem que alimento ou algo mais me faltasse. Foi do ato, “servir por amor” mais puro que senti nestes tempos.

Obrigada, Querida Avó

Senhor, faz de mim um instrumento da vossa paz.

Onde houver ódio, que eu leve o amor;

onde houver ofensa, que eu leve o perdão;

onde houver discórdia, que eu leve a união.

Onde houver dúvidas, que eu leve a fé;

onde houver erro, que eu leve a verdade;

onde houver desespero, que eu leve a esperança;

onde houver tristeza, que eu leve a alegria;

onde houver trevas, que eu leve a luz.

Oh Mestre, faz com que eu procure mais

consolar do que ser consolado;

compreender do que ser compreendido;

amar do que ser amado.

Pois é dando que se recebe,

é perdando que se é perdoado,

e é morrendo que se nasce para a vida eterna.

Oração de S. Francisco de Assis

AGRADECIMENTOS

À minha família, que nunca deixaram de acreditar neste maravilhoso percurso e na pessoa e profissional que vai crescendo a cada dia que passa. Aos mesmos, que tudo deram: a cana para aprender a pescar, e mais nada foi preciso. Pela motivação e apoio de sempre na construção deste percurso que também deles é.

Ao Jorge, que acompanhou todo este percurso com carinho e retidão, mesmo quando o tempo que lhe foi dirigido escasseou, não desistiu de me dizer que seria capaz de o terminar, do abraço que consola e de me receber com todo o seu amor. Porque acreditaste que não era um objetivo meu, mas nosso.

Aos amigos, que com a sua paciência infundável, foram percebendo a ausência, sempre com uma mensagem de orgulho, apoio e carinho. Por acreditarem que todas estas ausências seriam por uma boa causa.

À Prof^a Dr.^a Maria Lurdes Martins que me acompanhou neste percurso de uma forma especial e me fez acreditar que todo o processo era mais simples do que parecia, encaminhando-me dedicadamente.

À equipa do serviço onde trabalho e chefia correspondente que sempre se disponibilizaram para que conseguisse atingir os objetivos pretendidos, ajudando incondicionalmente.

Aos colegas, enfermeiros e equipas que me acolheram e orientaram em estágio, pela amabilidade, disponibilidade, partilha de experiências, conhecimento teórico-técnico e profissional que recebi.

A cada paciente, que todos os dias me relembram, o porquê da escolha desta profissão e de que, é e sempre será, a melhor e a que mais faz diferença no mundo. Obrigada.

RESUMO

Este relatório descreve todo o processo de aquisição de conhecimentos e competências especializadas adquiridas em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Para a prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, o enfermeiro especialista nesta área, detém competências científicas, éticas, relacionais e técnicas e coloca-as em prática na prestação de cuidados, mas não só, pois também adquire competências de gestão, formação e investigação.

Assim, encontra-se ao longo deste trabalho a descrição das atividades por mim desenvolvidas e as competências especializadas, às quais me dediquei e foram adquiridas ao longo da prática clínica realizada em dois contextos principais: na SIV (Suporte Imediato de Vida) e no SMI (Serviço de Medicina Intensiva).

As situações vivenciadas ao longo dos estágios englobaram momentos de criticidade e grande vulnerabilidade onde a Pessoa em Situação Crítica esteve em destaque. A monitorização e vigilância constante fizeram com que se desenvolvessem competências não só técnicas ou teóricas, mas também, emocionais, comunicacionais e de promoção da relação e de conforto e qualidade de vida, aspetos que definem a profissão como essencial no que diz respeito ao cuidado na pessoa em situação crítica.

O tema escolhido para ser desenvolvido ao longo deste período não poderia ser mais pertinente e tenta-se que seja incluído de forma transversal ao longo de todo o relatório, pois demonstra como a atitude do enfermeiro especialista leva a uma melhor prestação dos cuidados de enfermagem especializados.

A Decisão de Não Reanimação (DNR) como decisão multidisciplinar fará refletir qual a importância de integrar todos os envolvidos na vida do paciente e na prestação de cuidados numa decisão comum e como isso pode contribuir para uma melhor decisão de saúde. Uma decisão interdisciplinar, ética, responsável e ponderada.

De acordo com os processos de revisão de literatura, foram identificados os intervenientes na questão da decisão de não reanimação e justificada a sua imposição no processo de decisão, posteriormente, justifica-se o porquê da importância de uma auscultação

multidisciplinar e os ganhos existentes em saúde, aquando desta decisão são tomadas tendo em atenção todos os aspetos que integram esta problemática – Decisão de não reanimação.

PALAVRAS CHAVE

Pessoa em Situação Crítica, Decisão Multidisciplinar, Decisão de Não Reanimação.

ABSTRACT

This report describes the entire process of skills and knowledge acquired and specialized in Medical Surgical Nursing.

To provide care to the critical patient, it is for the specialist nurse in this area, mandatory to develop not only scientific, technical, ethical, and relational skills but it is also important to expand the knowledge in management, training and research skills.

Therefore, throughout this compendium it is possible to find the description of the activities and the specialized skills, developed by myself and mainly acquired in two different placements: At ILS (Immediate Life Support) and at ICU (Intensive Care Unit).

Over time, it was identified vulnerable and critical situations where vigilance and monitoring were constant so, communicational and emotional skills were highly developed in order to promote comfort, safeness and life quality to the patients.

The topic I have chosen to be developed over this period could not be more relevant and it is included in a transversal way throughout the report, since it is demonstrated how the specialist nurse's attitude leads to a better care.

The Do Not Attempt CardioPulmonary Resuscitation (*DNACPR*) or in Portuguese the Decisão de Não Reanimação (DNR) as a multidisciplinary decision, will reflect on the importance of getting everyone involved in patient's life and in his care and that will lead to a better and healthier decision - An interdisciplinary, ethical, responsible and thoughtful decision.

According to the literature review, those involved in the non-resuscitation decision were indicted and justified its imposition in the decision process, following that, it was justified why the importance of multidisciplinary decisions and the success of that in patients' life.

KEY-WORDS

Critical Person, Multidisciplinary Decision, Do Not Attempt CardioPulmonary Resuscitation

LISTA DE ABREVIATURAS

CODU - Centro Orientação de Doentes Urgentes

DAV – Diretivas Antecipadas de Vontade

EEMC – Especialização Enfermagem Médico-cirúrgica

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

FAV - Fistula Arterio-Venosa

MC – Médico-cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR- Paragem Cardiorrespiratória

PSC- Pessoa em Situação Crítica

RCP – Ressuscitação cardiopulmonar

SIV- Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	20
1. REVISÃO DA LITERATURA.....	24
1.1 Decisão de Não Reanimação como decisão multidisciplinar.....	24
1.1.1 Decisão de Não Reanimação	25
1.1.2 Dimensão Ética e Legal.....	27
1.1.3 Intervenientes no processo da DNR	32
1.1.4 Decisão Multidisciplinar	35
2. ENQUADRAMENTO CLÍNICO: Discrição analítica das atividades realizadas durante o estágio e processo de aquisição de competências.....	41
2.1 Suporte Imediato de Vida (SIV).....	41
2.2 Serviço de Medicina Intensiva (SMI).....	53
2.3 Programa ERAS®	61
2.4 Serviço de Hemodinâmica.....	63
2.5 Bloco Operatório	65
3. CONCLUSÕES	74
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
5. APÊNDICES	84
6. ANEXOS	145

INTRODUÇÃO

Este relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, é referente ao desenvolvimento do 13º Curso de Mestrado, na área de especialização já referida, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. A unidade curricular é regida Profª Doutora Amélia Simões Figueiredo, com tutoria e orientação da Profª Doutora Maria Lurdes Martins.

Desta forma, a existência de enfermeiros que realizem cuidados especializados é justificada pela necessidade destes profissionais procurarem, em toda a sua prática profissional, a excelência do exercício, conforme preconizado no Artigo 88.º do Código Deontológico do Enfermeiro. Ao enfermeiro especialista, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (OE, 2015), é “(...) atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (DECRETO-LEI N.º 161/96, de 4 de setembro).

Assim, e de forma a complementar da melhor forma a aquisição dessas competências especializadas de enfermagem, o plano de estudos do curso vigente, propõe a realização da unidade curricular “Estágio e Relatório”. Este é composto por 30 ECTS com 750 horas de trabalho. Destas, 350h são de trabalho individual, 400h são de contacto direto, sendo 360h de estágio, 20h de orientação tutorial e 20h de Seminário. O estágio realizado foi dividido em 3 módulos de 10 ECTS, com 180h de contacto direto. O módulo I foi realizado na SIV no período compreendido de 16 de fevereiro de 2020 a 9 março 2020 e retomado a 11 junho até 28 junho devido a uma pausa obrigatória dado o estado pandémico e às restrições impostas pelo país. O módulo II decorreu no SMI, de 21 de setembro a 18 de dezembro de 2020, num total de 360h. Este último, foi subdividido por mais três contextos de forma a complementar a formação e que serão apresentadas e descritas ao longo deste relatório.

Decisão de Não Reanimação – Decisão Multidisciplinar

A escolha destes contextos para realização dos estágios depreendeu-se por considerar que nos trariam uma mais valia ao meu projeto, tanto na emergência pré-hospitalar pela decisão e o empoderamento dos cuidados de enfermagem, do desempenho da função de enfermeiro especialista e da existência de casos emergentes que iriam ao encontro do tema desenvolvido no relatório, pelo conhecimento prévio da estabilidade da equipa clínica para uma melhor observação das decisões tomadas em equipa e da consolidação na prática clínica dos cuidados de enfermagem, promotoras do desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais específicas do enfermeiro especialista na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ao longo do Estágio foi aprofundada a temática conceptual da DNR como decisão multidisciplinar, atendendo e no contexto específico da prestação de cuidados na SIV e nos SMI.

O enfermeiro especialista, ao possuir um conhecimento específico de enfermagem com elevado nível de julgamento clínico e de tomada de decisão, tal como é referido no Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019), é um profissional de destaque para o desenvolvimento e implementação de projetos de melhoria da comunicação interequipa, avaliação da mesma e melhoria continua.

Como objetivo principal deste percurso definiu-se o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas, relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família.

Assim, este relatório tem como objetivo principal, dar a conhecer todo o processo de aprendizagem vivido, experienciado, adquirido e desenvolvido na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica.

Organiza-se em três capítulos, o primeiro encontra-se a revisão da literatura efetuada sobre a temática: “Decisão de Não Reanimação – decisão multidisciplinar”; o segundo capítulo contém a descrição analítica das atividades desenvolvidas ao longo de cada estágio, face aos objetivos definidos para cada módulo, refletindo criticamente e identificando as Competências Comuns e Especializadas do Enfermeiro Especialista e do EEEMC na área de Enfermagem à PSC de adquiridas em cada estágio na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica; desenvolvendo a temática escolhida na pratica clinica, na sua conclusão sobre as competências de mestre adquiridas; e por último, no capitulo três, é composto pelas conclusões onde se reflete sobre a efetiva aquisição de competências

especializadas na área de EEMC, com referência aos pontos fortes, fracos e limitações de todo esse processo.

As Referências Bibliográficas utilizadas neste documento foram organizadas de acordo com a norma ISO 690 (NP405).

1. REVISÃO DA LITERATURA

Hesbeen (2001) refere a urgência dos enfermeiros revelarem “o conteúdo real e o sentido da arte do cuidar e o que ela tem de específico, para que a essência da sua prática não seja esquecida, negligenciada ou até mesmo pervertida”.

No presente capítulo é apresentada uma revisão a literatura, com base na melhor evidência científica disponibilizada, com o objetivo de definir e clarificar conceitos, articulando-os com a prática clínica. Desta forma, serão abordados os conceitos de DNR e decisão multidisciplinar e a sua influência na pessoa a vivenciar complexos processos de saúde e doença. O capítulo termina com uma conclusão do que é cuidar a pessoa perante a situação de não reanimação e a intervenção multidisciplinar nesta situação.

1.1 Decisão de Não Reanimação como decisão multidisciplinar

A temática especificada integra uma necessidade a desenvolver e a evidenciar nos cuidados a prestar à pessoa em situação crítica, pela sua fragilidade exposta no momento, assim somos todos chamados a ser protagonistas nesta decisão.

O foco desta necessidade coloca-se por atualmente ser algo que nos aspetos de saúde é tão sensível aos cuidados de enfermagem, alicerçando-se em informação proveniente da equipa multidisciplinar de saúde e em informação produzida por todos os intervenientes na própria questão e não de apenas uma pessoa ou de um grupo de profissionais. O enfermeiro tem o dever de melhorar a qualidade dos cuidados e serviços exercendo a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, como salientado anteriormente, realizando um exercício de reflexão sistemático sobre as suas práticas. Neste sentido, considerou-se importante a realização de uma revisão da literatura, desenvolvida no âmbito deste mestrado, para identificar a evidência científica existente e refletir sobre a prática atual em exercício.

1.1.1 Decisão de Não Reanimação

Os autores Vieira e Amaro (2006) descrevem que a manutenção da vida tem sido uma prioridade e uma preocupação humana ao longo da história e desde sempre, um dos principais motivos é a não aceitação da finitude do homem, o que faz aumentar a procura engenhosa para reinventar a ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

Geralmente, ao fim de dez segundos de paragem cardíaca surge a perda total de consciência, e após trinta segundos, a paragem respiratória. A pessoa em paragem cardiorrespiratória (PCR), parece clinicamente sem vida, pois apresenta-se inconsciente e não reativa a qualquer tipo de estimulação. À medida que o tempo passa, evolui de um estado de morte clínica, para um estado de morte irreversível. Esta é uma situação grave que exige uma intervenção rápida e eficaz (Rebelo et al; 2013).

A Reanimação Cardiopulmonar (RCP) surge em 1960, definida por Kouwenhoven para reverter a PCR, baseada em protocolos e procedimentos simples que englobam a compressão cardíaca e a ventilação pulmonar, de forma a reativar a atividade hemodinâmica e tem como objetivo prolongar a vida com bom prognóstico neurológico. (Sapeta, Ramos; 2016) (Mayor, Maia; 2012)

Foi a partir desta década que a saúde humana começou a obter grandes benefícios com o avanço científico e tecnológico, permitindo alguns factos notáveis. Segundo Vieira e Amaro (2006), o esforço para prolongar a vida por meios artificiais tornou-se uma obsessão científica e a nível terapêutico e de suporte de vida, chega-se mesmo a prolongar a vidas por dias, meses ou mesmo até anos.

Assim, os mesmos autores referem que o aumento da eficácia e segurança destas novas modalidades terapêuticas levantam questões quanto a aspetos económicos, éticos e legais. A tríade do ser humano – corpo, mente, espírito – é por diversas vezes ignorada, cuidando-se somente da primeira componente.

Mayor e Maia (2012) descrevem que as limitações da reanimação cardiopulmonar são reconhecidas em 1976 por médicos e doentes, argumentando-se a ponderação da Decisão de Não Reanimar (DNR), que se assume em 1980 em vários países, como parte do direito do doente em reivindicar a sua autodeterminação.

Quando se fala de DNR, estamos a referir-nos à decisão de, perante uma PCR, não se proceder às manobras de reanimação que visavam recuperar as funções circulatória e

respiratória do doente em paragem. Estão, Vieira e Amaro (2006) portanto, a referir-se à omissão de um ato que tinha em vista prolongar a vida do doente. Sem nunca interferir com outros aspetos do planeamento de cuidados. (Mayor, Maia; 2012)

Autores como Oliveira (2013), França, Rego e Nunes (2010), Sapeta, Ramos (2006), a DNR consiste numa diretiva que recomenda a não realização de manobras de reanimação invasivas em caso de PCR, em doentes com doença grave, aguda ou crónica, presumivelmente irreversível, podendo resultar da vontade do doente ou da constatação médica de que a reanimação não poderá mudar o rumo da doença, prevenindo assim sofrimento desnecessário.

Segundo os autores Carneiro e Carneiro (2020) que citam Gracia (2017) e Gracia (2003), a DNR (tal como todas as decisões terapêuticas) deve ser fundamentada num processo de deliberação, no qual o médico responsável deve ter em consideração:

- 1) Se está na posse dos factos clínicos relevantes para assumir a DNR, quando indicada;
- 2) Se a natureza, evolução e prognóstico da(s) doença(s), prefiguram uma situação clínica em que doente não beneficia de RCR, razão pela qual as intervenções que resultem em prolongamento do sofrimento estão contraindicadas, (ex.: se a morte é expectável a curto prazo não há indicação para reanimar em caso de PCR);
- 3) Se o doente, quando em pleno uso das suas faculdades, na ausência de patologia psiquiátrica e adequadamente informado, explicitou que não pretendia ser reanimado em caso de PCR;
- 4) se o doente, pessoas significativas e equipa de profissionais de saúde tiveram oportunidade para expressar o que pensam sobre o assunto legitimando e fundamentando a decisão;

Vários são os critérios que medeiam o processo de tomada de decisão de não reanimar, os estudos indicam como principais fatores são o estado avançado e irreversível da doença, seguido do prognóstico da doença e ainda as co-morbilidades associadas à condição clínica do doente (Sapeta, Ramos; 2016).

A implementação da DNR, segundo OE (2008), não limita os cuidados de saúde e de conforto, pois as pessoas sujeitas a DNR continuam a receber fluídos intravenosos, medicação para conforto e alívio da dor, antibióticos e outros cuidados paliativos.

Continuam a ser aplicadas terapêuticas focadas na patologia e efetuados cuidados diferenciados numa perspetiva holística, tendo em conta o bem-estar da pessoa e família.

Para Urban et al (2001), os benefícios da DNR integram:

- a) evitar a futilidade terapêutica e o sofrimento, clarificando o conceito de proporcionalidade terapêutica entre profissionais, doente e família;
- b) garantir a orientação de todos os profissionais que assistem o doente, dado que devem constar no processo do doente servindo de orientação;
- c) certificar que o que é negociado entre médico, doente e família seja salvaguardado mesmo perante situações de emergência;
- d) compreender que não existe necessidade do uso de recursos de cuidados intensivos, controlar, de alguma forma, os gastos com procedimentos desproporcionados.

Na implementação da DNR podem surgir conflitos relacionados com a decisão ou com o procedimento (Urban et al., 2001). Os primeiros prendem-se com as eventuais discordâncias decorrentes da decisão, entre a equipa multidisciplinar, o doente e a família, e os segundos relacionam-se com as normas que envolvem o procedimento institucional da DNR (Prior, 2017).

Independentemente dos conflitos que as DNR possam gerar, Urban et al., (2001) consideram que o valor mais preponderante é o respeito pela dignidade da pessoa humana, e com base neste, assim deverão ser tomadas as decisões, dando-se sentido à emergente necessidade de consensos sobre os princípios éticos (Prior, 2017) (Nunes, 2012).

1.1.2 Dimensão Ética e Legal

O filósofo Kant, partindo de uma conceção universalista do homem, afirma que, este só age moralmente quando, pela sua livre vontade, determina as suas ações com a intenção de respeitar os princípios que reconheceu como bons. O que o motiva, neste caso, é o puro dever de cumprir aquilo que racionalmente estabeleceu sem considerar as suas consequências. A moral assume assim, um conteúdo puramente formal, isto é, não nos diz

o que devemos fazer (conteúdo da ação), mas apenas o princípio (forma) que devemos seguir para que a ação seja considerada boa. (Vieira, Amaro; 2006)

Os mesmos autores afirmam que a DNR não pode ser desligada das preocupações com a defesa da dignidade humana, nem dos princípios que se consideram fundamentais.

Queirós (2001) citando Alfaro-LeFevre (1996), defende que o dilema ético surge numa situação em que existem duas ou mais escolhas possíveis, mas que nenhuma delas se apresenta como satisfatória, sendo necessário escolher a que parece melhor.

Devido às questões de fim de vida, Assunção, Ferreira & Lucas (2018) dizem que surgem vários dilemas éticos entre os profissionais de saúde. O enfermeiro e restante equipa de profissionais devem garantir que esses princípios e direitos da pessoa sejam respeitados ao longo da vida, mas também no processo de morte.

Os princípios éticos que os orientam, estruturam-se à volta de seis pilares fundamentais, ou seja, a dignidade da pessoa humana, a equidade, a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça (Vieira, Amaro; 2006). Servem de fio condutor na atuação ética dos cuidados de saúde. (OE, 2011) (Biondo, Silva & Secco; 2009) (OE, 2008)

De acordo com o CNECV (1995), a dignidade da pessoa humana é o primeiro de todos os princípios éticos, que nenhuma outra consideração pode substituir. Este princípio cobre a especificidade do Ser Humano como Pessoa, pelo que se deduz que todos são portadores de igual dignidade, sejam quais forem as suas características pessoais e o lugar que ocupam na sociedade. Desta forma podemos dizer que a Dignidade Humana se identifica com a própria noção de direitos humanos. A dignidade que atribuímos a qualquer outro ser humano decorre do facto de o reconhecermos como igual a nós próprios e, por conseguinte, dele nos suscitar igual respeito pela sua singularidade individual, de não o considerarmos como objeto, como simples meio, como mercadoria. De lhe reconhecermos também a capacidade para definir as suas próprias ações com consciência e com a noção das consequências que os seus atos podem provocar.

O princípio da equidade é referido, como suporte da igualdade de todos os seres humanos, em dignidade e direitos, mas com manifesta prioridade para os mais desprotegidos. Aplica-se às questões da saúde e a outros direitos sociais, por responder à necessidade de justiça social (Vieira, Amaro; 2006).

O princípio da Beneficência pressupõe fazer o bem ao outro, permitindo cuidar da Pessoa e não da doença, proporcionando conforto e alívio dos sintomas em Pessoas em fim de vida e a recusa da obstinação terapêutica (Gura, 2015) (OE, 2011) (OE, 2008). Perante os mesmos autores, o princípio da Não Maleficência completa o princípio da Beneficência, evitando causar dano, fazendo o bem e responsabilizando o cuidador a não submeter a pessoa a sofrimento desnecessário, que não proporciona qualquer benefício à Pessoa em fim de vida e justificam esta posição por acharem que ao evitar o dano intencional o indivíduo já está, na realidade, visando o bem do outro. Desta forma, podemos classificar este princípio como um princípio de duplo efeito, uma vez que, em determinadas e bem definidas circunstâncias, é legítimo realizar ações das quais resulta um efeito bom, o efeito pretendido, e um efeito mau, o efeito tolerado (Vieira, Amaro; 2006). Relativamente ao princípio da autonomia, Queirós (2001) refere que este procura defender o respeito pela legítima autonomia das pessoas, pelas suas opções e decisões que sejam realmente livres e da sua vontade. Na prática, os profissionais de saúde aplicam o princípio da autonomia para promover, tanto quanto possível, comportamentos autónomos por parte dos seus doentes, disponibilizando-lhes informação adequada e pertinente, de forma a assegurar a livre decisão do doente. Por fim, o princípio da Justiça que tem por base o acesso equitativo da Pessoa a cuidados de saúde diferenciados e de qualidade. Este princípio apresenta-se como o mais complexo de todos, devido à escassez de recursos em alguns países sendo, por isso, um dos principais problemas éticos e biomédicos da atualidade (OE 2011)

A Ordem dos Enfermeiros (2011) refere que o uso destes princípios não pressupõe uma hierarquização, nem a utilização dos mesmos como obstáculo para os avanços científicos, mas sim como um guia de boas práticas na procura do melhor para a Pessoa sem causar dano a si ou a terceiros.

O direito de ser reanimado, segundo Rebelo et al (2013), faz parte das garantias de acesso à qualidade de vida. São conhecidas duas situações de exceção: vontade do doente expressa em relação à RCP antes da PCR em que é conhecido o direito que assiste o doente esclarecido recusar qualquer tratamento médico, mesmo quando tal atitude resulte num agravamento do seu estado ou mesmo a morte, ou quando o médico decidir, perante critérios clínicos mensuráveis, que a RCP se revelará inútil na manutenção da vida do doente pensando no seu futuro pós manobras olhando para o seu estado clínico e conhecendo toda a sua história clínica.

Para além das etapas do processo de tomada de decisão ética, em situações de fim de vida, dois grandes princípios morais devem ser considerados: a preservação da vida e o alívio do sofrimento. Estes dois princípios complementam-se na maior parte das vezes, no entanto, em determinadas situações podem tornar-se antagónicos, devendo prevalecer um sobre o outro.

Se tivermos como princípio básico o de se optar sempre pela preservação da vida, independente da situação clínica, estaremos com tal atitude negando a existência da finitude humana. Devemos ter em atenção que existe um momento na evolução da doença em que a morte se torna um desfecho esperado e natural, não devendo, portanto, ser combatida. Desta forma, no doente recuperável, a aplicação dos princípios morais deve fundamentar-se na preservação da vida, enquanto, na etapa de morte inevitável, a atuação, do ponto de vista moral, deve prioritariamente centrar-se no alívio do sofrimento – *primum non nocere* (Vieira & Amaro; 2006).

Para possibilitar às pessoas que os seus desejos e decisões sejam respeitados, foi criada a Diretiva Antecipada de Vontade (DAV), designadamente sob a forma de testamento vital. OE (2008) faz referência à Lei n.º 25/2012, N.º 136, Série I, de 16 de julho de 2012 pela Assembleia da República quanto ao testamento vital ser um documento no qual uma pessoa maior de idade e capaz, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.

A discussão em torno da vontade do doente sobre os seus cuidados de saúde ganhou expressão em Portugal, com a aprovação na Assembleia da República da Lei n.º 25/2012, N.º 136, Série I, de 16 de julho de 2012 - Regime das diretivas antecipadas de vontade (DAV) - Testamento Vital.

Este diploma regula as DAV, sob a forma de testamento vital, regula a nomeação de procurador de cuidados de saúde e o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) (Nunes, 2012). As DAV são o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber,

ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.

Esta premissa permitiu dar robustez à autodeterminação e independência do doente na decisão perante as intervenções não desejadas (Prior, 2017).

A tomada de decisão diante da limitação consentida de tratamento, para Trigueiro et al (2010), de ser algo complexo e difícil quando envolve a equipa multiprofissional, a família e, em algumas situações, o paciente, possibilita uma efetiva aproximação e comunicação, além de diferentes olhares e pontos de vista em que racionalidade e a sensibilidade devem ser consideradas, porquanto é um momento de absoluta fragilidade humana, desencadeada pelo sentimento de impotência.

Na sequência de uma decisão em contexto crítico a autodeterminação do doente pode estar comprometida, no sentido em que este pode não alcançar um estado de consciência que o permita decidir por si nesse momento em concreto.

Assim, por definição em caso de PCR acontecida ou iminente a RCR deve ser iniciada de imediato, o que não exige consentimento do doente ou da família. (Carneiro & Carneiro; 2017). Se a DNR foi estabelecida, durante o internamento ou por Diretiva Antecipada de Vontade (consultar possibilidade de existir Testamento Vital registado no RENTEV) a RCR não deve ser iniciada, nem tentada. Em circunstâncias em que não há informação suficiente para a tomada de decisão, a RCR deve ser iniciada de imediato, enquanto se procura obter a informação necessária. Se a informação coligida revelar que a RCR não devia ter sido iniciada, os tratamentos inapropriados devem ser suspensos, a RCR cessada e instituídos procedimentos que proporcionem uma morte o mais tranquila possível. Excetuando estas circunstâncias inesperadas e emergentes, na maior parte das situações, o tempo até à DNR é o que for necessário para conhecer os factos e os valores referentes a cada pessoa concreta no momento e circunstância em que a decisão é tomada.

Em relação à perspetiva legal sobre a DNR, o Decreto-Lei 48/95 no seu Artigo 150º, declara que os procedimentos praticados na RCR (compressões torácicas com risco de fraturas costais e do esterno, entubações traqueais ou laríngeas, ventilação com pressões positivas, cardioversões/desfibrilhações, punções venosas, arteriais, torácicas, (...)) são ofensas à integridade física, que o Código Penal, aborda nos seguintes termos:

(1) “(...) As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as *leges artis*, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física”;

(2) As pessoas indicadas no número anterior que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos violando as *leges artis* e criarem, desse modo, um perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou para a saúde são punidas (...).”

Neste entendimento os procedimentos e tratamentos sem benefício expectável e com riscos associados, como é o caso da reanimação cardiorrespiratória não devem ser iniciados. As manobras de reanimação que não respeitem os preceitos referidos são ilícitas. A posição de princípio da Lei, neste caso, coincide com a perspectiva deontológica, moral e ética. (Carneiro & Carneiro; 2018)

Daí a importância de introduzir diversos protagonistas a esta decisão, no momento certo, com as pessoas certas, da forma mais correta que se encontrar, pois como nos diz Kant (1991), “No reino dos fins, tudo tem um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode pôr-se, em vez dela, qualquer outra coisa como equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e, portanto, não permite equivalente, então ela tem dignidade.” (Kant, 1991). Assim também, Soares (2004), defende que, considerar que a finalidade do nosso agir é prolongar a vida a todo o custo, deixará obviamente de fazer sentido se este custo for a dignidade humana.

1.1.3 Intervenientes no processo da DNR

Na literatura, são definidos os intervenientes específicos mais comuns, sejam estes, os profissionais que fazem parte da equipa de cuidados, familiares e/ou o próprio doente.

Prior (2017), Sapeta e Ramos (2016), Trigueiro et al (2010), descrevem que os doentes preferem ser envolvidos nas decisões de reanimação, quando é possível, o que reduz os

níveis de ansiedade, embora não alterando as dificuldades práticas de proceder a essas num período de vinte e quatro horas após admissão.

É dever de toda a equipa multidisciplinar manter e respeitar a dignidade, autonomia e capacidade de decidir, quando competente, do doente acerca da sua vida. (Carneiro & Carneiro; 2020).

No contexto de existência de alterações do estado de consciência, como é o caso da pessoa em situação crítica, em que se impõe limites à participação dos doentes nas decisões que se referem ao tratamento da sua doença, é necessário que existam intervenientes capazes de o substituir nessa função.

O médico e a equipa multidisciplinar têm o papel decisivo na obtenção do diagnóstico, prognóstico e medidas de intervenção.

Nogueira, Santos e Monteiro (2015) assumem que a família tem uma importância fulcral pois no caso de o doente no momento da decisão se encontrar incapaz de manifestar a sua vontade, esta constitui um ponto de referência acerca dos desejos e vontades expressas previamente pelo doente.

Este ponto diferencia-se do anterior porque revela a competência não de quem decide, mas de quem colabora, contribuindo para a construção da DNR.

O médico tem a carga emocional e psicológica de tomar a Decisão de Não Reanimar. (Assunção, Ferreira & Lucas; 2018) (Gura; 2015) (Torre; 2008)

As opiniões apresentam-se por vezes divididas, no entanto, de acordo com Trigueiro et al (2010), o médico do doente encontra-se na literatura destacado como o mais indicado para tomar esta decisão, visto ser este que determina o diagnóstico e o prognóstico da doença.

Mas a decisão é tomada pelo médico assistente do doente, após consenso e participação dos outros elementos da equipa (diretor de serviço, equipa de enfermagem, entre outros).

As estruturas hierárquicas nos cuidados de saúde impossibilitam muitas vezes a participação dos enfermeiros na DNR e conseqüentemente a possibilidade de influenciar a decisão, mesmo tendo em conta a experiência e envolvimento do enfermeiro com a pessoa e família (Romoren, Pedersen & Forde; 2016). Esta prática comum faz com que os enfermeiros sintam que não possuem voz ativa (Torres; 2008).

No entanto, a ação ou o agir deste profissional, de acordo com Sapeta e Ramos (2016), Trigueiro et al (2010) não só requer somente conhecimentos técnicos, mas também uma formação moral e ética que o norteie e sustente numa tomada de decisão. Além de sua capacidade técnica, que é importante, deve ser valorizada a sua subjetividade, pois traz uma melhor compreensão da realidade, que se apresenta de forma multifacetada. Esta, é tão relevante para a tomada de decisão quanto a objetividade e a racionalidade.

Segundo Queirós (2001), o exercício de enfermagem coloca o doente no centro da sua atenção e que através de atitudes de respeito, honestidade, lealdade, coragem, consciência e compaixão se desenvolve e evolui.

Hesbeen (2001) defende que os enfermeiros são os únicos profissionais que têm a oportunidade de viver com as pessoas que cuidam, momentos muito especiais e de proximidade, pois estão sempre presentes “(...) nos momentos imprevisíveis que os doentes e os familiares exteriorizam o seu contentamento, a sua tristeza, as suas interrogações, as suas confidências (...)”. Assim, os profissionais de enfermagem, devem possuir uma visão holística do ser humano.

É nesta perspetiva que devemos considerar que, os enfermeiros poderão desempenhar ações que possibilitem quer a partilha de responsabilidade, quer a promoção de um trabalho interdisciplinar, para com isso adquirirem um desempenho competente e de qualidade. (Vieira & Amaro; 2006)

Segundo o Código Deontológico de Enfermagem (Decreto-Lei 104/98, de 21 de Abril) o enfermeiro protege e defende a vida humana, participa na valorização da vida do doente e da sua qualidade, respeita opções culturais, morais e religiosas e promove o direito ao consentimento informado.

Salienta a OE (2001) que na procura da excelência no exercício profissional, “o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” e “ajuda a os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”.

A auscultação do enfermeiro pode ser crucial e a importância do seu contributo para o processo de tomada de decisão é cada vez mais reconhecida. Vários estudos consideram que o enfermeiro está numa posição preferencial para identificar, facilitar e apoiar o processo de tomada de decisão, apontando como principais motivos o facto de este ser o elemento da equipa multidisciplinar que cuida permanentemente do doente e desta forma

poderá conhecer melhor o doente e o seu contexto sociofamiliar, bem como os seus sentimentos e vontades mais significativas. Os enfermeiros consideram ainda que embora legalmente não possam prescrever, devem eticamente serem ouvidos, descrito por Sapeta e Ramos (2016), Oliveira (2013) e Gendt et al (2007).

Os enfermeiros, como outros profissionais, possuem conhecimentos sobre a trajetória da doença e sobre fatores associados ao prognóstico da pessoa, conferindo a estes, capacidades para defender eficazmente o doente na DNR, atuando, assim, como advogados da pessoa que é cuidada, em situações eticamente difíceis, durante os cuidados em fim de vida (Assunção, Ferreira & Lucas; 2018)

A existência de alterações do estado de consciência bem como a situação limite do estado crítico do doente, impõe limites à participação destes nas decisões que se referem ao tratamento da sua doença. A família pode intervir neste processo pois, no caso de o doente no momento da decisão se encontrar incapaz de manifestar a sua vontade, constitui também um ponto de referência acerca dos desejos e vontades expressas previamente pelo doente. Os familiares mais do que qualquer profissional de saúde estabelecem uma intimidade diária privilegiada com o doente, salvo algumas exceções (Carneiro & Carneiro; 2020).

A família então, pode ser a ponte para expressar a vontade do seu ente querido nestas e noutras situações e constitui-se uma peça fundamental a juntar-se à equipa de cuidados.

Assim, e apesar de ser o médico quem toma a decisão clínica, as diretrizes internacionais afirmam que a DNR deve incluir a perícia coordenada da equipa interdisciplinar.

1.1.4 Decisão Multidisciplinar

Por vezes esquecemo-nos que a morte é um dos passos da vida, o que implica que uma vida humana inclui uma morte digna. (Vieira & Amaro; 2006)

A DNR em doentes críticos, em risco de vida, sem capacidade de se envolverem na decisão, envolve uma “prescrição” no âmbito da responsabilidade profissional dos médicos.

Mas esta não é uma prática consensual na literatura, pode-se realçar a importância da

intervenção e o envolvimento da família numa decisão partilhada entre o doente e/ ou com a família e/ou outros profissionais. (Assunção, Ferreira & Lucas; 2018) Até hoje, no que se refere à tomada de decisão quanto à DNR, existem profissionais, como os Enfermeiros que, a única ação, por vezes, passa por questionarem a decisão médica. Onde se afirma que estes profissionais não têm participação efetiva e direta. (Trigueiro et al; 2010)

Assim, é necessário realizar um trabalho de consciencialização sobre a importância da participação do enfermeiro na DNR, visto que têm conhecimentos técnico-científicos e éticos suficientes para decidir em conjunto com a restante equipa multidisciplinar, visto ser o elemento privilegiado no cuidado à pessoa em situação crítica e o elo de ligação com a família.

Neste âmbito, os resultados do estudo de Abu-Ghori et al. (2016) indicaram que a qualidade dos cuidados é impulsionada pelas práticas e pela colaboração interdisciplinar na equipa de saúde.

Apesar disso, Urban (2001), citando um estudo desenvolvido por Eliasson et al., diz-nos que em 149 casos que tinham indicação clara de aplicar ordem DNR, em 88 deles (59%) os médicos não discutiram com os doentes e seus familiares este procedimento. As justificações encontradas para tal foram:

- 1) A falta de perigo de morte iminente, 56%;
- 2) A responsabilidade da discussão, relacionada à DNR pertenceria a outra equipa de saúde responsável pelo doente, 49%;
- 3) Falta de oportunidade para discutir este assunto, 43%.

Proteger e respeitar a dignidade da pessoa é um princípio fundamental da profissão de Enfermagem e, conforme dispõe o nº1 do artigo 78º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (artigo integrante do Código Deontológico), aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril, “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”

O facto, para Trigueiro et al (2010), de os enfermeiros, doentes ou familiares não terem ação prescritiva na tomada de decisão não os impede de questionar as ações propostas quando há discordância, numa tentativa de levar a equipa a uma reflexão sobre sua conduta. Este tipo de atitude é uma das múltiplas formas que encontram para demonstrar

seu conhecimento técnico-científico, espiritual, de vontade e sua autonomia perante a equipa de cuidados.

De acordo com Araújo e Araújo (2001), esta decisão deve ser tomada pela equipa multidisciplinar juntamente com o doente e sua família de forma a antecipar-se à situação crítica, quando possível.

É nesse contexto que a DNR deve ser reapreciada, envolvendo todos aqueles que efetivamente cuidam do doente e não exclusivamente o médico, sendo espetável que o enfermeiro integre em pleno a equipa multidisciplinar, assumindo a responsabilidade das suas decisões, juntamente com o doente e família, respeitando a sua vontade e poder de decisão (Prior; 2017).

Para Prior (2017), discussões sobre este tema complexo devem ser levantadas e encorajadas institucionalmente de forma a expandir conhecimentos sobre os múltiplos fatores intervenientes no momento da tomada de decisão e evitar abordagens terapêuticas fúteis ou inúteis.

Cada vez mais se define o espaço do enfermeiro na atuação em conjunto com a equipa multidisciplinar, através do conhecimento científico, do trabalho sincronizado e organizado. Através da competência técnica e profissionalismo no desempenho de suas atribuições, desenvolvendo uma perfeita integração com a equipa médica na busca de um objetivo comum: a padronização da prestação de uma assistência com o máximo de qualidade possível e condições plenas de recuperação do doente.

Uma decisão partilhada oferece ainda a possibilidade aos doentes, familiares e profissionais de saúde, de ultrapassar os riscos de uma decisão baseada numa visão unilateral da situação.

O papel da equipa de cuidados para com a família é o de apresentar de forma imparcial a evolução do caso, discutir pormenorizadamente as possíveis opções, sempre sob o prisma dos princípios éticos e morais. A equipa deve, de alguma forma, orientar e recomendar uma opção, para que a família se associe ou não à decisão, e nunca em caso algum pode ser permitido que se atribua a responsabilidade da decisão para a família (Vieira & Amaro; 2006).

Bernard (1994), defende que se deve discutir a DNR em relação a todos os doentes admitidos para tratamentos médicos e/ou cirúrgicos, para evitar tomadas de decisão

momentâneas que poderão não respeitar todos os princípios inerentes a esta tomada de decisão, uma vez que teve de ser tomada no momento.

Em Portugal, a abordagem do tema envolve dificuldades, dado o desconhecimento de alguns determinantes éticos; a cultura do “lutar até à morte”; a falta de orientação de cuidados paliativos; e a existência de preconceitos jurídicos e administrativos (Mayor & Maia; 2012)

É preciso enfatizar que, ao realizar a limitação consentida de tratamento, Trigueiro et al (2010) os membros da equipa de saúde não têm a intenção de produzir o resultado de morte, mas sim, de respeitar o desejo e a autonomia dos pacientes e familiares, de modo a permitir a aproximação temporal do óbito inevitável.

Para Carneiro e Carneiro (2020), a aquisição, explicação e ponderação destes elementos leva tempo e é variável de caso para caso. A esse tempo, durante o qual todos aqueles a quem a decisão diz respeito são considerados agentes morais válidos e por isso são solicitados a dar razões para os seus pontos de vista e a ouvir as razões dos outros, o autor Gracia (2017) e Gracia (2003) define como “tempo da deliberação”. Continuando na perspetiva de Carneiro e Carneiro (2020), o objetivo deste tempo de deliberação não é chegar a consenso, mas sim enriquecer a perspetiva individual através do conhecimento do ponto de vista do outro e desta forma aumentar a maturidade da decisão. Gracia (2017) refere que em muitos casos, no final do processo deliberativo, os participantes têm opções distintas, mas o confronto de opiniões modificou a perceção que cada um tem desse(s) problema(s). O mesmo autor, declara que o objetivo do processo deliberativo, é que todos saibam o que todos pensam sobre o que há que decidir. As nossas decisões morais são influenciadas por sentimentos, valores e crenças pelo que não podem ser inteiramente racionais. A deliberação é o principal instrumento para alcançar decisões razoáveis, sensatas e prudentes, porque nos obriga a ter os outros em consideração, a respeitar as suas convicções e solicitações para que exponham as razões que sustentam os seus próprios pontos de vista. (Carneiro & Carneiro; 2019)

Para Trigueiro et al (2010), a tomada de decisão diante da limitação consentida de tratamento, apesar de ser algo complexo e difícil quando envolve a equipa multiprofissional, a família e, em algumas situações, o paciente, possibilita uma efetiva aproximação e comunicação, além de diferentes olhares e pontos de vista em que

racionalidade e a sensibilidade devem ser consideradas, porquanto é um momento de absoluta fragilidade humana, desencadeada pelo sentimento de impotência.

Os princípios relativos à responsabilidade profissional integram aspetos formais, normativos e institucionais da DNR e orientações éticas de respeito pela autonomia do doente e pela sua decisão expressa pelo consentimento informado. (Prior; 2017)

Em suma, o doente e sua família, a equipa de enfermagem, bem como outros elementos da equipa multidisciplinar devem ter lugar na tomada de decisão de DNR. As suas opiniões devem ser conhecidas e posteriormente ponderadas. (Sapeta & Ramos; 2016) (França, Rego & Nunes; 2010) (Gendt et al; 2007)

Neste sentido, integram-se como estratégias de cuidados de enfermagem, perante as condições de fim-de-vida no doente crítico, a execução de cuidados de conforto, controlo da dor e do sofrimento, o envolvimento da família nos cuidados e o respeito pela individualidade, religião e espiritualidade do doente (Alves; 2015).

A decisão partilhada e consensual, com doente, família e equipa de saúde, é identificada por Prior (2017), como um fator de relevância em todo o processo. No entanto, nem sempre a tomada de decisão é efetivamente partilhada e consensual, o seu cumprimento decorre dos atores envolvidos e de condicionantes contextuais, isto é, não há um padrão normativo que a guie.

A DNR deve ser tomada quando, numa análise global e depois de adequada reflexão, se conclui que o tempo de morrer efetivamente chegou e, à equipa de saúde, resta reconhecer e conferir ao seu doente a dignidade que no final de vida, tem inequívoco direito. Assim, todos os membros da equipa terapêutica devem conhecer os objetivos das medidas tomadas em todas as fases da doença e, quando é possível conhecer as situações com antecipação, as instruções se “não reanimar” devem ser decididas em conjunto, por consenso e anotadas no processo clínico, especificando por escrito a natureza precisa do tratamento dos meios terapêuticos a não aplicar ou a suspender.

Com base neste referencial, no capítulo seguinte, descrevem-se as atividades e experiências vivenciadas em contexto de estágio.

2. ENQUADRAMENTO CLÍNICO: Descrição analítica das atividades realizadas durante o estágio e processo de aquisição de competências

A realização do estágio nesta etapa é essencial para a formação do enfermeiro especialista, pois através da prática clínica e reflexiva que faz com que desenvolva e adquira competências especializadas numa área específica, neste caso, cuidados à pessoa em situação crítica.

Ao definir objetivos damos consistência às nossas ações e direcionamos o caminho até os cumprir. Assim, o objetivo geral passa por “Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas, relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família” e será transversal a ambos os contextos clínicos.

Este capítulo insere-se na descrição das atividades desenvolvidas durante a realização do estágio A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica, realizado na SIV e o Estágio Final e Relatório, desenvolvido na SMI, e pela análise das competências adquiridas ao longo dos mesmos.

2.1 Suporte Imediato de Vida (SIV)

O primeiro período de aprendizagem foi realizado na SIV, a decorrer em cento e oitenta horas, de dia treze de fevereiro a vinte e oito de junho de dois mil e vinte com uma pausa a meio dada a situação pandémica vivida e a suspensão momentânea dos estágios universitários.

A escolha da SIV para local de aprendizagem prende-se com o facto de este ter uma cultura organizacional muito própria e por mim praticamente desconhecida e por adquirir e perceber os cuidados a nível pré-hospitalar pelos enfermeiros.

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é o “organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. A prestação de cuidados de emergência médica no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do Sistema (...)”.

Assim, este campo de estágio proporcionou-me experiências, na prática clínica dos cuidados de enfermagem de urgência e emergência, promotoras do desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais específicas do enfermeiro especialista na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica.

Segundo o INEM, a SIV é classificada como a equipa que se destina a “garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida” ou em caso de “situações que poderão evoluir para Paragem Cardiorrespiratória, caso não sejam imediatamente tomadas as medidas necessárias” e corresponde a um nível diferenciado de cuidados e resposta à população em situação de urgência/emergência e situações de instalação súbita com risco de estabelecimento de falência de funções vitais e emergência, em situações de estabelecimento súbito ou eminente, ou compromisso de uma ou mais funções vitais.

É constituída por uma equipa de dois profissionais, enfermeiro e técnico de emergência pré-hospitalar que asseguram todos os cuidados. Podem também articular, em caso de necessidade, com outros meios diferenciados, ou não, de forma a manter a qualidade dos cuidados e assistência à vítima ou multivítimas.

Preconiza-se que a SIV seja um meio de estabilização da situação clínica da pessoa, para que este possa ser transportado e transferido, o mais precocemente possível, para o meio hospitalar com entrada direta nos serviços de urgência, salas de hemodinâmica, salas de emergência.

Na prestação de cuidados de enfermagem, o enfermeiro especialista é o profissional que “(...) possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde que demonstram níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (OE,

2010b, p.2). Atendendo à vulnerabilidade da pessoa em situação crítica, cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência, de uma ou mais funções vitais e a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, assim é de relevância e importância máxima a existência destes profissionais nesta área pois o pensamento crítico, reflexivo e expansivo da área profissional conseguindo coordenar vários setores em atividade são essenciais no pré-hospitalar.

Foram definidos, integrados no Projeto de Estágio para a SIV, os seguintes objetivos específicos: Reconhecer complexidade de cuidados na área de assistência à pessoa em situação crítica e família; Desenvolver capacidade para uma recolha de dados eficiente em contexto prático; Identificar as prioridades de intervenção, particularmente as relacionadas com a segurança dos pacientes e a sobrecarga dos cuidadores familiares; Comunicar as conclusões e os raciocínios que fundamentam as opções e atos realizados.

Seguidamente serão analisadas as atividades desenvolvidas e as competências especializadas que foram adquiridas em cada objetivo específico, demonstrando uma prática de cuidados especializados baseada na evidência e orientada para a pessoa a vivenciar uma situação de doença crítica durante as saídas em SIV.

- **Reconhecer complexidade de cuidados na área de assistência à pessoa em situação crítica e família**

Na realização dos primeiros turnos na SIV, tentei identificar as particularidades, organização e funções dos vários membros da equipa e dinâmica e circuito desde a chamada da pessoa para o CODU (Centro Orientação Doentes Urgentes) até à assistência e transporte da vítima até contexto hospitalar.

No INEM, o sistema preferencial de comunicação e registo é o sistema informático *ITEAMS*, onde se encontra toda a informação referenciada desde a chamada para o CODU, saída para atendimento, cuidados, transporte e chegada à unidade hospitalar ou qualquer que seja o final da saída. É através deste sistema que também se desenvolve a avaliação inicial, monitorização e registo de alterações encontradas no local.

Se o destino final da pessoa assistida for uma unidade hospitalar, a equipa realiza a admissão no secretariado, acompanha até à triagem passando as ocorrências e a situação para a qual foi chamada. Nos casos emergentes, o CODU comunica com a unidade

hospitalar que vai receber a pessoa para que a equipa esteja pronta para o receber na sala de reanimação.

Ao entender a dinâmica, rápido se entende também o desafio que é desenvolver a sua atividade profissional neste meio, pelo fluxo de chamadas encaminhadas para a equipa e por nunca se saber o que se irá encontrar ou a real emergência vigente, a diversidade de problemas e complicações, onde o enfermeiro se expõe muitas vezes sem ter os meios necessários disponíveis mas com o auxílio de uma equipa multidisciplinar.

As pessoas assistidas pela SIV necessitam de cuidados de saúde diferenciados e o INEM refere que, se necessário, garante cuidados a situações “que poderão evoluir para paragem cardiorrespiratória” e “manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida.” Estando a ambulância equipada “(...) de um monitor-desfibrilhador e diversos fármacos. O equipamento das SIV permite a transmissão de eletrocardiograma e sinais vitais.”

Tomar conhecimento dos protocolos internos de atuação nas situações recorrentes de assistência, fez com que, conseguisse estar mais preparada e saber como atuar rapidamente, mobilizar-me em equipa e definir prioridades de atuação em equipa tentando fazer a gestão da mesma, tentando desenvolver a posição de “team leader” que o enfermeiro em contexto SIV representa.

Deste modo, o enfermeiro deverá ter a perceção dos seus próprios níveis de stress e ansiedade, mas também do seu próprio nível de segurança e exigência bem como dos conteúdos teórico-práticos que lhe permitam tomar decisões dinâmicas, rápidas, mas seguras, gerir os meios existentes no local, os meios externos e complementares que sejam precisos, comunicar com a equipa médica do CODU e articular a chegada às unidades hospitalares. Tudo isto, tendo em conta e gerindo também o nível de stresse e ansiedade da própria pessoa que necessita de cuidados.

A função e existência do enfermeiro especialista em contexto pré-hospitalar adquire particular relevância, pois devido aos seus conhecimentos teóricos, pensamento crítico global, capacidade de decisão, hierarquização das prioridades e a própria capacidade de antecipação das necessidades, é fator determinante no planeamento e gestão dos recursos físicos e materiais, adotam as medidas apropriadas e adquirem uma conduta preventiva e antecipatória.

Assim, detém competências na área da comunicação e negociação para a resolução de conflitos, fazem cumprir as suas decisões e a consciencialização dos elementos da equipa para práticas fundamentadas. Dando um exemplo prático vivenciado em contexto clínico, o Enf.º orientador que acompanhei fazia questão no final de cada saída com a SIV refletir sobre aquilo que foi vivenciado em equipa multidisciplinar, fazendo com que, entre todos, pensássemos desde a chamada/notificação pelo CODU até à finalização do serviço, sobre a nossa conduta, sobre a prática, erros que poderiam ser evitados para que, numa futura situação não voltasse acontecer, falhas graves que comprometeram o serviço ou a vítima mas também se a equipa deu uma resposta positiva e efetiva à situação, enaltecer a sua conduta. A reflexão poderia passar pela conduta dos elementos e ia até as dificuldades ambientais encontradas. Terminava quando todos expressavam a sua opinião.

Numa das saídas da SIV, realmente grave, num apartamento pequeno num terceiro andar sem elevador, onde tivemos de estabilizar a vítima e gerir tudo para conseguir transportá-la, pelas escadas em maca, continuando a dar suporte ventilatório e sem espaço físico para o fazer ou meios humanos tendo apenas dois profissionais para todo o aparato e eu como estudante. Assim, houve a necessidade de chamar ajuda através do CODU mas apenas chegaram mais dois profissionais. À medida que dirigimos a vítima para a ambulância, lidávamos com a opinião pública das pessoas que rodeavam a rua e com o facto de termos impedido a via de circulação com as viaturas durante bastante tempo.

Assim, no fim deste serviço foi importantíssimo a interação entre equipa e refletir sobre tudo o que vivenciamos.

Este tipo de reflexão sobre a prática profissional e a consciência crítica para os problemas existentes relacionados com a pessoa e família deve, e tem de acompanhar sempre a prática do Enfermeiro especialista em EEMC.

Ao longo da prestação de cuidados foram aprofundadas competências especializadas na comunicação e relacionamento com a pessoa que necessitava de assistência e a sua família, isso ajudou-me a desenvolver a capacidade de observar a situação “como um todo” e reconhecer a importância da recolha de informação rápida, objetiva e o mais completa possível e conseguir incluir a família/ cuidador nesta colheita de dados, de forma a desenhar o plano de cuidados imediatos para a situação vigente mas também em planear as minhas ações e prática segura durante todo o processo e hierarquizando as prioridades ao longo do tempo de assistência.

Considero que através deste objetivo e da prática clínica exercida, desenvolvi as seguintes competências de enfermagem especializada em médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica: identificação de focos de instabilidade; implementação de respostas de enfermagem apropriadas às complicações, monitorizando-os; demonstração de conhecimento e estratégias de comunicação perante a pessoa, família/ cuidador em situação crítica, demonstração de conhecimento sobre a minha própria gestão da ansiedade bem como vividos pela pessoa/ família/ cuidador; Demonstração de conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e processo precoce do luto; Salvaguardei as condições de segurança; Garanti a continuidade de cuidados e assistência à vítima; Defini prioridades de atuação; desenvolvi capacidade de liderança e atribuição de papéis aos membros da equipa e acima de tudo reconheci a real complexidade que são os cuidados assistenciais à pessoa em situação crítica e família tanto em contexto pré hospitalar como em situação de urgência/ emergência o que me fez desenvolver enquanto pessoa e profissional no papel de especialista.

- **Desenvolver capacidade para uma recolha de dados eficiente em contexto prático**

Numa situação emergente e num contexto que não é conhecido ao enfermeiro que presta os primeiros cuidados à vítima, desenvolver a capacidade para uma recolha de dados rápida, mas inequívoca e sucinta, que permita a melhor descrição possível do panorama vigente acaba por ser vital para a perceção do sucedido e para uma intervenção especializada.

Neste seguimento, o desenvolvimento desta competência, foi para mim uma preocupação diária e uma prioridade, porque em meio hospitalar estes dados já são conhecidos e a anamnese é realizada de outra forma, com tempo e rigor, mas em contexto prático, neste estágio essa anamnese era realizada por observação da vítima, do local em redor, das notas de altas hospitalares ou de cuidados de saúde que tivessem utilizado há pouco tempo e quando possível daquilo que a vítima conseguia dizer, de um familiar ou amigo ou de testemunhas no local.

Ser um elemento extra possibilitou e facilitou esta dinâmica e posteriormente uma intervenção precoce neste sentido, conseguindo colocar o 3º elemento da equipa muitas vezes destacado para esta parte, enquanto os restantes se dedicavam por inteiro a uma primeira avaliação da pessoa em situação crítica.

Um dos exemplos, quando recebemos uma chamada para um homem de setenta e cinco anos por alteração do estado de consciência. Sem mais informações dadas pelo familiar. À chegada, começamos logo a olhar em redor, um prédio em Lisboa, sem elevador, um 2º andar estreito, recolhendo desde já estas características percebemos que precisaríamos de mais meios para um possível transporte da vítima. À entrada no apartamento, também estreito, encontramos o senhor na casa de banho inconsciente, sem respirar, já em PCR. Rápido percebemos que precisaríamos de mais espaço para iniciar RCP e como elemento extra e com autorização da esposa da vítima procurei um sítio na casa com mais espaço. Transportamos o corpo para a sala de estar e enquanto um dos elementos iniciou as compressões torácicas, outro elemento ficou encarregue da via aérea e fiquei destacada para a procura de um acesso vascular enquanto preparava o material, o compressor torácico “LUCAS” e tentava recolher mais informações sobre a pessoa em situação crítica com a esposa do mesmo e o meio envolvente. A familiar por estar em choque, não conseguiu explicar o sucedido nem dar informações explícitas sobre o estado de saúde do seu esposo, assim comecei a procurar ao nosso redor, perguntei de quem era a máquina de avaliação de glicémia capilar que estava em cima da mesa de jantar, respondeu-me que era do senhor, assim já sabíamos que era diabético, pedimos as notas de alta hospitalar do senhor e as caixas de medicamentos, assim conseguimos um breve enquadramento do estado clínico do doente: Masculino, setenta e cinco anos, polimedicado e anticoagulado, diabético, hipertenso, enfarte há oito anos; pesava cerca de 90Kg e media cerca de 1,80m. Com esta pequena colheita de dados em contexto prático, ainda que incompleta, permitiu à equipa tomar opções terapêuticas mais dirigidas à situação e conseguirmos comunicar com o médico do CODU para lhe transmitir o que estávamos a presenciar e a pedir mais meios de socorro auxiliares e a equipa de VMER que estivesse disponível.

Este objetivo fez com que pudesse ter a oportunidade de trabalhar com a família/pessoa significativa, para além da vítima, e que tornou a experiência em algo muito positivo; tornou a aprendizagem muito relevante, adaptando a comunicação à pessoa, circunstância e ambiente social e familiar. Permitiu-me o desenvolvimento e consolidação de competências relacionais e comunicacionais especializadas.

Consegui mobilizar diferentes fontes de busca de informação que permitiam a transposição para o contexto real, acabando por perceber que para cada situação a minha adaptação e foco teriam de ser diferentes, algo que fui melhorando, de turno para turno, dada a experiência que ia tendo e a orientação do enfermeiro que acompanhava.

Quando o foco e a autonomia começaram a ser mais decisoras, comecei a delinear a melhor forma de colheita de dados em cada situação, também adequando a premência da mesma para uma decisão terapêutica urgente ou não melhorando assim a minha praxis.

Importante também, foi o facto de conseguir transpor o sucedido, sintetizar, analisar, avaliar, refletir sobre toda a informação recebida ao longo do tempo de assistência e não só no período da anamnese.

Através deste objetivo específico foram desenvolvidas as seguintes competências especializadas em EEMC e na área na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica: “Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação”; “gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida e da sua formação pós-graduada”; “comunica aspetos complexos de âmbito profissional e académico”; “formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; comunica os resultados da prática clínica e de investigação aplicada a audiências especializadas”; “avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada”; “promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação”, “gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.”

- **Identificar as prioridades de intervenção, particularmente as relacionadas com a segurança dos pacientes e a sobrecarga dos cuidadores e familiares**

Ao estar no contexto real, na rua, em casa das vítimas, na sua esfera pessoal e familiar, é necessário acautelar e priorizar, ainda mais, certos aspetos e a dinâmica envolvente.

O facto de se estar num ambiente que não se controla, com múltiplos focos, é necessário apresentar capacidade de diagnóstico e juízo clínico para delinear prioridades e agir segundo a hierarquização realizada.

O enfermeiro deve ser detentor de formação humana, técnica e científica adequada para prestar cuidados em qualquer situação, particularmente em contextos de maior

complexidade e constrangimento, munido de competências específicas que lhe permitam atuar de forma autónoma e interdependente, integrado numa equipa e em rigorosa articulação com o CODU e no respeito pelas normas e orientações definidas (OE, 2007).

Existiram diversas situações que exigiram uma flexibilidade emocional para as quais senti estar preparada, mas no início era difícil ter capacidade para unir as situações que iam acontecendo com as intervenções práticas e técnicas, pelos diversos estímulos e querer chegar a todos os pormenores, vítima, família, ambiente. Depois de partilhar com a equipa a dificuldade que tinha, senti que me encaminharam nas situações práticas e rápido consegui definir melhor as prioridades na assistência à vítima, conseguindo dar uma melhor resposta e ser realmente um elemento válido para a equipa.

A cada experiência que fui tendo consegui uma visão mais global, mais atenta aos pormenores, melhorando a minha prática de cuidados. A partir desse momento consegui estar mais envolvida na dinâmica de equipa e, sendo um elemento válido, contribuir para os bons resultados na assistência em praticamente todas as situações que existiram.

Um exemplo prático, quando a equipa foi ativada pelo CODU para uma senhora que foi encontrada inconsciente pela cuidadora em casa. Consegui através da cuidadora entender o contexto, que a mesma vinha prestar os cuidados de higiene ao domicílio e que já a encontrara caída, visto que era um prédio antigo onde tínhamos de subir de escadas, houve a necessidade de lhe pedir ajuda para carregar o material necessário até ao andar, ao que a cuidadora consentiu. À chegada à casa da vítima, agilizamos entre equipa, a transferência do corpo para a sala onde teria mais espaço para o socorro. Ao redor observamos imenso sangue, suspeitando imediato de hematómeses. Assim enquanto um elemento monitorizava a senhora (bradicárdica, hipotensa, bradipneica e dessaturada) e realizava ECG de 12 derivações, punccionou-se um acesso vascular, procedi à aspiração de secreções orofaríngeas e nasofaríngeas, e entubei nasogastricamente, colocando a sonda em drenagem passiva com saída imediata de sangue, depois permeabilizando a via aérea com um tubo *guedell*. De seguida o Enfermeiro orientador contacta o médico do CODU para passagem de dados e pedido de ajuda diferenciado, já a pensar na retirada da vítima para uma unidade hospitalar, enquanto isso a equipa continua os cuidados e o técnico de emergência pré-hospitalar se dedicava ao ressuscitador manual permitindo a ventilação pulmonar. Após administração de terapêutica prescrita pelo médico do CODU e estabilização hemodinâmica possível, juntamente com a equipa que chegou para colaborar,

descemos com a vítima em maca, transportando todo o equipamento e ventilando ao mesmo tempo e mantendo todos os cuidados. Este foi um exemplo de articulação de, e entre equipas e a excelente gestão das prioridades de intervenção em que consegui exercer as minhas funções enquanto profissional sendo um elemento válido para todos, desenvolvendo capacidades de avaliar também as questões de segurança.

Neste objetivo específico consegui desenvolver as seguintes competências EMMC: “Identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”; “assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”; “Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação”; “Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação.”

- **Comunicar as conclusões e os raciocínios que fundamentam as opções e atos realizados**

Neste objetivo pessoal, era imperativo para mim, conseguir comunicar no final de cada saída as conclusões a que tinha chegado e descrever porque tomei certas opções terapêuticas. Assim, queria conseguir comunicar de forma adequada e fundamentada o meu raciocínio clínico com o enfermeiro orientador que me acompanhava.

Segundo Papp, Markkanen, & Von Bonsdorff (2003), a partilha de conhecimento é um caminho que permite, enquanto equipa multidisciplinar, desenvolver competências e melhorar práticas; assim, um dos exercícios que fazíamos questão de realizar, no fim de cada saída, com a equipa toda, era um ponto de situação, especificando o que aconteceu, o que fizemos bem e o que poderíamos melhorar. Com esta partilha, consegui desenvolver um diálogo entre toda a equipa, proporcionando não só, a melhoria da prática de cada um, mas resolvendo questões que em contexto pratico não foi possível desenvolver, mas acima de tudo também partilha de conhecimento e avaliação do contexto vivido, muitas vezes também partilhando a vulnerabilidade da exposição e dos próprios sentimentos de cada um.

Estes momentos em que se proporciona a comunicação inter-equipa, fez com que desenvolvesse de forma fundamentada e raciocínio clínico e procurasse novos conhecimentos teóricos que sustentassem o meu raciocínio perante as situações.

Apesar de já fazer parte da rotina de um profissional de enfermagem a comunicação e transmissão das informações clínicas dos doentes que tem a seu cuidado para a manutenção dos cuidados prestados e a sua qualidade, nos cuidados extra-hospitalares tudo acontece tão rápido que por vezes a sintetização dos acontecimentos tem de ser trabalhada para não ser demasiado extensa ou perder-se o conteúdo importante na transmissão das informações da vítima em meio hospitalar.

Com esse intuito, foi desenvolvido um ficheiro *EXEL* com todos as chamadas do CODU para a qual a SIV foi chamada no período do meu estágio, nos turnos que tive oportunidade de realizar. Esta síntese que acabei por realizar fez com que moldasse o raciocínio para o que verdadeiramente seria importante que ficasse descrito. Este ficheiro ficou disponível para os profissionais da SIV para utilizarem para meio estatístico dos dados se assim o precisarem. (apêndice nº1)

Depois de alguns turnos, procurei uma temática que poderia enriquecer a equipa, assim desenvolvi uma pesquisa sobre a síndrome maligna dos neurolépticos, em que o objetivo seria realizar uma apresentação à equipa sobre o tema deixando um alerta para a casuística deste síndrome sem que se saiba identificar os sinais e sintomas e para a importância e brevidade da ação terapêutica, quando são estes os profissionais a terem o primeiro contacto com as vítimas, e assim, os primeiros a poderem suspeitar e a intervir (apêndice nº2) No entanto dada a situação pandémica, foi deixado em suporte digital para consulta.

Através deste objetivo específico foram desenvolvidas as seguintes competências especializadas em EEMC: gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida e da sua formação pós-graduada; comunica aspetos complexos de âmbito profissional e académico; formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; comunica os resultados da prática clínica e de investigação aplicada a audiências especializadas; avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada; participa e promove a investigação em serviço; promove o desenvolvimento

peçoal e profissional dos outros enfermeiros; promove a formação em serviço na sua área de especialização.

Já com o conhecimento prévio, de acordo com o tempo de profissão e orientada por um enfermeiro especialista e enfermeiros peritos, consegui integrar-me na equipa. Puncionei acessos vasculares periféricos, participei em manobras de paragem cardiorrespiratória, preparei e manipulei o compressor automático externo (LUCAS), preparei e administrei terapêutica endovenosa diversa e complexa, entubei nasogastricamente, transportei e acompanhei doentes no transporte até ao hospital ficando responsável pela transmissão de informação ao enfermeiro da triagem; comuniquei com o médico do CODU de forma a passar a informação situacional pedindo decisão terapêutica, comuniquei com o CODU de forma a pedir apoio de outros meios. Melhorei exponencialmente a minha observação crítica da vítima/ doente, trabalhei a decisão clínica e a autonomia profissional.

Foi sem dúvida uma experiência única para quem gosta ou demonstra interesse pela área de emergência. O enfermeiro em meio extra-hospitalar deve ser detentor de competências técnicas, científicas, mas também de formação humana que lhe permita comunicar com a empatia necessária, gerir situações de stresse, gerir equipas e tomar decisões prementes em qualquer situação, muitas vezes, autónoma pela rapidez com que tem de ser gerida, mas sempre em rigorosa articulação com o CODU.

As condições adversas em que se exerce a profissão neste meio acaba por desenvolver um espírito de união único e característico que se vê em poucos contextos. Neste meio pouco apoiado e pouco desenvolvido, quase esquecido, diria, estes profissionais fazem tanto com tão pouco. Para tudo aquilo que vivem e experienciam, as condições em que trabalham e que raramente têm as condições ideais para a prestação de cuidados ou sem material suficiente, acabam por desenvolver competências criativas, de improvisação e adaptação, nunca descurando o seu desempenho e o socorro das vítimas.

Como já descrito, este estágio permitiu-me aprender muito sobre a observação clínica e efetiva do doente e aprender a diagnosticar sinais e sintomas para os quais seja necessário atuar, despistar alterações e complicações, desenvolver prioridades de ação baseada nos conhecimentos científicos, mas também na experiência de cada profissional para estabilizar e transportar para uma unidade hospitalar diferenciada.

Consegui integrar a temática do relatório “Decisão de Não Reanimação como decisão multidisciplinar”, neste nível, ao observar como tudo era realizado em ambiente extra-hospitalar, em que num regime de “quase exceção” (comparando com outros ambientes), tudo é decidido em equipa com base na informação clínica disponível, na capacidade de socorro no momento, na forma como hemodinamicamente a vítima responde e na viabilidade terapêutica. Todos os profissionais são implicados na decisão. A família/ conhecidos/ cuidadores estão implicados na decisão na medida em que, inevitavelmente, presenciam todo o cenário praticado, e ao ver o que se vai passando conseguem participar nos cuidados e interiorizar o encaminhamento da situação. No entanto, a equipa tende a pedir o afastamento dos familiares, justificando esta opção como sendo a menos traumatizante para os familiares e facilitando a tomada de decisão dos profissionais/equipa, durante a reanimação ou socorro, nomeadamente no que respeita à cessação de certos procedimentos. Dada a reduzida equipa no local, tendencialmente esta decisão faz com que a família, durante o tempo de reanimação/socorro, as famílias deixam de ser cuidadas pela equipa, com o imperativo de recuperar o doente.

Sucintamente, este foi um campo de estágio imperativo e marcante no meu percurso, quer profissional, quer pessoal. Que me permitiu desenvolver na minha prática a minha capacidade de observação e flexibilidade nos cuidados; consegui observar a importância da existência de enfermeiros especialistas neste contexto e a intervenção especializada e em como esta faz a diferença, reforçando a observação crítica e a tomada de decisão autónoma e responsável, por último, o conhecimento baseado na evidencia.

2.2 Serviço de Medicina Intensiva (SMI)

Para dar resposta as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica expostas e descritas pela Ordem dos Enfermeiros (2018), o Estágio Final e Relatório foi desenvolvido em contexto de cuidados intensivos, no período estimado entre vinte e um setembro a dezanove dezembro dois mil e vinte, num compendio de trezentas e sessenta horas. De forma a perceber todo o processo da pessoa com necessidade de cuidados em contexto de cuidados intensivos optei por dividir por quatro serviços da mesma instituição de saúde, nomeadamente no serviço de medicina intensiva

(180h), Projeto do Programa ERAS® (40h), no serviço de hemodinâmica (40h) e no bloco operatório (100h).

A pessoa internada no SMI, encontra-se, por norma, em situação de vulnerabilidade necessitando de medidas invasivas como ventilação mecânica invasiva, monitorização hemodinâmica avançada, terapêutica e tratamentos complexos para preservar as suas funções vitais, assim exige-se e assume-se uma complexidade elevada com altos níveis de stresse.

Por sua vez, a pessoa em situação crítica é definida no Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 124/11 (2011, p.8656) como “aquela cuja vida está ameaçada, por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

Com isto, ter enfermeiros que assumem competências especializadas e que têm as ferramentas teórico-técnicas são sempre uma mais-valia, tanto porque sabem gerir o processo de saúde e doença, o ambiente ao redor, estão atentos aos focos de instabilidade das pessoas internadas gerindo a equipa nesse sentido dando uma resposta pronta e antecipatória aos mesmos.

O SMI, considerada uma unidade polivalente, é composta por um quadro de recursos humanos médicos e de enfermagem próprio, com assistência médica, pelo intensivista, com presença contínua nas vinte e quatro horas. Tem a possibilidade e acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica avançados.

Os clientes admitidos nesta unidade podem ter proveniência do AU (Atendimento urgente), Bloco operatório, outros serviços de internamento do hospital, como também de outras unidades do grupo ou de outros hospitais. A unidade, atualmente, dispõe de oito camas: sete *boxes* individuais e uma *box* de isolamento equipada com pressão negativa e positiva para corresponder à necessidade de qualquer tipo isolamento.

O sistema de visitas vigente é disposto das onze da manhã às nove da noite, permitindo a presença de duas pessoas por *box*, sendo que esta disponibilidade pode estar comprometida de acordo com a exigência premente da própria unidade e as necessidades do cliente/família.

A nível do processo clínico informatizado as aplicações utilizadas são o Sorian Clinical e o INNOVIAN.

A equipa de enfermagem é composta por quarenta elementos distribuídos por quatro equipas em regime de contrato de trabalho e prestação de serviços, em horário de *roulement*.

O rácio enfermeiro/cliente preconiza-se um profissional de enfermagem por cada dois clientes no máximo.

Neste contexto, existe a necessidade real de possuir competências especializadas para responder às necessidades teórico-técnicas do próprio serviço, mas também as particularidades da pessoa internada no serviço de medicina intensiva, a pessoa em situação crítica. Assim, cada equipa tem pelo menos um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e existem ainda Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Foi selecionado como tema do projeto a desenvolver no serviço a temática “A importância da decisão multidisciplinar na decisão de não reanimação”, com desenvolvimento de um questionário (apêndice nº3) aos enfermeiros do serviço sobre o envolvimento dos mesmos na decisão partilhada.

Foram definidos os seguintes objetivos pessoais integrantes no projeto de estágio: 1. Prestar cuidados específicos à pessoa/família a vivenciar processos complexos de saúde de doença crítica ou falência multiorgânica; 2. Aprofundar conhecimentos teórico-práticos sobre a pessoa exposta a ventilação mecânica invasiva; 3. Aprofundar conhecimentos teórico-práticos em técnicas dialíticas.

De seguida, são identificadas as atividades desenvolvidas e as competências especializadas adquiridas em cada objetivo já especificado.

- *Prestar cuidados específicos à pessoa/família a vivenciar processos complexos de saúde de doença crítica ou falência multiorgânica*

O facto de subdividir as 360h por diversos contextos de estágio fez com que conseguisse ter uma perceção mais diversificada dos cuidados de enfermagem específicos nos processos complexos de saúde e doença em diversas pessoas.

O cliente internado em contexto do serviço de medicina intensiva é uma pessoa que se apresenta sob uma condição de grandes alterações hemodinâmicas, mas também de vulnerabilidade.

Durante este período de assistência à pessoa internada no contexto referido, prestei cuidados em equipa interdisciplinar e multidisciplinar, tentando participar na construção da tomada de decisão de forma ponderada e adequada. Consegui melhorar as minhas capacidades teórico-técnicas, colaborando com a equipa médica em diversos procedimentos complexos como a entubação endotraqueal, colocação de dispositivos intravasculares como cateteres venosos centrais, linhas arteriais, cateter venoso para realização de técnica dialítica; realização de ponto hemodinâmico através de *volume-view*.

Prestei cuidados da higiene e conforto dos clientes que me ficaram atribuídos, planeando, executando e avaliando o plano cuidados personalizado para aquele cliente.

Responsabilizei-me pela preparação e administração de terapêutica diversa, da mais simples à mais complexa como aminas, vasodilatadores, cardiotónicos, sedo-analgésicos, entre outros; tendo em atenção a situação clínica da pessoa cuidada e o seu estado hemodinâmico, confirmando sempre que havia alterações nestes dois aspetos.

Aprimorei a vigilância do estado hemodinâmico, nível de consciência, estado ventilatório e nutricional e a monitorização da dor.

Acompanhei a referenciação de um doente com um diagnóstico de pancreatite para ECMO e consegui estar presente na colocação dos cateteres e na preparação da transferência para outra unidade hospitalar de referência para a continuação do tratamento.

Quanto ao cuidado com a família e pessoas significativas, consegui proporcionar a visita de familiares em situações muito específicas sensibilizando a equipa de profissionais para tal, conseguindo fazer parte da decisão e no acompanhamento destes familiares aos clientes internados em estado crítico ou prognóstico reservado, cumprindo a utilização de equipamento individual de proteção e a desinfeção e lavagem das mãos nas situações adequadas. Como no caso de em plena pandemia, ter uma cliente em situação de mal epilético onde houve uma discussão multidisciplinar sobre o caso e se promoveu as visitas dos familiares, inclusive no momento do seu falecimento, em que era tudo o que a família mais nos pedia e sabemos que contribuímos para o luto saudável daquela família. Acabou

Decisão de Não Reanimação – Decisão Multidisciplinar

por ser uma situação tão marcante que desenvolvi uma reflexão sobre a mesma e se encontra em apêndice nº4 neste relatório.

Auxiliei o transporte intra-hospitalar do cliente entre os diversos serviços necessários ao seu tratamento como para o Bloco operatório, exames complementares de diagnóstico como TAC, RM, salas de hemodinâmica.

Revi e preparei a mala de transporte de emergência, função do chefe de equipa e enfermeiro especialista.

Revi e atualizei conhecimentos sobre as patologias; estado de mal epilético, insuficiência cardíaca, insuficiência renal; sépsis; insuficiência respiratória; pancreatite aguda; hematoma subdural e subaracnoídeo, cirurgias como cardíaca, urológica, geral como pancreatectomia, esplenectomia, colectomia e sobre a cirurgia neurológica.

De forma a desenvolver a o tema “Importância da discussão multidisciplinar na decisão de não reanimação”, foi realizado um questionário e com o intuito de ser desenvolvido o tema numa apresentação *powerpoint* à equipa. No entanto, e por necessitar de validação da chefia do serviço para divulgação do mesmo à equipa, não houve resposta atempada durante o tempo de permanência neste local de estágio. Tinha como objetivo a interação do tema e discussão da importância entre a equipa de enfermagem sobre o seu papel ativo como equipa multidisciplinar nos cuidados à pessoa em situação crítica no momento de decisão de DNR.

O desenvolvimento, pelo enfermeiro, de um processo de comunicação facilitador dos cuidados prestados é imperativo, adequando as características do doente à sua situação e decisão autónoma e ponderada e esclarecida, assumindo relevância para este conseguia superar as limitações e tornar-se um parceiro nos cuidados que lhe são prestados, desempenhando assim, um papel mais ativo na recuperação ou na decisão que considerar melhor para si mesmo.

Assim e com o que aqui especifiquei, considero que desenvolvi competências específicas em EEMC ao nível da gestão, conseguir reagir perante situações inesperadas, imprevistas e complexas; desenvolvi diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde e sensibilidades associadas; tomada de decisão fundamentada, atendendo às melhores evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas; o respeito e a sensibilidade na vulnerabilidade na

saúde e na doença; reflexão sobre a prática profissional; desenvolvi a iniciativa e criatividade nos cuidados sempre que possível e necessário.

Este novo olhar sobre aquilo que me rodeia permitiu-me o desenvolvimento de competências a nível da comunicação e na relação interpessoal e constitui-se essencial na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico e família que acabem com as limitações e barreiras no amplo processo de comunicação e na gestão dos sentimentos de parte-a-parte.

• ***Aprofundar conhecimentos teórico-práticos sobre a pessoa exposta a ventilação mecânica invasiva***

O doente crítico internado no serviço de medicina intensiva está com frequência conectado a ventilação invasiva, monitorização hemodinâmica e com presença de sedoanalgesia e indutores do sono de forma a promover a recuperação das suas funções vitais através da diminuição do seu estado de consciência.

Colocada esta situação, a atualização de conhecimentos específicos nesta área foi, sem dúvida, um dos objetivos que fiz questão que estivesse presente e sendo a unidade tão rica neste conhecimento não podia haver melhor local para tal.

Neste sentido, desenvolvi competências relacionadas com a intubação orotraqueal e extubação, parâmetros ventilatórios, modalidades ventilatórias, vantagens e complicações associadas à ventilação mecânica invasiva, recrutamento alveolar e desmame ventilatório. A equipa de enfermagem e médica tiveram um papel muito importante neste meu objetivo, porque, muito para além da perceção teórica que se tenha, só a prática e a experiência é que nos fazem desenvolver a perícia e o controlo sobre o que fazemos.

Quando se reduz ou suspende a sedação, o doente, por norma, recupera a consciência, percecionando que se encontra num ambiente que lhe é estranho, rodeado de pessoas que não reconhece e de muita tecnologia, não tendo, na maioria das vezes, lembrança do que propiciou o agravamento da sua condição de saúde. O doente experiencia diversos sentimentos como ansiedade, confusão, insegurança e medo face ao desconhecido e daí a importância de ter um profissional que consiga estar presente e com calma lhe explique tudo o que aconteceu e o reorienta ensinando em como lidar com a sua condição atual.

Ao adquirir e consolidar este conhecimento veio possibilitar-me uma maior preparação para exercer as competências específicas especializadas na área de MC, tendo ganhos ao nível da vigilância do doente, a identificação e hierarquização precoce dos problemas vigentes, a resposta de enfermagem dirigida e adequada à instabilidade e complicações observadas, como a otimização do tubo endotraqueal, fuga no *cuff* do tubo endotraqueal, a instabilidade ventilatória na alternância de decúbitos, aspiração de secreções brônquicas que dificultavam a ação da ventilação mecânica do doente.

Em relação às competências específicas em enfermagem MC, neste objetivo consegui desenvolver: “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”; “Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos”; “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.”; “Implementa as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados”; “Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença aguda ou crónica e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.”

• *Aprofundar conhecimentos teórico-práticas em técnicas dialíticas*

Neste objetivo específico queria aprofundar os conhecimentos teórico-práticos em técnicas dialíticas, tornando-me mais autónoma em todo o processo. Assim defini que reveria a fisiopatologia renal, conhecer e aplicar os princípios físicos da hemodialise; conhecer as técnicas hemodialíticas; perceber os métodos de punção para a realização da técnica e conhecer, saber preparar e saber intervir aquando da utilização do monitor e máquina de dialise.

A lesão renal aguda em Cuidados Intensivos é um problema clínico frequente, que aumenta consideravelmente a mortalidade e faz habitualmente parte de uma falência multiorgânica.

Assim, em contexto de internamento de UCI é amplamente utilizada, tanto nas técnicas dialíticas típicas como nas suas vertentes híbridas de hemofiltração, hemodiafiltração e de técnicas como a plasmaferese.

Desde o início do estágio, consegui que a equipa colaborasse comigo neste objetivo deixando-me observar as intervenções do enfermeiro na preparação, durante e no pós diálise e na monitorização do doente. A minha principal dificuldade depreendia-se com o decorrer das técnicas quando se registavam contratempos em alguns doentes que a equipa de enfermagem e médica tiveram que saber gerir e que muito tinham a ver com a sobrecarga do doente ou pela instabilidade hemodinâmica que acontece por vezes no doente típico numa unidade de cuidados intensivos sob técnicas de substituição renal, corrigindo com terapêutica, posicionamento do doente, inversão de lumens do cateter ou mesmo à suspensão da técnica quando esta não é suportada.

Com o tempo, fui sabendo conectar o sistema de diálise aos diferentes meios de a realizar, consegui ter a experiência por cateter de curta/longa duração (puncionado previamente no doente) e em doentes dialisados crónicos, na FAV (Fistula arterio-venosa).

No entanto, senti que consegui evoluir e contruir um pensamento reflexivo, orientado e crítico que me ajudaram a ficar mais autónoma e encarregue das mesmas e sob a monitorização e intervenção consoante a necessidade, sob acompanhamento dos enfermeiros responsáveis pelo doente sob técnica dialítica, para maior segurança daquilo que realizava.

Acompanhei a minha orientadora enquanto enfermeira chefe de equipa, permitindo-me complementar a aprendizagem realizada. Nesse sentido, identifiquei algumas atividades e competências da responsabilidade do enfermeiro chefe de equipa, pois permitiram o desenvolvimento de competências importantes do enfermeiro especialista: supervisão, gestão dos cuidados e resolução de problemas. O enfermeiro chefe de equipa é o elo de ligação durante o turno com o enfermeiro chefe, transmitindo as suas preocupações e as da equipa, da mesma forma, transmite a informação fornecida pelo Enfermeiro chefe à equipa de enfermagem, ficando responsável pela execução das orientações por este dadas; confere stock de estupefacientes uma vez turno, ficando responsável pelo seu pedido à farmácia se necessário; faz a distribuição dos enfermeiros pelos clientes internados, adequando-os às necessidades da equipa, dos doentes e da unidade.

As competências específicas adquiridas passam por: “Gere os processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.”; “Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à

administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação”; “Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação.”

2.3 Programa ERAS®

Num total de 40h presenciadas a acompanhar a enfermeira responsável pela implementação do programa ERAS, consegui entender e vivenciar o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro de referência.

Segundo Mendes, Ferrito, Gonçalves (2018), o programa Enhanced Recovery After Surgery® (ERAS®) descreve os cuidados peri operatórios e contempla um conjunto de *guidelines* baseadas na evidência com uma abordagem multimodal associada às áreas de Cirurgia, Anestesia, Enfermagem e Nutrição. Dessa forma, o seu processo de implementação pressupõe uma abordagem multidisciplinar coordenada, que tem também como novidade uma participação mais ativa do cliente no seu processo de recuperação, transitando do conceito *sick patient* para o conceito *empowered patient*. Abrangem o período pré-operatório, o intraoperatório e o pós-operatório em diferentes áreas cirúrgicas.

Apesar de existir o programa para diversas áreas de intervenção clínica (urologia, ginecologia, ortopedia, cardíaca, torácica, etc.), ainda só se desenvolve nas áreas cirúrgicas colo-retal, pâncreas e fígado.

Acompanhei a Enfermeira que é responsável pela implementação do programa no hospital da luz nas suas funções ao longo da semana. A mesma descreveu-me todas as suas rotinas e responsabilidades que complementei com pesquisa autónoma sobre o tema.

No período pré-operatório, o foco é no ensino ao cliente, na avaliação e otimização de comorbidades, na redução do jejum antes da cirurgia e na ausência da preparação intestinal (Mendes, Ferrito, Gonçalves; 2018).

Assim, os clientes referenciados para cirurgia colorretal, pancreática ou hepática tem uma consulta pré cirúrgica de enfermagem onde são apresentados todos os passos e os cuidados a ter e o *empowerment* e capacitação do doente ao longo de todo o processo. Nas ocasiões em que pude assistir às consultas, pude observar a forma positiva como a

informação e os ensinamentos eram recebidos pelos pacientes e a vontade de participarem em todo o processo com ótima receptividade, referindo que se sentem mais tranquilos e psicologicamente preparados e mais esclarecidos.

No período intraoperatório, pretende-se a prevalência de laparoscopia como técnica cirúrgica, a gestão equilibrada dos fluidos endovenosos, a manutenção da temperatura e a ausência de sonda nasogástrica e drenos quando possível. Para isto existe uma equipa multidisciplinar focada e treinada e com as *guidelines* presentes para que haja o acompanhamento do programa (enfermeiros, anestesistas, cirurgiões).

No período pós-operatório, a mobilização precoce, a reintrodução precoce da alimentação via oral, a eliminação da administração de opioides e a gestão adequada de sintomas, como náuseas e vômitos são o foco da equipa de cuidados.

Assim, são implementados protocolos adaptados à realidade do hospital, por forma a dar resposta às necessidades dos clientes, a promover um controle adequado dos sintomas; a promover o bem-estar ao longo do processo cirúrgico e a capacitá-los para o autocuidado no período pós-operatório e à maior autonomia possível. Muitos destes doentes passam pela unidade de cuidados intensivos pela própria cirurgia major que é realizada, mas também para uma maior monitorização destes sintomas e implementação correta do programa nas primeiras horas de cuidados pré-operatórios. Durante o período de internamento, quer seja mais curto ou mais duradouro, o enfermeiro ERAS, acompanha com visitas regulares e experimenta os medos, ansiedades, as dificuldades, as dúvidas da pessoa mas também auxilia a equipa de cuidados no cumprimento do programa, no conhecimento das preferências do cliente, no seguimento dos progressos clínicos ou na regressão dos mesmos.

Após a alta clínica do doente da instituição de saúde, existe um *follow up* telefónico ou via mail por parte do enfermeiro de forma a saber como está a pessoa, se as melhorias da sua condição se mantêm, de triagem despistando algum problema, manutenção da atividade de vida diária, da alimentação.

Este enfermeiro tem ainda a função de formar os diversos profissionais que interagem com os clientes que entram neste programa e auditar os processos clínicos em todos os períodos do peri-operatório e introduzir os dados anónimos na plataforma internacional do programa, onde no fim, se avalia a *compliance* das intervenções registadas e os ganhos em saúde da implementação do ERAS®. Estes dados servirão também como dados estatísticos.

Decisão de Não Reanimação – Decisão Multidisciplinar

Ao fim destas 40h de estágio, que foram muito mais do que aquilo que esperava, houve a percepção clara da importância do Enfermeiro neste projeto cirúrgico como elemento de cuidados, mas também como “elemento gestor” de equipa, na medida em que é o mesmo que interliga todos os elementos da equipa multidisciplinar: Enfermeiros, anestesistas, cirurgiões, nutricionistas e articula também, consoante as necessidades do paciente, com os fisioterapeutas e psicólogos e outros profissionais de forma a manter e promover o bem estar de todos mas essencialmente da pessoa submetida ao tratamento. Muitas também foram as situações observadas que durante as visitas diárias aos doentes internados que eram despistadas novos problemas e queixas dos próprios que facilmente eram resolvidas por este elemento.

Assim neste período de estágio consegui acompanhar todo o processo, consulta pré-operatória, a interligação da informação inter-profissionais, o período de visitas em regime de internamento e o follow-up telefónico.

Consegui perceber a importância de adquirir competências que permitam ao enfermeiro especialista gerir todo este processo levando comigo muitas valências ao nível da observação, comunicação interdisciplinar e terapêutica, gestão e responsabilidade, perante as competências específicas de EEMC, desenvolvi: “exerce supervisão do exercício profissional na sua área de especialização”; “realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização”; “zela pelos cuidados na sua área de especialização”; “promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”; “lidera equipas de prestação de cuidados especializadas na sua área de especialização”; “demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”; “toma iniciativa e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização.”

2.4 Serviço de Hemodinâmica

A cardiologia clínica esta vocacionada para uma abordagem global das doenças cardiovasculares, dedicando-se ao estudo da patologia cardíaca através de técnicas específicas.

O estágio no contexto do serviço de hemodinâmica teve um total de 40h e insere-se num centro de cardiologia clínica que se dedica desde as consultas em ambulatório até aos

exames complementares de diagnóstico tais como Mapa 24h, RM cardíaca e função ventricular, *Tilt Test e Training*, ECG em repouso ou com prova de esforço, angiografias, cintigrafias, ecografias, até aos procedimentos específicos, neste último, onde os enfermeiros têm maior campo de ação.

Assim, a Unidade de Hemodinâmica, está vocacionada fundamentalmente para o diagnóstico e tratamento da doença coronária, valvular, congénita e arterial periférica.

Na Unidade de Hemodinâmica são realizados os procedimentos mais recentes na área da cardiologia de intervenção, nomeadamente na angioplastia coronária, em doentes estáveis ou instáveis. Este tipo de procedimento é hoje o tratamento preferencial no enfarte agudo do miocárdio por exemplo.

Em termos de aritmologia, a unidade de hemodinâmica dedica-se ao tratamento de arritmias, especializando-se mais na ablação de fibrilhação auricular. A colocação de pacemakers e de cardioversores desfibriladores implantáveis, encontra-se também entre os procedimentos de realização corrente neste local clínico.

Durante o período de observação neste local de estágio, acompanhei os profissionais peritos no recobro desta unidade onde é realizada a entrada para os procedimentos, explicado o tipo de exame ou tratamento que fará, anamnese do paciente, puncionando um acesso venoso periférico e mais tarde encaminhado para a sala de tratamento correspondente – sala de hemodinâmica ou sala de aritmologia. Após o procedimento estes pacientes voltavam ao recobro onde ficavam em vigilância até terem alta (em caso de ambulatório) ou a aguardar que os respetivos internamentos procedessem à transferência interna.

Tive a oportunidade de acompanhar tratamentos em ambas as salas. Na sala de hemodinâmica, angioplastias coronárias programadas (não urgentes) diagnósticas ou terapêuticas e na sala de aritmologia colocação de pacemakers e cardioversores e ablações de fibrilhações auriculares.

Sendo esta uma unidade que recebe doentes da unidade de cuidados intensivos para tratamentos específicos ou diretamente do serviço de urgência e posteriormente transfere para a unidade de cuidados intensivos para uma maior vigilância e continuação de cuidados específicos, a importância para este estágio foi vital para entender o circuito, os tratamentos como as angioplastias, coronariografias que são tão comuns. Este

desenvolvimento amplo de conhecimento e competências permitiu-me ganhar uma dimensão específica e melhorar os meus cuidados como profissional na área, mas também como futura enfermeira especialista, na medida em que mais conhecimento teórico-prático é efetivamente uma ferramenta para a excelência dos cuidados, ganhos em saúde para o doente e para a dignificação da própria profissão que passa a ter enfermeiros mais capacitados com leque de conhecimentos que podem ser transpostos para diversos cenários e expandido para outros colegas enfermeiros.

As competências específicas desenvolvidas foram: “Gere os processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”; “gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação”; “Implementa as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados.”

2.5 Bloco Operatório

O estágio em Bloco operatório estando no seguimento das 360h em cuidados intensivos, sendo-lhe dedicadas 100h, defini como objetivos específicos conhecer e vivenciar as funções do enfermeiro circulante, anestesista e instrumentista e complementar o estágio de cuidados intensivos acompanhando cirurgias major e o doente crítico que por necessidade de maior vigilância é transferido depois para o SMI.

O Bloco operatório do contexto escolhido é um bloco polivalente, intervencionando em todas as áreas de especialidade cirúrgica. É constituído por 12 salas operatórias, sendo que uma delas está reservada à cirurgia robótica, equipada com Da Vinci XI, intervencionando nas áreas de urologia, ginecologia, cirurgia geral e cirurgia cardíaca, e cirurgia torácica, distinguindo-se na cirurgia minimamente invasiva.

Sendo um bloco operatório polivalente, recebe cirurgias de urgência com clientes vindos do atendimento médico permanente, das enfermarias ou da unidade de cuidados intensivos. Se, por outro lado, as cirurgias forem programadas, sendo este o maior volume de acontecimentos, podem vir de clientes internados no próprio dia da cirurgia vindos da cirurgia de ambulatório ou das enfermarias.

Neste período de aprendizagem, assisti a cirurgias major com doentes representativos de cuidados intensivos tais como, neurocirurgias como craniotomias para excisão de tumores, pancreatectomia, toracoscopia via robótica, segmentectomia pulmonar, RTUP via robótica, substituição de válvula aórtica, substituição de válvula mitral, esplenectomia, colecistectomia.

Houve, da minha parte, capacidade de adaptação as funções que de início me iam dando e ao ambiente em si, da parte da equipa houve desde início um bem receber que me deixou à vontade para explorar e fazer todas as questões de forma a presenciar a experiência em pleno.

Correspondendo ao objetivo específico, consegui entender as funções desempenhadas pelos enfermeiros intra bloco, desde a organização multidisciplinar, a distribuição dos mesmos pelos postos de trabalho, que é feito no dia anterior, de forma a cada elemento saber desde logo a que especialidade e sala operatória onde fica distribuído e até em que função se dispõe (instrumentista, circulante ou anestesista), distribuído pela Sra. En^ª Chefe de serviço.

Dentro de cada sala operatória consegui distinguir as funções do enfermeiro circulante, anestesista e instrumentista e à medida que me senti mais confiante consegui passar pelas três funções sob orientação da enfermeira que acompanhava.

Segundo a OE (2004), o bloco operatório é uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde, pela especificidade da natureza dos cuidados aí desenvolvidos, se concentram riscos de variada ordem, tornando a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico em funções centrais desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto peri-operatório.

“O enfermeiro circulante é o profissional de enfermagem que, no desempenho das suas competências, tem como foco de atenção as necessidades do doente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções, incluindo em situações de emergência ou de limite” (OE, 2004).

Assim, identifiquei que o enfermeiro circulante era o membro da equipa que se encarregava da identificação das necessidades do doente em todo o contexto peri-operatório, acabava por ser o enfermeiro gestor da sala, assegurando que nada faltava para a excelência dos cuidados, segurança e necessidades do doente e equipa e funcionalmente

dependentes, é quem planeia, organiza, delega e comunica coordenando todas as atividades. Tinha ainda a função de controlo de tempo para que se maximizem os recursos de material e gestão de recursos humanos. Na sala operatória, assegurava-se do funcionamento correto dos materiais necessários antes da cirurgia.

Refliço que a função deste enfermeiro é importantíssima para o sucesso cirúrgico e que deve ser um enfermeiro experiente/perito a ocupar o cargo, muitas vezes, e pela especificidade dos outros dois cargos dentro da sala cirúrgica (anestesista e instrumentista) é dada a função a enfermeiros menos experientes notando-se diferença no decorrer da cirurgia pela falta de capacidade de olhar o cenário como um todo e na antecipação do problema.

Enquanto enfermeiro anestésista tem uma função privilegiada no contacto com o doente, recebendo-o e acolhendo-o, a forma como o faz é decisiva para a diminuição da ansiedade que está sempre presente pela posição de vulnerabilidade existente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002, s.p.), define vulnerabilidade como “grau incapacidade de uma população, pessoa ou organização para antecipar, enfrentar, resistir e recuperar do impacto de doenças/acidentes”. Assim, este enfermeiro tem a função de diminuir o impacto cirúrgico no doente, diminuindo o medo associado ao procedimento.

Esta função exerce funções em complementação com o médico anestésista colaborando na vigilância hemodinâmica, intubação orotraqueal, extubação orotraqueal e preparação de protocolos terapêuticos complexos.

Quando tive a possibilidade de auxiliar na instrumentação percebi a exigência da função, pelo *knowhow* que tem de ser sobre a técnica cirúrgica, conhecimento da doença, dos instrumentos específicos de cada cirurgia, capacidade empática para lidar com os desafios interdisciplinares.

Após a cirurgia, com a equipa intraoperatória procedemos também à transferência intra-hospitalar do paciente para a unidade de cuidados intensivos, ficando mais tarde responsável pela transmissão da informação de saúde da pessoa intervencionada.

No entanto e apesar de toda a felicidade que foi ter a oportunidade de passar pelas funções com tanta exigência a maior surpresa foi observar a exigência da competência de gestão que os enfermeiros especialistas, peritos e chefes de equipa têm na organização do bloco operatório.

Não ia focada em desenvolver este tipo de competência, mas foi um dos locais onde a mesma é mais importante. A difícil interação entre os pares e a organização multidisciplinar, o saber articular e negociar entre as diversas partes foi talvez o que melhor experiência que tive, fazendo-me crescer e adquirir competências que não pensava encontrar ou procurar neste ambiente de estágio.

Constatei a necessidade do enfermeiro chefe e do segundo elemento do serviço gerir o número de enfermeiros para o turno, assegurar as vagas em internamento para os doentes que não a tenham assegurada no momento da cirurgia, distribuir os profissionais pelas salas operatórias em funcionamento nesse dia e conforme as especialidades, segundo as necessidades reais do serviço e por vezes a existência de cirurgias urgentes que não estaria, à partida planeadas, de forma a assegurar as dotações mínimas e seguras para a prestação de cuidados.

Adquiri a consciência que a organização de um serviço extremamente grande necessita e na gestão de pessoas e material que neste contexto não pode faltar. Assim existem circuitos complexos, para cada área cirúrgica existe um enfermeiro responsável que constrói, atualiza e acrescenta material aos cestos cirúrgicos, conforme as *guidelines* cirúrgicas e a sua experiência e opinião multidisciplinar, para que, os auxiliares responsáveis pelo armazém de consumo, construam antecipadamente as caixas de material correspondentes para cada tipo de cirurgia para todo o dia cirúrgico.

Enquanto profissional refleti na otimização da prática de cuidados antecipada e em situações críticas sempre sob discussão com a enfermeira orientadora baseada em evidencia científica. Sinto que contribui para a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro para a equipa de profissionais e doente sempre com uma atitude crítica e construtiva que foi, decididamente, bem aceite por todas as partes.

As competências neste campo de estágio, foram assim muito mais além do esperado ou até do que tinha sido programado por mim: “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”; “Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos”; “Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”; “Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência

orgânica”; “Identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”; “Concebe planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”; “Implementa as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados”; “Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação”

A possibilidade de poder dividir o tempo de contexto clínico desta unidade curricular (360h) em diversos ambientes e serviços em que se complementam e sintetizam os cuidados ao doente crítico no âmbito de cuidados intensivos só trouxe vantagens a nível pessoal, profissional e de aprendizagem, podendo facilmente observar e trabalhar a temática desenvolvida no 1º capítulo. Desde os cuidados diretos à pessoa, as diversas técnicas específicas, à interação da equipa multidisciplinar, à forma como comunicam; aos procedimentos e cirurgia ou procedimento major aplicados à pessoa que necessitará de cuidados com maior nível de vigilância hemodinâmica, entender a importância do enfermeiro num contexto privilegiado com o doente e a forma como o prepara e lhe dá as ferramentas necessárias para ser parte integrante de todo o processo; tudo isto foi muito mais do que eram as expectativas iniciais, a forma como os estágios se acabaram por se completar e unir como era a ideia inicial deu-me todas as ferramentas que precisava para adquirir as competências propostas.

Dada a descrição anterior das competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em seguida, reflete-se sobre as competências de mestre adquiridas ao longo do 13º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, regulamentados pela Ordem dos Enfermeiros e presente no documento oficial da UCP “Guia Estágio Final e relatório” (anexo nº1)

Espera-se do mestrando, um nível adequado de desenvolvimento das competências específicas nesta área de especialização.

Ao longo de todo o processo foi imperativo reconhecer os conhecimentos que já dominava e aplicá-los em novos problemas e contextos, de forma a poder aprofundá-los e dirigi-los para um novo saber, mais geral ou mais específico, como por exemplo realizar técnicas em contextos limite ou em que as condições não seriam as ideais, como entubações, algaliações, medicação endovenosa na rua à chuva ou em condições adversas, onde acabou por se adquirir experiências e capacidade de adaptação e criatividade para competências técnicas-teóricas já existentes.

De acordo com o REPE (OE, 2015), os cuidados de enfermagem, no âmbito das suas qualificações profissionais, incluem intervenções autónomas ou interdependentes. Assim, é necessário trabalhar numa equipa multiprofissional e interdisciplinar porque a pessoa em situação crítica tem múltiplos focos a ter em conta e para o sucesso e recuperação da mesma, é necessário que exista cooperação dos diversos profissionais de saúde, de forma a reconhecer a situação de forma holística.

O Mestrado em Enfermagem em Médico-cirúrgica, é, por si só, um vasto campo de aprendizagem, onde, ao expormo-nos ao problema com capacidade de iniciativa e criatividade podemos facilmente interpretar e resolver as situações vigentes e ao longo dos estágios, que com a atualização do conhecimento teórico que nos foi facultado facilitou a aprendizagem e nos confirmou a necessidade de interiorização e preparação para tomar decisões relevantes baseadas numa prática fundamentada incorporando resultados de investigação válidos mas também com a noção de uma responsabilidade ética-legal e social.

O mestrado trouxe-me a responsabilidade de, não só, procurar investigar temas que seriam importantes e complementariam, no contexto do desenvolvimento do estágio, os meus conhecimentos ou a falta dos mesmos, mas também, na minha área de especialização, participar e contribuir para o alargar de conhecimento e a partilha do mesmo. Em relação à existência e gestão de questões complexas, estar melhor preparada teoricamente, tecnicamente contando também com a experiência ao longo do tempo de estagio, acabou por ser determinante na procura e solução de problemas e na emissão de juízos em contextos nos quais apresentava informação limitada ou incompleta, como no caso do estagio da SIV onde a abordagem era realizada a leigos e onde, de longe, não tínhamos a informação necessária para conseguir cuidar a vitima e em que tínhamos de arranjar estratégias facilitadoras do processo de forma a sabermos exatamente o que fazer.

Ao acompanhar os Srs. Enfermeiros orientadores, chefes de equipa e especialistas em EMC fez-me desenvolver mais a minha reflexão sobre as implicações dos atos que se praticam e da responsabilidade adquirida das funções que nos são confiadas, bem como na responsabilidade ética e social que tem de existir sobre as situações que as tentem condicionar.

A capacidade para aplicar os princípios, os valores e os deveres profissionais assim como as normas legais que regulam o exercício da enfermagem já tem de ser um dever de qualquer Enfermeiro disposto no REPE, mas a minha perceção daquilo que era a sua aplicação aumentou exponencialmente durante todo o processo ao acompanhar enfermeiros com mais experiência e facilidade em transpor estes valores para o contexto prático, defendendo de forma segura o cumprimento de normas institucionais e de qualidade.

O enfermeiro EEMC é aquele que não só procura a gerir os cuidados aos seus pacientes mas que na sua globalidade, tem a capacidade de incluir nessa gestão a articulação com outros profissionais distinguindo-se neste sentido; tendo a possibilidade de acompanhar enfermeiros chefes de equipa e peritos consegui adquirir este novo olhar global conseguindo aplica-lo na prática, tendo não só a noção de tudo o que acontece com os meus pacientes, como com o resto da unidade, trabalhando a gestão da mesma, dos seus recursos materiais e humanos; balanceando as suas necessidades e a dos profissionais que em equipa trabalho.

O Enfermeiro Especialista é aquele que assume, portanto, um papel de consultor e mediador, entre a equipa de saúde, doente e família e, se necessário, mobilizador de algumas estratégias, no sentido de proporcionar a adequada estabilidade para a melhoria da qualidade de vida daquele doente e família, mas também de toda a equipa de cuidados.

Assim e em conclusão, o mais importante e valorizável nas competências de mestrado e nas competências do EEEMC é a sua própria capacidade de autoavaliação, no sentido em que o crescimento pessoal e profissional se dá quando há um desenvolvimento em nós mesmos e melhoramos a nossa prática através da reflexão e de uma continuada atualização científica e partilha da mesma com os nossos pares.

Desta forma, assumo que atingi as competências de Mestre específicas propostas pela OE e UCP para o Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, demonstrando simultaneamente

o desenvolvimento de competências preconizadas para o 2º ciclo de estudos em enfermagem.

A realização do estágio constituiu-se uma etapa essencial para que o enfermeiro especialista, através da prática clínica, desenvolvendo-se conhecimentos e adquirindo-se competências especializadas numa área específica de cuidados, neste caso, cuidados à pessoa em situação crítica.

Neste capítulo descreveu-se as atividades realizadas e os objetivos anteriormente delineados que contribuíram para aquisição de competências de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica e do Enfermeiro Especialista na área à Pessoa em Situação Crítica.

3. CONCLUSÕES

O desenvolvimento do relatório fez com que assimilasse o conhecimento adquirido ao longo de todo o processo, contribuindo para a aquisição de competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e à sua síntese.

A prática clínica que o Mestrado em Enfermagem com Especialização em Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em contexto de urgência e cuidados intensivos, potencializou o desenvolvimento profissional, científico, prático, ético e relacional. Durante a prática clínica foram vivenciadas situações de elevada complexidade e vulnerabilidade da pessoa que necessitava de cuidados e da sua família, onde houve obrigatoriamente um desenvolvimento pessoal, profissional e humano que permitiu também pensamento crítico e me levou a uma praxis especializada naquilo que foram os cuidados de enfermagem prestados.

A comunicação como via a obtenção de objetivos específicos, informação para uma anamnese completa ou apenas e tão importante empatia nos cuidados, fortalecendo a relação profissional/família/pessoa, mas também a relação e comunicação inter-equipa foi exponencialmente desenvolvida.

A perceção global, a compreensão daqueles que nos rodeiam, gestão de equipa e de situações complexas foi também uma área muito trabalhada e desenvolvida por mim e que muito gostei de aprimorar.

Foram também dispostas as várias dimensões que integram a prática de cuidados especializados e com estes podem melhorar os cuidados de enfermagem prestados. O enfermeiro especialista tem a responsabilidade acrescida, do ponto de vista de ser perito, integrando “diferentes saberes provenientes tanto da sua vida pessoal quanto da sua formação e da sua experiência profissional (Hesbeen, 2001).

Assim, e de forma a dar resposta ao que a OE (2018) dispõe no Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, neste relatório foi realizada a descrição dos objetivos idealizados para as atingir essas metas e as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios clínicos.

Com a mesma importância, foram vivenciados casos reais quanto à revisão da literatura (capítulo 1), realizada sobre a Decisão de não reanimação e tudo o que a mesma envolve, sendo um tema pertinente, presente e transversal ao longo de todo o relatório. Os trabalhos desenvolvidos em contexto de cada estágio também deram respostas a dúvidas na atuação da prática e na sua melhoria (capítulo 3) e sempre com os regulamentos das competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (anexo nº2).

Positivamente, destaco deste relatório, a união entre a descrição das atividades e os casos ocorridos; as competências adquiridas específicas em EEMC com a contextualização da temática escolhida para desenvolver e a capacidade que houve de desenvolver a temática em cuidados intensivos vivenciando algumas situações onde se colocava a decisão de DNR, percebendo como a equipa dinamizava, ou não, a problemática.

Em relação a pontos menos positivos, ocorridos durante todo o processo, destaco a suspensão momentânea do estágio de SIV, dado o estado de emergência convocado, acabou por quebrar o ritmo de trabalho, envolvimento e de aprendizagem; não poder apresentar a pesquisa que fiz sobre a síndrome maligna dos neurolépticos pelo mesmo motivo; Em relação ao estágio no SMI, a ausência de resposta à aceitação do questionário sobre a DNR e aplicação do mesmo na equipa de enfermagem, dada a exigência sentida e à reestruturação do serviço neste período, fez com que não houvesse disponibilidade da chefia do serviço para analisar em tempo útil a proposta.

Este relatório serviu de veículo de reflexão sobre todo este percurso e que tanto me enriqueceu, dando-me experiência e competências para melhorar a minha praxis, bem como o desenvolvimento do pensamento reflexivo contínuo sobre a prática dos cuidados e a forma de antecipar para me capacitar e gerir o meio envolvente, identificando precocemente situações e resolução de problemas/constrangimentos.

O tema que trouxe e que me acompanhou em todo o processo, “Decisão de não reanimação como decisão multidisciplinar”, fez com que, ao implementar em contexto de cuidados

intensivos, trouxesse à própria unidade e aos colegas de profissão, mas não só, uma nova visão de trabalho multidisciplinar e como será fácil de aplicar se todos estiverem dispostos a melhorar a prática em prol da pessoa que a todos é comum nos cuidados de saúde a prestar.

É de referir que existem Enfermeiros que sentem que a sua voz/ideia/experiência não é ouvida ou tida em conta, mas dada a sua proximidade com a pessoa e a sua família, os enfermeiros têm um papel importante na tomada de decisões no final da vida, nomeadamente, na DNR.

É necessário um trabalho de consciencialização quanto à importância da participação do enfermeiro, juntamente com a equipa multiprofissional, na tomada de decisão sobre a DNR, visto que este tem competência técnica, científica e ética, utilizando na sua prática profissional, a racionalidade e a sensibilidade, de modo a proporcionar um cuidado humanizado, ético e solidário.

Bem como, os serviços e as organizações de saúde podem beneficiar da participação dos enfermeiros nas decisões de fim de vida, nomeadamente na DNR, possibilitando a construção de uma cultura organizacional onde a interdependência e a decisão compartilhada são valorizadas, onde as diferenças morais são abordadas e o diálogo encorajado, fornecendo a melhor atenção possível à pessoa em fim de vida/situação crítica e à sua família. É de extrema importância a colaboração dos enfermeiros na DNR, possibilitando a consciencialização e a melhoria da implementação da DNR, uma vez que uma boa comunicação enfermeiro/médico pressupõe um maior grau de tranquilidade e transcendência.

Considero e finalizo dizendo que ao desenvolver e realizar este percurso, sinto que foi extremamente enriquecedor para todas as vertentes da minha vida, seja pessoal como profissional, ultrapassando as expectativas iniciais. Assumo e considero que atingi competências específicas propostas pela OE (2018) para o enfermeiro especialista em enfermagem em doente crítico e as competências destinadas para o 2º ciclo de estudos em enfermagem, estando preparada para cuidar e prestar cuidados de enfermagem, agora especializados, à pessoa em situação crítica, possuindo finalmente, as competências teórica-técnicas-humanas necessárias, mas também sabendo que o caminho na ciência não para por aqui, e que, amanhã haverá novamente algo novo para aprender e onde me aventurar, porque o conhecimento, esse, nunca se esgota.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) ABU-GHORI, Ik., [et al] - Nurses' involvement in end-of-life care of patients after a do not resuscitate decision on general medical units in Saudi Arabia. *Intensive and Critical Care Nursing*, In **Intensive and Critical Care Nursing** 2016(33), 21-29 doi:10.1016/j.iccn.2015.10.002.
- 2) ALFARO-LE FEVRE, Rosalinda; **Pensamento Crítico em Enfermagem: Um Enfoque Prático**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- 3) ALVES, Maria Manuela Ribeiro – Fim de vida em cuidados intensivos: a(s) prática(s) dos profissionais de saúde. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2015.
- 4) Araújo, Manuel Silva, Araújo Rui. – Ordem para não ressuscitar. In: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Tempo de vida e tempo de morte. Lisboa: Conselho de Ministros; 2001, p.157-61.
- 5) ASSUNÇÃO, Maria Helena; FERREIRA, Maria Inês; LUCAS, Isabel. – O Contributo do Enfermeiro na Decisão da Equipa de Saúde de Não Reanimação; Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Área de Ensino de Enfermagem; 2018.
- 6) BERNARD, Jean. – **A Bioética**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994. ISBN 972-9295-76-X.
- 7) BIONDO, Chaiane Amorim; PAES DA SILVA, Maria Júlia; Secco, Ligia Maria Dal – Distanásia, eutanásia e ortotanásia: Percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. *Rev Latino-Am Enfermagem*; 2009; 17: 613-9.
- 8) CARNEIRO, Rui; SIMÕES, Catarina; CARNEIRO, António H - PIIC – Plano Individual e Integrado de Cuidados. *Rev Soc Port Med Interna*. Lisboa. ISSN 0872-671X. Nº 26 (Jun 2019), 147-52.
- 9) CARNEIRO, António H.; CARNEIRO, Rui; SIMÕES, Catarina - Termos e conceitos na relação clínica. *Rev Soc Port Med Interna*. Lisboa. Nº25 (jul-set 2018), 157-64.

- 10) CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA, 1995 - **Parecer sobre Questões éticas na distribuição e utilização de recursos para a saúde**. 1995.
- 11) CONSELHO JURISDICIONAL DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008 – **Parecer CJ – 44/2008 Ordem Para Não Reanimar**; 2008.
- 12) FRANÇA, Daniela; REGO, Guilhermina; NUNES, Rui. – Ordem de não reanimar o doente terminal: Dilemas éticos dos enfermeiros. *Revista de Bioética*. Vol.18, nº2 (2010).
- 13) GRACIA, Diego - Ethical case deliberation and decision making. *Med Health Care Philosophy*. Madrid. Vol 6, Nº14 (2003).
- 14) GRACIA, Diego - La Deliberación como método de la Ética. In PATRÃO, Maria do Céu - *Ética dos fundamentos à prática*. Edições 70. Coimbra: Almedina; 2017, pg 145-63 da *Ética Aplicada*.
- 15) GENDT, Cindy [et al.] – Nurses’ involvement in ‘do not resuscitate’ decisions on acute elder care wards. *Journal of Advanced Nursing* 57(4), (2007) 404– 409.
- 16) GURA, Melanie - Considerations in patients with cardiac implantable electronic devices at end of life. *AACN Adv Crit Care*; 26: 356-63; (out 2015).
- 17) HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspetiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7.
- 18) INEM, acessado dia 30/06/2020 às 10h48, através de <https://www.inem.pt/category/inem/o-inem/>.
- 19) INEM, acessado dia 30/06/2020 às 10h48 através de <https://www.inem.pt/2017/05/29/o-que-e-uma-ambulancia-de-suporte-imediato-de-vida-siv/>).
- 20) INEM, acessado dia 30/06/2020 às 10h50 através de <https://www.inem.pt/2017/05/29/ambulancia-se-suporte-imediato-de-vida/>.
- 21) KANT, Immanuel – *Political Writings* (2nd ed., Cambridge Texts in the History of Political Thought) (H. Reiss, Ed.; H. Nisbet, Trans.). Cambridge: Cambridge University Press 1991; doi:10.1017/CBO9780511809620.
- 22) Lei n.º 25/2012, N.º 136, de 16 de julho de 2012 - Regime das diretivas antecipadas de vontade (DAV) - Testamento Vital. Série I, Assembleia Da República, Portugal.

- 23) LUCAS, Julieta – Decisão de Não Reanimar um Doente em Cuidados Intensivos – Vivências dos Enfermeiros. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo; 2012.
- 24) MAYOR, Joana; MAIA, Mário – Decisão de Não Reanimar; Porto: Instituto Abel Salazar; 2012.
- 25) MENDES, Diana; FERRITO, Cândida - Nursing Interventions in the Enhanced; Recovery After Surgery®: Scoping Review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 6):2824-32.
- 26) Decreto-Lei N° 104/98; N° 93/1998 - Ministério da Saúde, Diário da República: Série I-A de 1998-04-21;
- 27) Decreto-Lei nº48/95, Artigo 150º, nº63/1995 - Diário Da República, Série I-A de 1995-03-15.
- 28) Decreto-Lei N° 205/1996 - Ministério da Saúde, Diário da República: Série I-A de 1996-09-04.
- 29) NOGUEIRA, Emília; SANTOS, Tácia; MONTEIRO Thuany – Aspectos Éticos e Legais da Ordem de Não Ressuscitar – Percepção do Enfermeiro. *Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente*. Aracaju, V.3, N.3 (junho 2015), p. 39 – 48.
- 30) NUNES, Rui – Guidelines sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto/Associação Portuguesa de Bioética. Porto. 2008.
- 31) NUNES, Rui – Testamento vital. *Nascer e Crescer – Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, Porto. XXI(4), 2012; 250-255.
- 32) ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento nº.140/2019. Regulamento das competências comuns do Enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série. N° 26; (2019) 4744-4750.
- 33) ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento nº. 429/2018. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. Diário da República, 2.ª série N° 135; (2018), 19359-19370.
- 34) ORDEM DOS ENFERMEIROS – Deontologia Profissional de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2015.
- 35) ORDEM DOS ENFERMEIROS - Orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar. Lisboa. 2007.
- 36) ORDEM DOS ENFERMEIROS - Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante. 2004.

- 37) ORDEM DOS ENFERMEIROS - dezembro de 2001; Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa.
- 38) ORDEM DOS ENFERMEIROS – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE; 2015.
- 39) OLIVEIRA, Elisabete - Participação do enfermeiro no Processo de decisão de não reanimação da pessoa em estado terminal. Lisboa: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 2013. rcaap.openAccess. Tese de mestrado, Cuidados Paliativos, 10451.10155.
- 40) PAPP, Inkeri.; MARKKANEN, Marjatta; VON BONSDORFF, Mikaela. - Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Education Today*, 23(4), (2003), 262–268.
- 41) PRIOR, Tânia – Intencionalidade dos Enfermeiros no Cuidar à Pessoa Em Situação Crítica Com Decisão de Não Reanimar; Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2017.
- 42) QUEIRÓS, Ana Albuquerque - **Ética e Enfermagem**. Lisboa: Quarteto; 2001.
- 43) REBELO, B. et al –Decisão de “Não Reanimar” em Contexto Pré-Hospitalar, Estudo de opinião - Equipa VMER – Unidade Local de Saúde, EPE – Castelo Branco; 2013.
- 44) Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República II Série, nº 35/11 (2011).
- 45) ROMOREN, Maria; PEDERSEN, Reidar; FORDE, Reidun - How do nursing home doctors involve patients and next of kin in end-of-life decisions? A qualitative study from Norway. *BMC Medical Ethics*; 2016, 17: 1-8.
- 46) SAPETA, Paula.; RAMOS, Vânia – Equipa de Emergência Intra-Hospitalar: Processo de Decisão de Não Reanimar; Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco; 2016.
- 47) TRIGUEIRO, Tatiane [et al] – Dilemas Éticos Vividos Pelos Enfermeiros Diante Da Ordem de Não Reanimação; *Cienc Cuid Saúde* 2010.
- 48) TORRES, BATISTA – A ordem de não ressuscitar no Brasil, considerações éticas. *Comun Ciências Saúde*; 19: 343-51; 2008.
- 49) URBAN, C. [et al] –Implicações éticas das ordens de não ressuscitar. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 47(3), (setembro 2001) ;244-248.

50) SOARES, D. - Fim de vida: Limitação do esforço terapêutico. *Nursing*, nº189; 2004.

51) VIEIRA, João; AMARO, Pedro – Considerações Éticas em Situações de Paragem Cardiorrespiratória, A Decisão de Não Reanimar. Beja: Instituto Politécnico de Beja, 2006.

5. APÊNDICES

Numero	Data	Genero	Idade	Motivo Chamada	Sit Real	NEWS CL	NEWS CH	NEWS SH	Protocolos	Intervenções	Terapêutica	Encaminhamento	Transporte	Via Verde
1	16/fev	M		Afogamento	dois individuos pesca ilegal da ameijoia								Polícia	
2		M	86	Convulsão	síndrome febril	2	2	2	Abordagem à vítima febril	monitorização, ECG, punção venosa, administração medicação EV, transporte	soroterapia + paracetamol	SUG S. José	SIV	
3	17/fev	M	55	dor toracica	dor toracica com irradiação MSE, omoplata esq e mento	0	0	0	Abordagem à vítima; dor toracica	Monitorização, ECG, vigilancia, transporte		SUG Sta. Maria	SIV	
4		F	64	dor toracica	dor toracica tipo aperto que aumenta à inspiração	2	2	2	Abordagem à vítima; dor toracica	Monitorização, ECG, vigilancia, transporte, punção venosa	soroterapia	SUG S. José	SIV	
5		F	68	dor toracica	dor toracica tipo aperto que aumenta à inspiração com irradiação dorsal	1	0	0	Abordagem à vítima; dor toracica	Monitorização, ECG, vigilancia, transporte		SUG S. José	SIV	
6	18/fev	F	52	dor toracica	Dor toracica drta. Ansiedade	0	0	0	Abordagem a vítima; dor toracica	Monitorização, ECG, medicação PO, vigilancia, transporte	Diazepan 10mg PO	SUG H. SFX	SIV	
7		M	88	PCR	vitima em PCR	18			via verde PCR	Monitorização, SIV	4 ampolas adrenalina	SIV+VMER S. José +Cruz vermelha	não transportado	PCR
8		F	74	reação alergica	Dispneia, disfonia, HTA	0	0	0	Abordagem à vítima	Monitorização, vigilancia, transporte		SUG HSJ	SIV	
9		M	5	crise asmática	Polipneico com tiragem infracostal em vitima asmatica.	0	0	0	Abordagem à vítima	Monitorização, vigilancia, transporte		H. D.Estefânia	SIV	
10	20/fev	M	26	Trauma torácico	esfaqueamento (7 lesões posteriores e 2 torax não profundas) com arma branca e garrafa (?). Sem sinais de gravidade. Alcoolizado	0	0	0	Abordagem à vítima; trauma	Penso, acesso venoso para soroterapia, monitorização, vigilancia, transporte	soroterapia		SUG HSJ	SIV
11		F	86	vitima inconsciente	vitima caída com aparente vômito ensanguentado escuro	12	6	7	Abordagem à vítima; alteração estado consciencia	monitorização, aspiração de secreções, acesso venoso, entubação nasogástrica, ventilação com máscara laringea, vigilancia, transporte	soroterapia		SUG HSM	SIV
12	26/fev	F	8	Trauma	queda da propria altura, dor dorso-lombar, sem defices motores ou parestesias	0	0	0	Abordagem à vítima; trauma	monitorização, transporte		H. D.Estefânia	SIV	
13														
14		M	75	dispneia	Dispneia				Abordagem à vítima;	monitorização, ECG, acesso venoso, medicação, transporte	200mg de hidrocortisona, salbutamol	SUG HSJ	SIV	
15	27/fev	F	75	dor toracica	Dor toracica, HTA, FA RVR (de novo)				Abordagem à vítima, dor toracica	Monitorização, ECG, CVP, medicação	300mg Amiodarona EV	SUG Sta. Maria	SIV	
16		M	91	ração estado consciencia	do estado de consciencia em	2			vitima, alteração	consentimento de recusa de transporte			não transportado	
17		54 F		alteração estado consciencia	alcoolizada, alteração do estado de consciencia, suspeita de infeção respiratória	8	5	5	Abordagem à vítima	monitorização, auscultação com ferveos bilaterais, O2 por ON, apicada mascara de proteção individual		SUG HSJ	SIV	

18	03/mar	68	M	Dor toracica	Dor epigastrica e mesogastro desde o dia anterior. Nausea sem vômito, ligeiramente hipertenso				Abordagem à vítima, dor abdominal	Monitorização, ECG		SUG HSJ	SIV	
19	04/mar	36	F	Dor toracica	Crise ansiosa pós discussão previa com familiar	1	1	1	Abordagem à vítima	Monitorização, ECG, transporte		SUG H. SFX	SIV	
20		28	F	Transferencia inter-hospitalar de grávida pré termo	Transferencia inter-hospitalar de grávida pré termo	1	1	1	Abordagem à vítima; gravidez	Monitorização; manutenção de perfusao e soroterapia; transporte	Maturação pulmonar + poliS	SUG ginecologia e obstetrica Amadora Sintra	SIV	
21	06/mar	86	F	alteração estado consciencia	lipotimia/ sincope. À chegada recuperada.	0	0	0	abordagem à vítima;	Monitorização, ECG, avaliação glicémia e transporte		SUG S.José	SIV	
22		19	M	Convulsão	Convulsão com 15 min de evolução em jovem epiletico	9	5	5	abordagem à vítima; convulsão	Monitorização, puncionado CVP, administração de medicação, transporte	5mg + 5mg de Diazepam EV sem efeito, 5mg de Midazolam com efeito	SUG S.José	SIV	
23		86	F	Lipotimia	lipotimia/ sincope. À chegada recuperada.	0	0	0	abordagem à vítima;	Monitorização, ECG, avaliação glicémia e transporte		SUG S.José	SIV	
24	07/mar	46	F	Lipotimia + dor toracica	Alcoolizada no local de trabalho, doente epiletica sob terapeutica cronica.	0			abordagem à vítima;	Monitorização, ECG, avaliação glicémia		Não transportado	Fica no local, assina recusa	
25	09/mar	50	M	Hematemeses via publica	Hematemeses via publica, +/- 500ml de perda sangue vivo, HTA; tosse e espetoração	9	8	6	abordagem à vítima;	Monitorização, ECG, puncionado acesso venoso periférico, soroterapia e colocação de SNG	NaCl	SUG Sta. Maria	SIV	
26	12/jun	82	F	Dor toracica	Aperto toracico pós prandial sem irradiação, em episódio não inaugural. Doente betabloqueada. Bradicardica	3	2	1	abordagem à vítima; Disritmia	Monitorização, ECG, puncionado acesso periférico, administração de farmacos	atropina 0,5mg EV	SUG Sta. Maria	SIV	0
27	14/jun	81	M	Dor toracica	Dor abdominal, abdomen timpanizado e doloroso à palpação. Suspeita COVID	0	0	0	abordagem à vítima;	Monitorizado, ECG		SUG Sta. Maria	Bombeiros	
28	18/jun	63	F	Pedido de apoio diferenciado para Helitransportada da ilha terceira. Transporte inter-hospitalar por aneurisma roto.	Helitransportada da ilha terceira. Transporte inter-hospitalar por aneurisma roto.	3	3	3	abordagem à vítima; cefaleias	Monitorizado, manutenção de medicação EV	nimodipina EV em perfusão	S. José	SIV	
29		38	F	Taquicardia, prostração, alteração do estado consciencia	Taquicardia/FA RVR de reentrada em doente internada em UCC por alterações degenerativas, sudorética, agitada. À nossa chegada nunca foi observado FA	2	1	1	abordagem à vítima; Disritmia	Monitorização, ECG, puncionado acesso venoso periférico,		Covidário S. Maria	SIV	



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO



Síndrome Maligna dos Neurolépticos

Potencialização da identificação Pré-Hospitalar

Estudante Raquel Matias | Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) – SIV
Lisboa

Universidade Católica Portuguesa Lisboa

Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialidade em Doente Crítico

Lisboa, 2020

Lista de abreviaturas

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMN – Síndrome Maligna dos neurolépticos

CK – creatinofosfoquinase

SNC – Sistema Nervoso Central

RM - Ressonância magnética

TC - Tomografia Computadorizada

EEG - Eletroencefalograma

LDH - desidrogenase láctica

AST - Aspartato aminotransferase

ECT - Terapia electroconvulsiva

Tabelas e Figuras

Tabela nº1 - Neurolépticos mais associados à SMN.

Tabela nº2 – Patogénese da SMN.

Figura nº1 – Vias dopaminérgicas.

Figura nº2 – O efeito do uso dos neurolépticos e o resultado da suspensão de drogas dopaminérgicas.

Índice

Introdução.....	4
1. O que é a Síndrome Maligna dos Neurolépticos.....	5
2. Grupo farmacológico potencializador.....	6
3. Patogénese.....	9
4. Diagnóstico e Tratamento.....	14
5. Prognóstico e cuidados preventivos.....	18
Conclusão.....	19
Bibliografia.....	20
Apêndices.....	22
Anexos.....	41

Introdução

Na sequência do ensino clínico “A Pessoa em Situação Crítica e Família - Supervisão e Decisão Clínica”, que se desenvolveu no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) em contexto de Suporte Imediato de Vida (SIV) Lisboa, foi pedido a elaboração de um trabalho que complementasse o estágio e que fizesse sentido no contexto.

Assim e dado o enquadramento atual, as emergências neurológicas fazem parte do quotidiano destes profissionais e são alvo do socorro e estabilização imediata e do transporte para uma unidade hospitalar.

Existem ainda urgências neurológicas que estão sob diagnosticadas e são estes os profissionais que de mais perto vivem com a realidade pessoal da vítima e prestam a primeira assistência nestes casos.

A síndrome maligna dos neurolépticos (SMN) depreende-se com uma complicação decorrente do tratamento com antipsicóticos, que quando não suspeitada, pode não ser diagnosticada, sendo esta, uma emergência neurológica potencialmente fatal.

A identificação precoce permite uma mais rápida recuperação com uma menor taxa de comorbidades associadas, no entanto a síndrome não é de fácil objetividade.

Os profissionais de saúde, que exercem a nível pré-hospitalar, são os primeiros a ter contacto com a situação, veem-na na primeira pessoa, objetivam-na e podem ser aqueles que mais perto passam do problema no seu todo, podem ser os primeiros a levantar elações, a avaliar e a desconfiar do diagnóstico desta síndrome, por estarem exatamente no local onde a pessoa vive conseguindo aperceberem-se do contexto situacional e real.

Assim, torna-se premente alertar, identificar, instruir e treinar estes profissionais para situações que possam ser efetivamente ser uma SMN, para que, todo o processo seja agilizado e os pacientes iniciem medidas de suporte dirigidas à sua situação real o mais rápido possível bem como a potencialização da excelência clínica já exercida por estes profissionais.

Para isso identifica-se e desenvolve-se a temática nos capítulos seguintes falando-se da SMN, do grupo farmacológico envolvente, patogénese e as suas manifestações clínicas, diagnóstico e possível tratamento e ainda do seu prognóstico.

1. O que é a Síndrome Maligna dos Neurolépticos

A Síndrome Maligna dos Neurolépticos é uma emergência neurológica potencialmente fatal e uma reação idiossincrática associada ao uso de medicamentos neurolépticos, uma vez que se relaciona com o bloqueio dopaminérgico dos gânglios de base, sendo por isso também conhecida como síndrome da deficiência aguda de dopamina. O primeiro caso foi descrito em associação do uso com o haloperidol, em 1960, por um médico francês Jean Delay. Após esse caso, associou-se outros antipsicóticos, alguns antieméticos e outros compostos que afetam a transmissão de dopamina no sistema nervoso central. (1) (2)

Sabe-se que o maior número de casos reportados revela uma maior incidência em adultos jovens, no entanto a idade não é um fator de risco. Os homens são mais afetados que as mulheres, no entanto as distribuições de idade e gênero correspondem à distribuição da exposição a agentes neurolépticos.

É caracterizada por hipertermia, sinais extrapiramidais, alterações do estado de consciência, tensão arterial flutuante, incontinência de esfíncteres, dispneia, disfunção autonômica, insuficiência respiratória, elevação de creatinofosfoquinase (CK), podendo ainda ser encontrados rhabdomiólise e leucocitose. (1) (3)

O diagnóstico e tratamento da SMN podem ser difíceis, e por isso torna-se premente o rápido diagnóstico e a implementação de cuidados de suporte em unidades específicas com cuidados hemodinâmicos rígidos (3). Quanto mais rápido for a sua identificação, mais rápido são implementadas as medidas necessárias, fator que conta quando se descreve a alta morbidade e mortalidade da doença (cerca de 30%).

2. Grupo farmacológico potencializador

A SMN reporta-se ao bloqueio ou diminuição da dopamina no SNC e por isso torna-se importante reconhecer um pouco do grupo farmacológico ao qual é associado esta síndrome.

Até há poucos anos, todos os antipsicóticos eram considerados antagonistas dos recetores D2 da dopamina. Porém, nenhum dos fármacos disponíveis interatua seletivamente com um único recetor. Todos eles têm várias ações farmacológicas e, por isso, a maioria das reações adversas associadas é previsível. (2) (12)

Os antipsicóticos têm sido classificados em típicos e atípicos (*Tabela n°1*). Esta distinção nem sempre é clara. No essencial, tem em consideração a afinidade para os recetores D2 e conseqüente risco de indução de efeitos extrapiramidais. (12)

Os efeitos extrapiramidais passam por:

- Distonia;
- Discinesia tardia;
- Rigidez muscular;
- Bradicinesia/ acinesia;
- Tremor em repouso;
- Agitação psicomotora;

Os antipsicóticos típicos são os que têm elevada afinidade para os recetores D2 e produzem efeitos extrapiramidais graves com maior frequência. Os antipsicóticos típicos são prescritos para controlo de sintomas psicóticos positivos tais como alucinações, delírios, distorção, alucinações psicomotoras.

Os antipsicóticos atípicos são os que têm menor afinidade para os recetores D2, tendo menor probabilidade de causar efeitos extrapiramidais. Os antipsicóticos atípicos controlam sintomas positivos e negativos sendo que os negativos são isolamento social, pobreza de discurso, embotamento afetivo, diminuição de atenção. (2)

Recentemente desenvolveu-se um subgrupo de antipsicóticos que são simultaneamente antagonistas dos recetores da dopamina e dos da serotonina. Neste subgrupo incluem-se

a risperidona, olanzapina, sertindol e clozapina. De um modo geral, o subgrupo dos antagonistas da dopamina e da serotonina apresenta como principais vantagens em relação aos antagonistas da dopamina, o facto de serem mais eficazes no tratamento dos sintomas negativos, mais bem tolerados e produzirem menos efeitos extrapiramidais. (2)

Tabela nº1 - Neurolépticos mais associados à SMN	
Antipsicóticos típicos	Antipsicóticos atípicos
Haloperidol	Risperidona
Clorpromazina	Clozapina
Levopromazina	Quetiapina
Flupentixol	Melperona
Ciamemazina	Tiaprida

Em relação às reações adversas deste grupo farmacológico, os sinais e sintomas extrapiramidais são os mais relevantes como já descrito; também acatisia no início da terapêutica até discinesias tardias após terapêutica prolongada. A distonia aguda ocorre geralmente no início da terapêutica ou quando há subida da dose, nas crianças e nos jovens.

O risco de síndrome maligno dos neurolépticos (com uma taxa de mortalidade de 30%) é o efeito mais grave deste grupo terapêutico. Produzem, em graus variáveis, sedação e efeitos anticolinérgicos, hipotensão ortostática e arritmias; registam-se também náuseas, vômitos, dores abdominais, irritação gástrica, crises convulsivas, alterações endócrinas, alterações hematológicas, erupções cutâneas e alterações idiossincráticas das transaminases e por vezes icterícia colestática. (4)

Inicialmente pensava-se que a existência da síndrome estava exclusivamente associada ao uso de neurolépticos/antipsicóticos (entre eles os típicos, em especial os de alta potencia), mas existem outros medicamentos reportados que procedem à síndrome, não só a sua toma, como em alguns casos, a sua suspensão abrupta, ou a alteração das doses ou a interação entre medicamentos. Tudo isto faz com que haja uma instabilidade dopaminérgica. (2)

Desta forma, conhecidas de produção de SMN:

- Administração de agentes bloqueadores dos recetores dopaminérgicos centrais;
- Extração súbita de agentes dopaminérgicos

- Sobredose de outros medicamentos como antieméticos, lítio ou outras drogas psicotrópicas de maior potência farmacológica;
- Desidratação com toma de neurolépticos associada.

Assim, existem outros fármacos potencializadores de efeitos extrapiramidais e com os quais é também preciso ter em atenção por já existem casos reportados à síndrome tais como os agentes antieméticos (proclorperazina, prometazina, droperidol e metoclopramida), medicamentos usados na coreia de Huntington como a metiltirosina e tetrabenazina, visto diminuírem as catecolaminas centrais. A extração súbita de agentes dopaminérgicos utilizados na doença de Parkinson como os precursores da dopamina, como a levodopa, combinações com carbidopa, agentes que aumentam a dopamina, como a amantadina; agonistas dopaminérgicos, como a bromocriptina. (2)

A sobredose de medicamentos como escitalopram, anfetaminas, cocaína, extasi, epinefrina e lítio; e ainda, fármacos anticonvulsivos como a fenitoína e ácido valproico. (2)

3. Patogénese

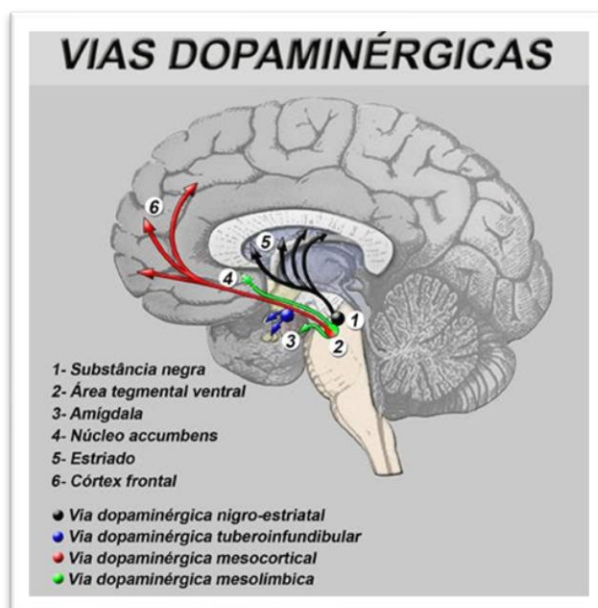
Apesar de ainda não estar totalmente esclarecida a patogenia da SMN, sabe-se que desenvolve uma alteração na neuro-regulação central da dopamina induzida por antipsicóticos e outros medicamentos com ação sobre a dopamina o que predispõe uma reação anormal de um musculo esquelético (12) (na *Tabela nº2* mostra a alteração predisposta da dopamina ao longo do sistema neural, a sua alteração e o agente causador).

Esta hipótese é formulada pelas semelhanças entre a SMN e a hipertermia maligna e sugere que os neurolépticos poderiam induzir alterações na disponibilidade normal do cálcio nas células musculares de indivíduos suscetíveis, que leva a rigidez muscular, rabdomiólise e hipertermia. (2) (3)

Tabela nº2 – Patogénese da SMN		
Pré-sináptico	Diminuição da dopamina	Tetrabenazina Reserpina
	Redução do precursor da dopamina	Suspensão de precursores da dopamina (levodopa)
Sináptico	Alteração do metabolismo da dopamina	Suspensão de inibidores da COMT (tolcapone, entacapone)
	Alteração da recaptção da dopamina	Anfetaminas, cocaína
Pós-sináptico	Bloqueio recetores D2	Antipsicóticos, antieméticos (metoclopramida, droperidol)
	Redução da estimulação pós-sináptica	Suspensão de agonistas pós-sinápticos da dopamina (pergolide e bromocriptina)

Os neurónios dopaminérgicos estão presentes no sistema nervoso central (SNC) e a dopamina tem quatro vias de ação central: nigroestriada, mesolímbica, mesocortical e tubero infundibular.

Figura nº 1 – Vias dopaminérgicas



1

A via de ação mesolímbica trata áreas como o sono, vigília, reações emocionais e o comportamento de punição e recompensa;

A via mesocortical, da linguagem, pensamento abstrato, funções motoras, associativas e visuais;

A túbero-infundibular desenvolve as funções autonómicas, sede e fome, comportamento de luta/fuga e o comportamento sexual

A Nigroestriatal trabalha a questão do movimento.

Quando existe a toma de neurolépticos/antipsicóticos (com efeito antidopaminérgico), por patologia associada, quer-se controlar a sintomatologia psicótica, mas diminuem abruptamente as concentrações da dopamina no SNC, havendo uma ruptura dos impulsos inibitórios do córtex pré frontal até ao hipotálamo, o que altera a regulação do sistema nervoso simpático, com uma hiperatividade não controlada e por isso, uma excessiva estimulação dos órgãos por componentes do sistema nervoso autónomo como o vasomotor, ionotrópico, termogénico e outros. (2) (5)

Esses sintomas estão relacionados com aumento da dopamina nas vias dopaminérgicas e redução na via do SNC, quando são usados medicamentos neurolépticos visto que estes

¹ Consultado a 7/6/2020 em

<https://repositorio.uniube.br/bitstream/123456789/728/1/ANOREX%C3%8DGENOS%20CONTROLE%20R%C3%8DGIDO%20OU%20PROIBI%C3%87%C3%83O%20DE%20SEU%20USO.pdf>

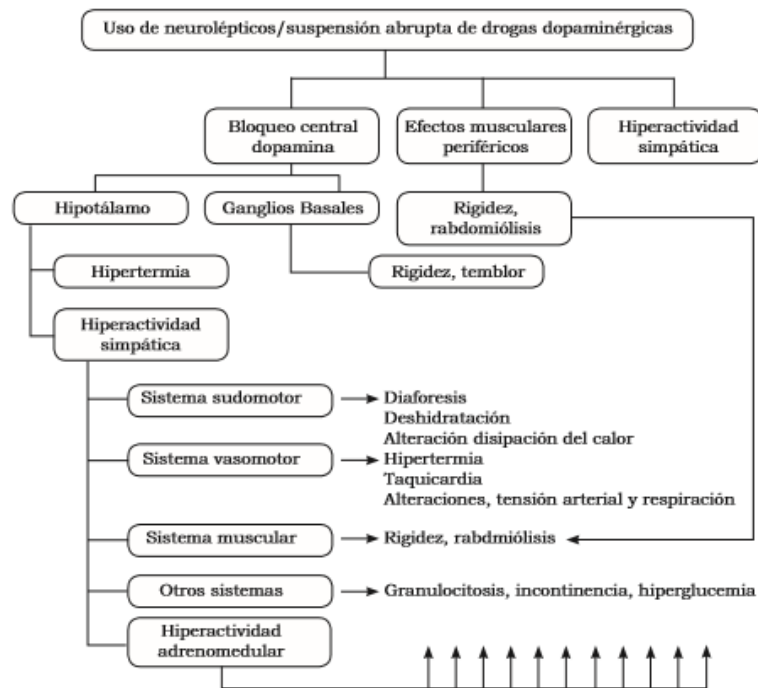
bloqueiam os recetores dopaminérgicos a nível do SNC provocando a acumulação ou sobredosagem levando ao bloqueio das vias dopaminérgicas.

O bloqueio agudo das vias nigroestriadas e tubero-infundibular produzem os sintomas da SMN. Estes incluem características parecidas com o parkinsonismo como a rigidez e tremor, disfunção autonómica, manifestada como hipertermia e instabilidade dos parâmetros cardiovasculares e respiratórios.

Através da via mesocortical e tuberoinfundibular, a dopamina desempenha um papel importante na termorregulação central. Em condições normais, a serotonina estimula a produção de calor no hipotálamo e a dopamina inibe esta regulação. O hipotálamo integra a informação das respostas termoafetoras por intermédio da modulação dopaminérgica do sistema nervoso simpático pré-ganglionar.

Desta forma, qualquer alteração nas concentrações da dopamina central, seja por uma drástica diminuição ou um bloqueio, como ocorre com o uso de neurolépticos e antieméticos, ou pela suspensão abrupta de agentes dopaminérgicos, surge a perda de inibição sobre a produção de calor gerada pela serotonina e que leva à hipertermia (2) (6) (a *Figura n°2* esquematiza o efeito do uso dos neurolépticos e o resultado da suspensão de drogas dopaminérgicas).

Figura nº2 - o efeito do uso dos neurolépticos e o resultado da suspensão de drogas dopaminérgicas



2

Entre os fatores de risco, incluem-se já amplamente falado, o uso de neurolépticos, fatores demográficos, metabólicos, patologias psiquiátricas, alterações orgânicas/cerebrais, genética. (6) (11)

As manifestações clínicas principais são alterações no estado mental, rigidez musculoesquelética, que em casos graves pode levar a uma diminuição da amplitude da parede torácica provocando hipoventilação e taquipneia e infecção pulmonar secundária e paragem respiratória; hipertermia (temperaturas comuns de 38°-41°C), convulsões, instabilidade autonómica. Podemos acrescentar ainda o delírio de origem orgânica com agitação e confusão, mutismo, encefalopatia com estupor e eventual coma, tremor, sialorreia, disartria, disfagia, podendo ocorrer disritmias e ainda diaforese, muitas vezes profusa (comum em 50% a 100% dos casos de SMN) (2) (5) (6) (10)

As manifestações da alteração e da hiperatividade do sistema nervoso simpático incluem uma inefetiva dissipação do calor, relacionada com a desregulação dos sistemas anteriormente referidos, o que altera a tensão arterial e taquicardia, taquipneia, sialorreia a existência de rubor ou palidez cutânea, incontinência urinária; alteração do metabolismo

² Vargas, A.; Gómez-Restrepo, C. - Síndrome neuroléptico maligno Revista Colombiana de Psiquiatria, vol. XXXVI, núm. 1, 2007, pp. 101-125 Asociación Colombiana de Psiquiatria Bogotá, D.C., Colombia

muscular e do seu tónus por aumento intracelular de cálcio, e portanto, aumento das concentrações da creatinina-quinase e sintomas motores extrapiramidais. (2)

A hiperhidrose leva à desidratação que contribui também para a hipertermia. A taquicardia e taquipneia refletem um estado hiperadrenérgico e este incremento metabólico leva a maior trabalho pelo sistema cardiovascular. (2)

Há evidência que os neurolépticos inibem o complexo enzimático mitocondrial que altera o músculo de forma direta, provocando patologia rídica em que o metabolismo mitocondrial se dá e no final ocorre a acumulação de íões de cálcio na mesma que levam à ativação das protéases e levam à necrose. Estas alterações terminam em hipertermia, rigidez e rabdomiólise que em conjunto, ou não, podem destabilizar os sistemas homeostáticos e hemodinâmicos, assim como desencadear as características clínicas da SMN. Associado a isto, a hiperativação do sistema nervoso simpático dá expressão a altas concentrações de catecolaminas suprarrenais. (6)

Posteriormente, podem existir complicações sérias decorrentes da SMN tais como a coagulação intravascular disseminada, sépsis e enfarte agudo do miocárdio. (3)

4. Diagnóstico e Tratamento

Embora não haja nenhum critério diagnóstico concreto para SMN, existe potenciais alterações as quais é necessário estar atento.

Mesmo tendo critérios determinados para o diagnóstico da SNM, muitas vezes, na prática clínica, torna-se difícil a sua distinção com outras alterações extrapiramidais causadas pelos antipsicóticos ou outras patologias que tenham sintomatologia semelhante. (7)

A investigação laboratorial é essencial para descartar outras doenças, pois o diagnóstico da SNM é de exclusão. (7)

Os principais diagnósticos diferenciais são outras causas de hipertemia (centrais, sistêmicas ou por toxinas), outras causas de rabdomiólise e de alterações do nível de consciência, infecções no SNC, síndromes psicóticas associados a catotonia maligna, alterações sistêmicas, abuso de substâncias como a cocaína (7) (8)

São necessárias rigidez muscular severa e febre acompanhado de no mínimo dois dos dez itens seguintes: diaforese, disfagia, tremor, incontinência, alteração do estado mental, mutismo, taquicardia, pressão arterial elevada ou lábil, leucocitose, CK elevada. (1) (9)

O reconhecimento precoce e o tratamento adequado geralmente levam a uma recuperação sem sequelas. Os sintomas tendem a desaparecer após 30 dias da interrupção dos antipsicóticos. (8)

As alterações laboratoriais mais comuns são a leucocitose (entre 10.000 e 40.000 células/mm³) e concentrações elevadas de CK (entre 1000 UI/L e 100.000 UI/L) que reflete a rabdomiólise secundária e a rigidez muscular severa. Valores altos de CK estão diretamente relacionado com a gravidade da doença e pior prognóstico. (6)

Derivado do processo, pode haver aumento da desidrogenase láctica (LDH), aspartato aminotransferase (AST) e fosfatase alcalina. A função renal também pode ficar afetada, como consequência da rabdomiólise e consequente mioglobinúria por lesão tubular renal, alterando assim as concentrações de creatinina, ureia, proteinúria.

Derivado da reabsorção de cálcio pelos músculos, os resultados analíticos podem justificar uma existência de hipocalcemia e hipomagnessémia, hipo/hipernatremia, hipercalemia e acidose metabólica;

Como o sistema simpático regula a homeostase da glicémia, esta pode estar alterada no SMN. Normalmente, o sistema nervoso simpático suprime a liberação de insulina por adrenoreceptores alfa e aumenta a secreção de glucagon. (6)

Existem ainda alguns exames complementares que podem trazer algumas conclusões:

- ❖ Ressonância magnética (RM) e a tomografia computadorizada (TC) são tipicamente regulares;
- ❖ O líquido cefalorraquidiano é regular apenas com elevação inespecífica das proteínas;
- ❖ O eletroencefalograma (EEG) observa-se atividade generalizada de ondas lentas.

Em relação ao tratamento, este deve ser individualizado a cada paciente, dependendo do quadro clínico, gravidade e duração dos sintomas sendo que a remoção do agente causal é o único e o tratamento mais importante na SMN e tem um impacto grande na mortalidade do paciente.

O tratamento destas emergências neurológicas deve ser acompanhado em regime de internamento de unidade cuidados intensivos pelo facto de poderem ocorrer alterações repentinas e hemodinâmicas importantes de serem facilmente avaliadas e monitorizadas. (2)

Se o problema foi a suspensão abrupta dos agentes dopaminérgicos, estes devem ser reiniciados urgentemente.

Quando houve uma troca de um agonista por outro, a estratégia seria suspender o mesmo durante um dia e no seguinte iniciar o anterior em doses comparáveis e calculadas.

O tratamento é realizado a três níveis. (6)

- I. Medidas de suporte, em que depois de suspender o agente causador ou iniciar o agonista suspenso, deve manter-se a adequada hidratação, nutrição, diminuição da temperatura, correção de alterações eletrolíticas e suporte ventilatório até o paciente ter capacidade de ingerir fluidos oralmente e regularidade

cardiorrespiratória, renal e concentrações de CK menores de 1.000. Tendo em atenção que a paragem respiratória pode dar-se pela rigidez da parede torácica ou falha autonómica e necessite ventilação mecânica. Os cuidados do paciente internado deverão ser mantidos até que os sinais vitais sejam normalizados, a hidratação adequada e o equilíbrio eletrolítico tenham sido obtidos, função cardiorrespiratória e renal estejam normalizadas e pelo menos duas medidas de CK sérica mostrem a tendência de regularização. Estes critérios sugerem que um completo clearance dos neurolépticos pode ser necessário antes que a completa recuperação ocorra. (3)

- II. O tratamento farmacológico, é um complemento ao cuidado de suporte mas ainda é incerto que haja apenas um tratamento ou um medicamento específico. É necessário um período de observação de 3 dias para saber se beneficia deste suporte sem aumentar a morbidade futura. Existem estudos que indicam tratamento com Dantrolene (1 a 2,5 mg / kg IV); Bromocriptina (2,5 mg até uma dose máxima de 40 mg / dia.); Amantadina (100 mg - 200 mg a cada 12 horas.) (3) Em caso de tensão arterial elevada é utilizada nifedipina em perfusão contínua até estabilização da mesma. É de máxima importância a prevenção de uma exposição prolongada a uma hipertermia visto que com temperaturas altas a coagulação das proteínas pode dar-se no sistema nervoso central e que resulta em sequelas residuais que podem levar a alterações cognitivas, psicológicas e neuropatológicas. A descontinuação de lítio é recomendada. Preconiza-se a suspensão de anticolinérgicos ou sua substituição por agonistas dopaminérgicos nos casos com resíduos de sinais extrapiramidais ou na superposição de síndrome parkinsoniana. Medicação agonistas dopaminérgicas como a amantadina deverão ser mantidas, assim como sua suspensão poderá agravar a SMN.
- III. A terapia electroconvulsiva (ECT), é uma alternativa para reduzir sintomas, traz melhoria em alguns componentes da síndrome tais como a sudorese, febre, o estado de consciência entre o terceiro ou quarto tratamento. É considerada segura recomendada em casos graves de SMN refratário a outros tratamentos, após 48h do seu início, quando não é possível diagnosticar a síndrome e se mantém a catatonia aguda e as suas características. (2)

Assim, simplificando os cuidados de suporte pretende-se:

- ❖ Manter a estabilidade cardiorrespiratória;
- ❖ Manter o estado euvolémico utilizando fluidos intravenosos.
- ❖ Medidas de arrefecimento e o uso de acetaminofeno ou aspirina;
- ❖ Reduzir a pressão arterial se marcadamente elevada;
- ❖ Heparina ou heparina de baixo peso molecular;
- ❖ Uso de benzodiazepinas (por exemplo, clonazepam, lorazepam 0,5 a 1,0 mg) para controlar a agitação, se necessário;
- ❖ Se nada for eficaz pode usar-se a terapia electroconvulsiva para combater sintomatologia mais agressiva.

5. Prognóstico e cuidados preventivos

A maioria dos casos começa a regredir em duas semanas, recuperando sem sequelas dentro de um mês, exceto quando existe hipoxia grave ou temperaturas extremamente elevadas por um longo período.

Quando existem outros problemas de saúde associados, podem induzir uma maior mortalidade ou aumentar a taxa de mortalidade ou morbidade, tais como, pacientes com insuficiência renal, com doença cerebral orgânica, incluindo consumo de álcool e toxicodependência (38,5% de mortalidade); mortalidades superiores associadas a doses mais elevadas e a drogas antipsicóticas típicas associadas a agentes de menor potência e com drogas atípicas. (3)

Pessoas que reiniciem terapêutica neuroléptica, podem ou não, ter um episódio recorrente SMN. (2)

Quanto aos cuidados posteriores e prevenção de recaídas, deve-se ter atenção e esperar pelo menos duas semanas antes de retomar a terapia, mais tempo, se houver residuais clínicos; usar agentes de potência mais baixos do que mais potentes; começar com doses baixas; evitar o uso concomitante de lítio; evitar a desidratação; monitorar cuidadosamente os sintomas de SMN.

A degeneração cerebral tem sido atribuída à hiperpirexia da SMN. Há persistência de sinais e sintomas neurológicos como défices cognitivos e neuropsicológicos após a recuperação. Por outro lado, também existem muitos pacientes que recuperam da síndrome sem qualquer déficit neurológico. (3)

Conclusão

Na medida em que estamos despertos para outros tipos de patologias como a cardíaca ou respiratória, também a neurológica pode ser uma emergência que, com o olho clínico treinado pode ser evitado um prognóstico reservado ou comorbidades mais acentuadas.

A SMN é uma complicação do tratamento com antipsicóticos que quando não suspeitada, pode não ser diagnosticada.

É essencial para uma prática de excelência, com significativa eficácia terapêutica e prognóstica, o exercício inicial, em todos os pacientes, de anamnese e exame físico meticolosos, seguidos por exames complementares clínicos direcionados e sistematicamente analisados, visando a identificação precoce de condições clínicas potencialmente fatais, a monitorização rigorosa e a alteração terapêutica precoce e eficaz.

A severa e prolongada sintomatologia da SMN e a sua morbidade elevada, sugerem a importância de um diagnóstico correto, a adequação da medicação psiquiátrica bem como do acompanhamento pós crise, que nestas situações, se torna importantíssimo.

Com os profissionais de saúde do pré-hospitalar informados e focados no diagnóstico precoce de alterações bem como dos sinais e sintomas da SMN, a cadeia de informação e atuação torna-se mais capaz, rápida e eficiente e daí a justificação para a elaboração deste documento, que vem dar espaço a um diferente campo de atuação, talvez não tão desenvolvido, como são as emergências neurológicas.

No capítulo dos apêndices estará o PowerPoint referente à apresentação deste trabalho e em anexo casos clínicos descritos e concretos que servem de exemplos práticos daquilo que é esta emergência neurológica.

Bibliografia

- (1) Hanel, R. A., Sandmann, M. C., Kranich, M., Bittencourt, P.R.M. de Síndrome neuroléptica maligna, Relato de caso com recorrência associada ao uso de olanzapina; arq Neuropsiquiatr 1998; 56(4): 833-837;
- (2) Vargas, A.; Gómez-Restrepo, C. - Síndrome neuroléptico maligno Revista Colombiana de Psiquiatria, vol. XXXVI, núm. 1, 2007, pp. 101-125 Asociación Colombiana de Psiquiatria Bogotá, D.C., Colombia;
- (3) Paulo E M., Nise B C., Neuroleptic Malignant Syndrome, Hospital das Clínicas e Universidade de São Paulo. Revista Neurociências V13 N3 (supl-versão eletrônica) – jul/set, 2005
- (4) <http://m.infarmed.pt/prontuario/Indice.aspx?t=t&c=56>, consultado em 8/7/2020 10h50;
- (5) Proença de Souza, R. A., Frota da Silva M. A., Coelho D. M., Galvão, M. L S.; Souza N. A.C., Picão A. P.; Síndrome neuroléptica maligna Neuroleptic malignant syndrome; (setembro/outubro 2012), Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica;
- (6) Escobar Córdoba, F.; Polanía-Dussán, I. G.; Toro-Herrera, S. M. Tratamiento del síndrome neuroléptico maligno Salud Uninorte, vol. 27, núm. 2, julio-diciembre, 2011, pp. 247-258 Universidad del Norte Barranquilla, Colombia;
- (7) Strawn, J. R.; Neuroleptic Malignant Syndrome; (2007). Am J Psychiatry , 164 (6): 870-876;
- (8) Rezende C. W.; Rebuitti C. T.; Costa, R. S.; Ferreira, G. G.; Kussler, I.; Roberto, V. M.; Simil, F. S.; Vilela, D. M.; Maia, D. P.; Síndrome neuroléptica maligna; Relato de caso, Revista Médica de Minas Gerais 2008; 18(3 Supl 4): S91-S93;
- (9) American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual for mental disorders. 4.Ed. Washington, DC: American Psychiatry Association, 1994:739-742.
- (10) Mendonça S. B.; Mendonça G. S.; Quitete Marcela; Rangel C. C., Bravin D. M.; Síndrome Neuroléptica Maligna Em Paciente Em Uso De Olanzapina– Relato De Caso; Julho 2016, Revista Científica da FMC - Vol. 11, nº1;
- (11) Pimentel I. R. S.; Síndrome Neuroléptica Maligna Por Uso De Haldol - Relato De Um Caso; Fortaleza 2018;

- (12) Alonso, M. J.; Castañeda, A. C.; Palomino C. L.; Pérez A. J.J., Castro Á. J.F. (2018) - Síndrome neuroléptico maligno asociado a la administración del haloperidol. Caso clínico; Rev. Toxicol 35: 7 -10

Apêndices

SÍNDROME MALIGNO DOS NEUROLÉPTICOS

Estudante Raquel Matias | Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)

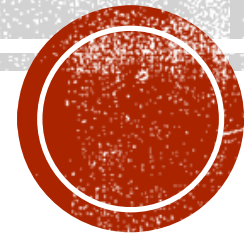
Universidade Católica Portuguesa Lisboa

Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialidade em Doente Crítico



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO



Índice

- O que é a SMN?;
- Grupo farmacológico;
- Fatores potencializadores da SMN;
- Patogénese;
- Manifestações clínicas;
- Exemplo pré-hospitalar.
- Alterações analíticas;
- Diagnóstico;
- Tratamento;
- Prognóstico

SÍNDROME MALIGNO DOS NEUROLÉPTICOS

índice

O que é a SMN?

3

Síndrome Maligno dos Neurolépticos (SMN) é uma emergência neurológica potencialmente fatal e uma reação associada ao uso de medicamentos neurolépticos

- Maior incidência em adultos jovens, no entanto a idade não é um fator de risco.
- Mais homens que mulheres; no entanto as distribuições de idade e género correspondem à distribuição da exposição a agentes neurolépticos.

Neurolépticos/ Antipsicóticos

→ Típicos: grande afinidade para os recetores da dopamina e produzem efeitos extrapiramidais graves.

→ Atípicos: afinidade com os recetores da dopamina e serotonina. Menos efeitos extrapiramidais.

TÍPICOS	ATÍPICOS
<ul style="list-style-type: none">• Clorpromazina• Haloperidol• Levopromazina• Flupentixol• Ciamemazina	<ul style="list-style-type: none">• Risperidona• Aripiprazol• Clozapina• Quetiapina• Melperona• Tiaprida

Efeitos extrapiramidais:

- Discinesia tardia;
- Distonia;
- Rigidez muscular;
- Bradicinesia/acinesia;
- Tremor em repouso;
- Agitação psicomotora;

GRUPO FARMACOLÓGICO

▪ Sintomas positivos:



▪ Sintomas negativos:



Típicos → controla sintomas positivos

Atípicos → controla sintomas positivos + sintomas negativos

GRUPO FARMACOLÓGICO

Sintomas Psicóticos

Neurolépticos/ Antipsicóticos

Ações farmacológicas esperadas

❖ Redução os sintomas positivos:

- alucinações
- Delírios;
- Agressividade
- Agitação



A agressividade e a agitação reduzem rapidamente. Delírios e alucinações só respondem ao final de 5 semanas.

❖ Efeito antiemético

Ao contrário de outros depressores do SNC não diminuem a capacidade intelectual dos pacientes.

GRUPO FARMACOLÓGICO

Ação Farmacológica

FATORES POTENCIALIZADORES DA SMN

- ❖ Uso de medicação neuroléptica iniciada ou continuada;
- ❖ Uso concomitante de lítio ou outras drogas psicotrópicas de maior potencia farmacológica;
- ❖ Doenças medicas agudas: trauma, cirurgia e infeção;
 - ❖ Desidratação + medicação

Os neurónios dopaminérgicos estão presentes no sistema nervoso central (SNC)

Vias dopaminérgicas:

Mesolímbicas

Sono; vigília; reações emocionais; comportamento de punição e recompensa;

Mesocortical

Linguagem; pensamento abstrato; funções motoras, associativas e visuais;

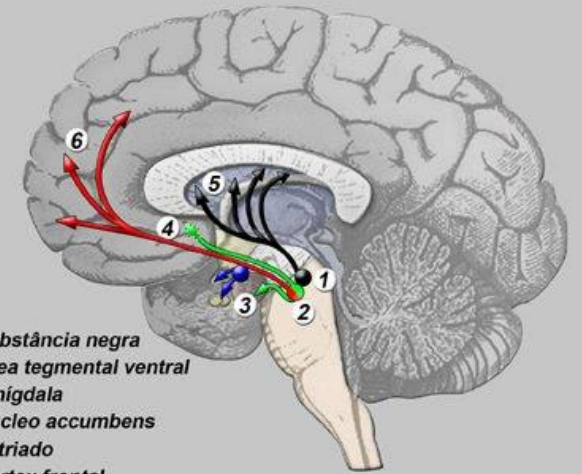
Túbero-infundibular

Funções autonómicas; sede e fome; Comportamento de luta/fuga; comportamento sexual

Nigroestriatal

Movimento

VIAS DOPAMINÉRGICAS



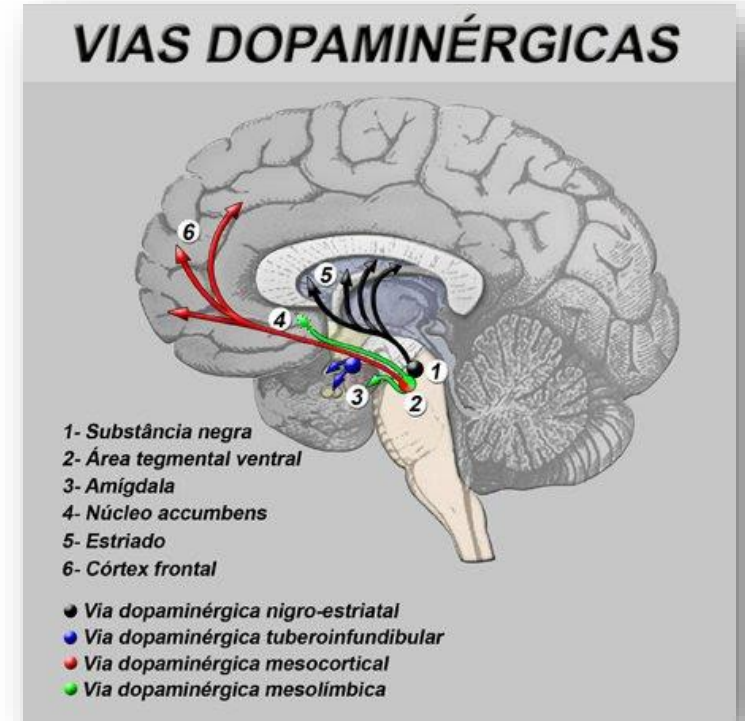
- 1- Substância negra
 - 2- Área tegmental ventral
 - 3- Amígdala
 - 4- Núcleo accumbens
 - 5- Estriado
 - 6- Córtex frontal
-
- Via dopaminérgica nigro-estriatal
 - Via dopaminérgica tuberoinfundibular
 - Via dopaminérgica mesocortical
 - Via dopaminérgica mesolímbica

PATOGÉNESE

Esses sintomas estão relacionados com ↑↑ da dopamina nas vias dopaminérgicas.

Os medicamentos neurolépticos bloqueiam os recetores dopaminérgicos a nível do SNC → com acumulação ou sobredosagem → bloqueio das vias dopaminérgicas

O bloqueio dopaminérgico na via túbero-infundibular, traz efeitos colaterais e síndrome maligna neuroléptica



PATOGÉNESE

características principais:

- Alterações no estado mental; (1°)
- Rigidez musculoesquelética; (2°)
- Hipertermia (temperaturas comuns: 38°-40°C) (3°)
- Instabilidade autonómica (4°)

Outras manifestações:

- ❖ Delírio de origem orgânica com agitação e confusão;
- ❖ Mutismo;
- ❖ Encefalopatia com estupor e eventual coma;
- ❖ Tremor;
- ❖ Sialorreia proeminente;
- ❖ Disartria;
- ❖ Disfagia;
- ❖ Podem ocorrer disritmias;
- ❖ Diaforese (muitas vezes profusa)

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

CODU notifica:

- Homem 67 anos;
 - Queda < 1h;
 - Alteração do estado de consciência
 - Tremores/Convulsão
-
- SIV chega ao local, doente prostrado, taquipneico, quente ao toque, rigidez articular generalizada com períodos de movimentos involuntários; diaforético.
 - TA: 137/79mmHg; FC: 115bpm; FR:30cpm; T°C: 39,4°; BMT:92 mg/dl; ECG sem alterações de relevo.
 - A esposa refere que é o doente que gere a medicação mas que na ultima consulta de neurologia (onde é seguido por demência) alterou a medicação “para a cabeça” para outra dose. (Quetiapina e Aripripazol)
 - Não tinha doença de Parkinson na alta anterior.

EXEMPLO DE CASO PRÉ- HOSPITALAR

ALTERAÇÕES ANALÍTICAS

- CK entre 1000 UI/L e 100.000 UI/L por rigidez severa;
- Leucocitose entre 10.000 e 40.000 células/ mm³;
- Lactato desidrogenase (LDH), fosfatase alcalina e transaminases hepáticas elevadas;
- Hipocalcemia, hipomagnesemia, hipo/hipernatremia, hipercalemia e acidose metabólica;
- Rabdomiólise → mioglobínúria → IRA



Embora não haja nenhum teste de diagnóstico para SMN, existe potenciais alterações as quais é necessário estar atento.

- ❖ Ressonância magnética (RM) e a tomografia computadorizada (TC) são tipicamente regulares;
- ❖ O líquido cefalorraquidiano é regular apenas com elevação inespecífica das proteínas;
- ❖ O eletroencefalograma (EEG) observa-se atividade generalizada de ondas lentas;
- ❖ Exclusão de causas alternativas tais como: síndrome da serotonina; catatonia maligna; intoxicação com drogas recreativas, hipertermia maligna.

DIAGNÓSTICO

Remoção do agente causal é o único e o tratamento mais importante em SNM

Cuidados de suporte:

- ❖ Manter a estabilidade cardiorrespiratória;
- ❖ Manter o estado euvolémico utilizando fluidos intravenosos.
- ❖ Medidas de arrefecimento e o uso de acetaminofeno ou aspirina;
- ❖ Reduzir a pressão arterial se marcadamente elevada;
- ❖ Heparina ou heparina de baixo peso molecular;
- ❖ Uso de benzodiazepinas (por exemplo, clonazepam, lorazepam 0,5 a 1,0 mg) para controlar a agitação, se necessário.

TRATAMENTO

Fármacos associados para o tratamento da SMN:

- ❖ **Dantrolene**: 1 a 2,5 mg / kg IV
 - ❖ **Bromocriptina**: 2,5 mg até uma dose máxima de 40 mg / dia.
 - ❖ **Amantadina**: 100 mg - 200 mg a cada 12 horas.
- * Eletroconvulsivoterapia (ECT): reduzir sintomas quando não existe outra alternativa para reduzir a sintomatologia, visto que se tirou o fármaco neuroléptico.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A maioria dos casos regride em 2 semanas.

- A maioria recupera sem sequelas exceto quando existe hipoxia grave ou temperaturas extremamente elevadas por uma longa duração.

16

Outros indicadores de maior mortalidade são:

- Utentes com Insuficiência renal;
- Utentes com doença cerebral orgânica, incluindo consumo de álcool e toxicodpendência (38,5% de mortalidade).
- Mortalidades superiores associadas a potências mais elevadas e a drogas antipsicóticas típicas **versus** agentes de menor potência e com drogas atípicas.

PROGNÓSTICO / CUIDADOS PREVENTIVOS

Pessoas que reiniciem terapêutica neuroléptica, podem ou não, ter um episódio recorrente SMN

17

Cuidados posteriores/ prevenção de recaídas:

- Esperar pelo menos duas semanas antes de retomar a terapia, mais tempo se houver residuais clínicos;
- Usar agentes de potência mais baixos do que mais potentes; começar com doses baixas;
- Evitar o uso concomitante de lítio.
- Evitar a desidratação;
- Monitorar cuidadosamente os sintomas de SMN.

PROGNÓSTICO / CUIDADOS PREVENTIVOS



FIM



Síndrome neuroléptica maligna

Carmo Willian Rezende¹; Carvalho Thiago Rebutti¹; Costa Rafael Santos¹; Ferreira Galileu Galilei¹; Kussler Ivam¹; Roberto Victor Maduro¹; Simil Felipe de Souza¹; Vilela Daniel Martins¹; Maia Débora Palma²

RESUMO

¹Aluno do 10º período da Faculdade de Medicina da UFMG.
²Médica Neurologista.

A síndrome neuroléptica maligna é uma complicação rara da terapia com neurolépticos, mas potencialmente fatal. Apresentamos o caso da paciente SNM, de 46 anos, que deu entrada no hospital Universitário Risoleta Neves, com quadro de mutismo, febre e intensa rigidez muscular há 20 dias. Estava em uso de antipsicóticos há 20 anos, devido à seqüela de encefalite na infância, que foram suspensos desde o início dos sintomas. O tratamento consistiu no suporte clínico e na administração de levodopa/carbidopa. Esta medicação foi adotada devido à utilização anterior de Decanoato de haloperidol (medicação de depósito) que manteve os sintomas mesmo após a sua suspensão.

Palavras-chave: Síndrome Neuroléptica Maligna; Antipsicóticos, Complicações.

RESUMO

A síndrome neuroléptica maligna (SNM) é uma reação idiossincrásica e potencialmente fatal, relacionada à utilização de antipsicóticos (Boarati, 2008). A primeira relato da síndrome foi descrito por Delay *et al.*, 1967 (Chandran, 2003), como uma complicação do tratamento a longo prazo com antipsicóticos. É caracterizada por febre, rigidez muscular e alteração autonômica e do estado mental (Strawn, 2007).

A incidência SNM varia de 0,069% a 3,23% nos paciente expostos a antagonistas dos receptores de dopamina, dependendo do estudo (Gurrera, 2007). Essa incidência vem diminuindo com o tempo, provavelmente pelo melhor manejo clínico desses pacientes, utilização de drogas mais seguras (como os antipsicóticos atípicos) e diagnóstico da SNM mais precoce (Adityanjee, Epidemiology of neuroleptic malignant syndrome, 1999) (Adityanjee, Neuropsychiatric Sequelae of Neuroleptic Malignant Syndrome, 2005).

Mesmo tendo critérios determinados para o diagnóstico da SNM (Quadro 1), muitas vezes, na prática clínica, se torna difícil a sua distinção com outras alterações extrapiramidais causadas pelos antipsicóticos ou outras patologias que cursam com sintomatologia semelhante (Strawn, 2007). A investigação laboratorial é essencial para descartar outras doenças, pois o diagnóstico da SNM é de exclusão (Strawn, 2007). Os principais diagnósticos diferenciais são outras causas de hipertemia (centrais, sistêmicas ou por toxinas), outras causas de rabdomiolise e de alterações do nível de consciência, infecções no SNC, desordens psicóticas associados a mania catotonia, alterações sistêmicas – AVEi, abuso de substância – cocaína e êxtase (Strawn, 2007).

O reconhecimento precoce e o tratamento adequado geralmente levam a uma recuperação sem seqüelas. Os sintomas tendem a desaparecer em até 30 dias após a interrupção dos antipsicóticos. A taxa de mortalidade varia de 11% a 38% dos ca-

Endereço para correspondência:
dan.vilela@uol.com.br

tos (Adityanjee, Neuropsychiatric Sequelae of Neuroleptic Malignant Syndrome, 2005). Estima-se que a prevalência de seqüelas neurológicas gira em torno de 10% dos casos (Adityanjee, Neuropsychiatric Sequelae of Neuroleptic Malignant Syndrome, 2005).

O tratamento consiste na interrupção imediata dos antipsicóticos, terapia de suporte com reidratação, controle do balanço eletrolítico. Pode-se iniciar bromocriptina ou outro agonistas dopaminérgicos D2 e dantrolene que é um relaxante muscular periférico (Reulbach, 2007).

Quadro 1 - Critérios de pesquisa da DSM-IV-TR para SNM

Desenvolvimento de rigidez muscular grave e hipertermia associadas ao uso de medicamentos neurolépticos
Pelo menos dois dos seguintes sintomas
Sudorese
Disfagia
Tremor
Incontinência
Alterações do nível de consciência, variando de confusão a coma
Mutismo
Taquicardia
Pressão arterial elevada ou instável
Leucocitose
Evidências laboratoriais de lesão muscular (CK aumentada)
Os sintomas nos critérios A e B não se devem a uma substância (ex.: fenilclidina), a uma condição neurológica ou a outra condição médica geral (ex.: encefalite viral)
Os sintomas dos critérios A e B não são melhor explicados por um transtorno mental (ex.: transtorno do humor com características catatônicas)

Fonte: (Sadock, 2007)

RELATO DE CASO

Relatamos o caso de SNM de uma paciente de 46 anos que deu entrada no Hospital Universitário Risoleta Neves, com quadro de febre alta, mutismo

e intensa rigidez muscular há 20 dias. Paciente apresentava história progressiva de encefalite na infância com quadro psiquiátrico como seqüela e estava em uso de clonazepam, haloperidol (apresentação na forma de decanoato) e clorpromazina. Desde o início dos sintomas foram suspenso os neurolépticos.

Ao exame da admissão, a paciente se encontrava em regular estado geral, anictérica, acianótica, desnutrida e desidratada. PA 180x110 mmHg. ACV: bulhas taquicardicas em 2T. AR: Sons respiratórios normais sem ruídos adventícios. AD: abdome globoso, indolor a palpação, sem massas ou visceromegalias. Exame Neurológico: Escala de coma de Glasgow: AO 4 RV 2 RM 6 total 12. Pupilas isocóricas, fotorreativas bilateralmente. Nervos cranianos sem alterações. No exame da força muscular a paciente apresentava intensa bradicinesia e rigidez plástica. A sensibilidade, reflexos miotáticos e coordenação e equilíbrio estavam normais.

Foi realizada uma revisão laboratorial (Íons, glicemia, bilirrubina direta e indireta, CK total, TGO, TGP, FA, GGT, PCR, Hemograma, EAS e gram de gota).

Com hipóteses diagnosticas foram propostas a SNM, Síndrome Parkinsoniana Grave associada à infecção.

Foi iniciado levodopa 250mg + carbidopa 25 mg VO de 6 em 6 horas e pedido bromocriptina, que não estava disponível na farmácia do hospital.

Paciente evoluiu sem picos febris, mantinha rigidez articular e bradicinesia, verbalizava com dificuldades, relatava dores difusas, apresentava-se orientada no tempo e espaço. Negava, porém, melhora do quadro.

Os resultados dos exames pedidos apresentavam: Na 143 mEq/L; K 3,7 mEq/L; Cl 101 mEq/L; Bilirrubina direta 0,2 mg/dL; bilirrubina indireta 0,2 mg/dL; TGO 46 U/L; TGP 33 U/L; GamaGT 66 U/L; PCR 33,5 mg/dL; Glicemia 106 mg/dL; CPK 1871 U/L; Hb 12,7 g/dL; Ht 39,8%; Leuc. 10.100 x103/mm3; Pla. 392.000 x103/mm3; RNI 0,96; EAS negativo.

Foi mantida a prescrição com levoda/carbidopa e iniciado biperideno. Foram solicitados novos dosagens de CK total e Creatinina.

A paciente apresentou melhora significativa da rigidez e estava sem tremores. Apresentava ainda bradicinesia importante e hipomímica facial.

A nova dosagem de CK total foi de 1400 U/L, e a Creatinina de 0,5 mg/mL. Aumentou-se a dose do biperideno, mantendo a levodopa, já que a bromocriptina ainda não estava disponível.

DISCUSSÃO

No caso relatado o uso de antipsicóticos potentes e de depósito (já que o decanoato de haloperidol tem uma meia vida muito longa e é dose cumulativa) explica o porquê que, mesmo após 20 dias de suspensão da medicação, a apresentação dos sintomas ainda se fez presente, e a terapia com droga dopaminérgica foi fundamental.

SNM é uma complicação rara da terapia com neurolepticos, potencialmente fatal. O diagnóstico precoce, a retirada imediata dos antipsicóticos e a terapia de suporte melhoram de sobremaneira a sobrevida e diminui a chance de seqüelas permanentes.

REFERÊNCIAS

1. Adityanjee, A. Y. (1999). Epidemiology of neuroleptic malignant syndrome. *Clin Neuropharmacol* , 22: 151-158.
2. Adityanjee, A. Y. (2005). Neuropsychiatric Sequelae of Neuroleptic Malignant Syndrome. *Clin Neuropharmacol* , 28: 197-204.
3. Boarati, M. A. (2008). Uso da Olanzapina em adolescente com transtorno bipolar após síndrome neuroleptica maligna. *Rev Bras Psiquiatr.* , 30(1):86-90.
4. Chandran, G. J. (2 de Setembro de 2003). Neuroleptic malignant syndrome: case report and discussion. *CMAJ* , 439-442.
5. Gurrera, R. J. (2007). Meta-analytic evidence of systematic bias in estimates of neuroleptic malignant syndrome incidence. *Comprehensive Psychiatry* , 48: 205-211.
6. Reulbach, U. (2007). Managing an effective treatment for neuroleptic malignant syndrome. *Critical Care* , 11: R4 (doi:10.1186/cc5148).
7. Sadock, B. J. (2007). *Compêndio de Psiquiatria : ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed.
8. Strawn, J. R. (2007). Neuroleptic Malignant Syndrome. *Am J Psychiatry* , 164(6): 870-876.

SÍNDROME NEUROLÉPTICA MALIGNA EM PACIENTE EM USO DE OLANZAPINA – RELATO DE CASO

NEUROLEPTIC MALIGNANT SYNDROME IN PATIENT IN OLANZAPINE USE - CASE REPORT

Sandro Bichara Mendonça¹, Gabriel Soares Mendonça², Marcela Quitete², Carolina Cassiano Rangel², Débora Moreira Bravin².

1. Médico Oncologista, Professor Concursado de Medicina, Semiologia Clínica, Faculdade de Medicina de Campos; Mestrado em Educação em Ciências e Saúde, CCS, NUTES, UFRJ.

2. Graduandos do 12º período da Faculdade de Medicina de Campos. Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência: Gabriel Soares Mendonça
Rua Primeiro de Maio, 79, apartamento 1502 – Bairro Pelinca
28035-145 Campos dos Goytacazes, RJ. E-mail: gabriel_s_m_@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A Síndrome Neuroléptica Maligna (SNM) é uma das principais complicações do uso de antipsicóticos, relativamente rara, porém potencialmente fatal, podendo levar ao óbito em 10 a 20% dos casos¹⁻⁵. Esta síndrome é caracterizada pelo desenvolvimento de rigidez muscular grave e hipertermia, associados a pelo menos dois outros sintomas: Diaforese, disfagia, tremor, incontinência, confusão mental/coma, mutismo, taquicardia/taquipneia, pressão arterial elevada ou instável, leucocitose; elevação de CPK⁶.

Objetivo: Relatar um caso de uma paciente diabética e hipertensa, em acompanhamento psiquiátrico por transtorno afetivo bipolar, que desenvolveu a Síndrome Neuroléptica Maligna pelo uso do antipsicótico atípico: Olanzapina, visando sugerir condutas clínicas que possam melhorar a precisão diagnóstica da Síndrome Neuroléptica Maligna e, conseqüentemente, a eficácia terapêutica. **Método:** As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e revisão bibliográfica em fontes especializadas: livros, revistas, artigos disponíveis em sites da internet (SciELO, Bireme, Pubmed, Revista Brasileira de Psiquiatria, outras) utilizando-se como palavras-chave: síndrome neuroléptica maligna; olanzapina, clínica; diagnóstico; tratamento. **Conclusão:** Conclui-se ser essencial para uma prática médica de excelência, com significativa eficácia terapêutica e prognóstica, o exercício inicial, em todos os doentes, de anamnese e exame físico meticulosos, seguidos por exames complementares clínicos direcionados e sistematicamente analisados, visando identificação precoce de condições clínicas potencialmente fatais e seu manejo terapêutico precoce e eficaz.

Palavras-chave: Síndrome neuroléptica maligna, olanzapina, clínica, diagnóstico, tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) is a major complication of the use of antipsychotics, relatively rare, but potentially fatal, and can lead to death in 10-20 % of cases.1-5. This syndrome is characterized by severe muscle stiffness development and hyperthermia associated with at least two other symptoms: Diaphoresis, dysphagia, tremor, incontinence, confusion / coma, mutism, tachycardia / tachypnea, high or unstable blood pressure, leukocytosis and CPK elevation⁶. **Objective:** To report a case of a diabetic and hypertensive patients in psychiatric care for bipolar affective disorder that developed Neuroleptic Malignant Syndrome by the use of atypical antipsychotics: olanzapine, aiming suggest clinical procedures that can improve the diagnostic accuracy of Neuroleptic Malignant Syndrome and, therefore, therapeutic efficacy. **Method:** Information was obtained through medical record review, photographic documentation of diagnostic methods to which the patient underwent and literature review in specialized sources: books, magazines, articles available on Internet sites (SciELO, Bireme, Pubmed, Journal of Psychiatry, other) using as keywords: neuroleptic malignant syndrome; olanzapine clinical; diagnostics; treatment. **Conclusion:** Concluded to be essential for an excellent medical practice, with significant therapeutic and prognostic efficacy, the initial exercise, in all patients, of anamnesis and meticulous physical examination, followed by targeted clinical exams and systematically analyzed, aiming identification early life-threatening medical conditions and their early and effective therapeutic management.

KEYWORDS: neuroleptic malignant syndrome, olanzapine, clinic, diagnosis, treatment.

INTRODUÇÃO

A Síndrome Neuroléptica Maligna (SNM) é uma das principais complicações do uso de antipsicóticos, relativamente rara, porém potencialmente fatal, podendo levar ao óbito em 10 a 20% dos casos¹⁻⁵. Esta síndrome é caracterizada pelo desenvolvimento de rigidez muscular grave e hipertermia, associados a pelo menos dois outros sintomas: Diaforese, disfagia, tremor, incontinência, confusão mental/coma, mutismo, taquicardia/taquipneia, pressão arterial elevada ou instável, leucocitose; elevação de CPK, conforme ilustrado na figura 1⁶. Foi descrita pela primeira vez em 1960, na literatura francesa, por *Delay e col.*² e em 1968, na literatura inglesa, por *Delay e Deniker*.³ Sua incidência relacionada com os antipsicóticos típicos varia entre 0,02% a 2,46%, porém com o uso dos antipsicóticos atípicos ainda não foi bem estabelecida⁴. O diagnóstico baseia-se em critérios clínicos, laboratoriais e de exclusão de outras condições médicas gerais ou psiquiátricas que explicariam os demais sintomas⁷.

Critérios Diagnósticos para Síndrome Neuroléptica Maligna	
	Critérios
	Desenvolvimento de rigidez muscular grave e hipertermia associados com o uso de neurolépticos
	Dois sintomas ou mais > diaforese (sudorese abundante), disfagia, tremor, incontinência, confusão/coma, mutismo, taquicardia/taquipneia, pressão arterial elevada ou instável, leucocitose e CPK elevada
	Os sintomas dos critérios A e B não são devidos a uma substância, por exemplo a Fenciclidina
	Os sintomas dos critérios A e B não são bem explicados por um transtorno mental

Figura 1. Critérios diagnósticos para síndrome Neuroléptica maligna.

OBJETIVO

Relatar um caso de uma paciente diabética e hipertensa, em acompanhamento psiquiátrico por transtorno afetivo bipolar, que desenvolveu a Síndrome Neuroléptica Maligna pelo uso do antipsicótico atípico: Olanzapina, visando sugerir condutas clínicas que possam melhorar a precisão diagnóstica da Síndrome Neuroléptica Maligna e, consequentemente, a eficácia terapêutica.

MÉTODO DE PESQUISA

As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e revisão bibliográfica em fontes especializadas: livros, revistas, artigos disponíveis em sites da internet (SciELO, Bireme, Pubmed, Revista Brasileira de Psiquiatria, outras) utilizando-se como palavras-chave: síndrome neuroléptica maligna; olanzapina, clínica; diagnóstico; tratamento.

RELATO DE CASO

D.E.S., 57 anos, branca, viúva, ensino fundamental completo, católica, do lar, brasileira, residente e domiciliada em Campos dos Goytacazes, RJ, em acompanhamento psiquiátrico por transtorno afetivo bipolar; diabética, hipertensa, etilista social e tabagista de longa data, em uso regular de Depakene, Neuleptil e Olanzapina. Cartão Vacinal e Preventivo Ginecológico: irregulares. Foi admitida no serviço de emergência médica no dia 02 de abril de 2015 com quadro de tremores involuntários em membros superiores e rigidez muscular há quatro dias, associado a quadro pulmonar de desconforto respiratório.

Ao exame físico, paciente em regular estado geral, acordada, interagindo pouco com o examinador, acianótica, anictérica, hipocorada (+/4+), desidratada (++/4+), afebril, dispneica. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros, pressão arterial: 150x100 mmHg, frequência cardíaca: 100 bpm. Tórax com expansibilidade diminuída, frêmito tóraco-vocal aumentado, submacicez à percussão de bases pulmonares, murmúrio vesicular audível bilateralmente, com roncos em bases pulmonares, frequência respiratória: 30 irpm. Abdome depressível e indolor à palpação superficial e profunda, ausência de massas ou visceromegalias palpáveis, peristalse presente. Membros superiores: Hipertonia muscular e tremores involuntários em membros direito e esquerdo. Membros inferiores: Pulsos pediosos palpáveis, panturrilhas livres, ausência de edema. Em um primeiro momento, os exames de internação eram: 1- Sangue: Hematócrito: 42,50%, Hemoglobina: 15,10g/dL, Hemácias: 5,24 milhões/mm³, Leucócitos: 17.100/mm³, Bastões: 1%, Segmentados: 78%, Linfócitos: 17%, CK- total: 172,00 U.I./L. Glicose: 93 mg/dL, Uréia: 23mg/dL, Creatinina:0,5 mg/dL, Ácido úrico: 5,10 mg/dL, Sódio: 136, mEq/L, Potássio: 3 mEq/L, Magnésio: 1,70 mEq/L, Cálcio: 8,1 mg/dL. 2 – Imagem: RX de Tórax compatível com Pneumonia Aspirativa.

Foi solicitado parecer da Pneumologia e iniciado tratamento adequado; solicitado parecer da Psiquiatria e iniciado Akineton 2mg 2x/dia. No terceiro dia de internação hospitalar, a paciente apresentou contrações generalizadas e contínuas. Como conduta, o Akineton foi aumentado de 2x para 3x/dia. Após novo parecer da Psiquiatria, no quarto dia de internação hospitalar, foi aventada a hipótese diagnóstica de Síndrome Neuroléptica Maligna pelo consequente uso de Olanzapina. Foram descartadas outras causas orgânicas como infecção urinária, insuficiência renal aguda ou infarto agudo do miocárdio. A abordagem terapêutica incluiu suporte clínico, prescrição de Akineton, Parlodel, Lorazepam e suspensão do agente Olanzapina. Após sete dias de internação hospitalar, a paciente apresenta melhora importante da espasticidade e das contrações. A antibioticoterapia é suspensa e novos exames são solicitados: 1 – Sangue: Série vermelha sem alterações, Leucócitos: 17.800/mm³, Segmentados: 83, Bastões: 3, VHS: 70mm, PCR:192, Glicose: 127 mg/dL, Uréia: 56mg/dL, Creatinina:0,8 mg/dL, Sódio: 161 mEq/L, Potássio: 3,4 mEq/L, Cálcio: 10,6 mg/dL, Magnésio: 2,1 mg/dL, LDH: 481 mg/

dL, Amilase: 223mg/dL, Lipase: 4 mg/dL. No décimo dia de internação, é iniciado novo antibiótico: Levofloxacina.

No dia 14 de abril, a paciente apresentou episódios de vômitos, protrusão da língua, rigidez e tremores generalizados, com piora do estado geral, hipertermia (39.1°C) mantida e calafrio gemente com intensificação dos demais sintomas espásticos. Na evolução da enfermaria: PA: 90X60 mmHg, FC: 130 bpm, com alterações nos parâmetros laboratoriais com Leucocitose 10.800/ mm³, plaquetas 153.000/mm³, VHS 34 mm/h PCR 45,6mg/dL, uréia 56 mg/dL, creatinina 1,1 mg/dL, sódio 170 mEq/L, potássio 2,2 mEq/L, LDH 481 U/L, CK 388 U/L, CK-MB 29U/L. Paciente foi transferida para unidade de terapia intensiva, onde veio a óbito às 11:30 do dia 15 de abril de 2015.

DISCUSSÃO

A Síndrome Neuroléptica Maligna (SNM) é uma complicação do tratamento com antipsicóticos que quando não suspeitada, pode não ser diagnosticada. Apesar dos antipsicóticos atípicos serem mais seguros e de fáceis de usar, efeitos colaterais como a SNM ainda são descritos. No geral, pouco se sabe sobre esta síndrome, uma vez que a grande maioria dos dados é proveniente de relatos de casos, e ainda menos se sabe sobre sua apresentação associada ao uso de antipsicóticos atípicos⁸. Esta síndrome é mais frequente com antipsicóticos típicos de alta potência⁹, no entanto, já foi descrita com o uso dos demais antipsicóticos, incluindo os atípicos como Clozapina, Risperidona, Quetiapina e Olanzapina. Também já foi descrita com a retirada de terapia dopaminérgica com a Levodopa e Amantadina, uso de Metoclopramina e Droperidol⁸.

A frequência da SNM entre pacientes em uso de antipsicóticos varia de 0,07 a 2,2% e a mortalidade desta condição varia de 10-30%¹⁰. A hipótese da redução da atividade dopaminérgica no cérebro, provavelmente pelo bloqueio de receptores dopaminérgicos D2 no neo-estriado e hipotálamo, é a mais difundida. Acredita-se que o bloqueio dos receptores de dopamina nas regiões do hipotálamo e corpo-estriado, resultem em uma dissipação prejudicada do calor e manutenção da temperatura corpórea e quadros de rigidez muscular, respectivamente. A produção aumentada de calor associada ao prejuízo de sua dissipação resultaria no quadro de hipertermia, um dos principais sintomas desta síndrome⁵. Mas além, diversos outros mecanismos fisiopatológicos são propostos para explicar a SNM: Distúrbio nos receptores de glutamato ou serotonina; hiponatremia central; hiper-reatividade do sistema nervoso simpático; bem como um tipo de resposta de fase aguda, entendida como hipótese neuroimunológica¹¹.

Evidências crescentes apontam que a hipótese neuroimunológica pode desempenhar um papel no desenvolvimento desta síndrome, uma vez que a fase aguda da síndrome seria uma resposta fisiológica complexa decorrente da injúria tissular, onde estímulo inflamatório ativaria monócitos e macrófagos, com consequente liberação de citocinas inflamatórias que agiriam no fígado, estimulando

a produção de proteínas de fase aguda. Estas em conjunto com as citocinas resultariam em uma resposta sistêmica generalizada, provocando alterações neuroendócrinas (febre; aumento do CRH, ACTH e cortisol e comportamento doentio), metabólicas (destruição muscular e aumento de enzimas musculares – CPK e osteoporose), hematológicas (leucocitose, trombocitose e anemia) e bioquímicas (diminuição do ferro e do zinco e aumento do cobre)¹².

Os fatores de risco para desenvolvimento da SNM incluem: episódio prévio de SNM, desidratação, agitação, ingesta oral pobre, ambientes com temperatura elevada, estresse emocional, umidade e uso concomitante de lítio, agentes anticolinérgicos e alguns antidepressivos¹³.

Pacientes em uso de neurolépticos que desenvolvem rigidez muscular, hipertermia e disfunção autonômica, devem ter todas suas medicações psicotrópicas suspensas enquanto se realiza uma investigação diagnóstica rigorosa em busca da etiologia específica. Temperatura elevada, sintomas extrapiramidais (particularmente rigidez) e instabilidade autonômica (pressão arterial elevada ou lábil, taquicardia, diaforese profusa, incontinência e palidez) são consideradas características cardinais da SNM. Outros achados que podem ajudar no diagnóstico são: alteração do nível de consciência, mutismo, tremor, leucocitose e CPK elevada. É importante que outras condições médicas gerais sejam previamente excluídas para que se realize o diagnóstico de SNM⁵.

As desordens que podem ser diagnósticos diferenciais para a SNM incluem: outras causas de rabdomiolise, infecção do sistema nervoso central, tumor cerebral; tétano, intoxicação por lítio, insolação induzida por neurolépticos, catatonía, interação de fármacos com inibidores de monoaminoxidase, síndrome anticolinérgica central e hipertermia maligna induzida por anestesia⁵.

O tratamento desta síndrome inclui suporte clínico, suspensão do antipsicótico ou outro agente causal, e ocasionalmente uso de drogas como agonistas dopaminérgicos (Bromocriptina) e Dantrolene⁸.

CONCLUSÃO

Conclui-se ser essencial para uma prática médica de excelência, com significativa eficácia terapêutica e prognóstica, o exercício inicial, em todos os doentes, de anamnese e exame físico metuculosos, seguidos por exames complementares clínicos direcionados e sistematicamente analisados, visando identificação precoce de condições clínicas potencialmente fatais e seu manejo terapêutico precoce e eficaz.

REFERÊNCIAS

- 1-Kogoj A, Velikonja I. Olanzapine induced neuroleptic malignant syndrome-a case review. *Hum Psychopharmacol Clin Exp.* 2003;18:301-9.
- 2- Delay J, Pichot P, Lempriere T. Un neuroleptique majeur non phenothiazine et non reserpinique l'haloperidol dans le traitement des psychoses. *Ann Med Psychol (Paris)*1960;118:145-152.
- 3- Delay J, Deniker P. Drug-induced extrapyramidal syndromes. In Vinken PJ, Bruyn GW (eds). *Diseases of basal ganglia. Handbook of Clinical Neurology Vol 6.* Amsterdam: North Holland, 1968: 248-266.
- 4- Nielsen J, Bruhn AM. Atypical neuroleptic malignant syndrome caused by olanzapine. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;112:238-40.
- 5- ADNET, P.; LESTAVEL, P.; KRIVOSICHORBER, P.. Neuroleptic malignant syndrome. *Br. J. Anaesth.* v. 85, n. 1, p. 129-135, 2000. Disponível em: < <http://bj.oxfordjournals.org/content/85/1/129.long>>. Acessado em: 11 Dez 2014.
- 6- American Psychiatric Association (APA). Manual diagnostico e estatistico de transtornosmentais (DSM-IV-TR). 4a ed. 1994.
- 7- Seitz DP. Diagnostic uncertainty in a case of neuroleptic malignant syndrome. *CJEM.*2005;7 (4):266-72.
- 08-GUPTA, S.; NIHALANI, N. D.. Neuroleptic Malignant Syndrome: A Primary Care Perspective. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry.* v. 6, n. 5, p. 191–194, 2004. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC518983/>>. Acessado em: 11 Dez 2014.
- 9-MOSCOVICH, Mariana et al . Neuroleptic malignant syndrome. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo , v. 69, n. 5, Oct. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2011000600005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 07 Dez 2014.
- 10-MANJU, P.; SHON, G. M.; SAVIO, J.; REBERT, J. L.. An Atypical Presentation of Neuroleptic Malignant Syndrome: Diagnostic Dilemma in a Critical Care Setting
- 11-REULBACH U, DÜTSCH C, BIERMANN T, SPERLING W, THUERAUF N, KORNHUBER J, BLEICH S.. Managing an effective treatment for neuroleptic malignant syndrome. *Critical Care*, v. 11, n. 1, s. R4, 2007. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2151884/>>. Acessado em: 11 dez 2014.
- 12-ANGLIN, R. E.; RESEBUSH, P. I.; MAZUREK, M. F.. Neuroleptic malignant syndrome: a neuroimmunologic hypothesis. *CMAJ*, v. 182, n. 18, 2010. Disponível em:< <http://www.cmaj.ca/content/182/18/E834.full>>. Acessado em: 11 Dez 2014
- 13-Respir Care, v. 57, n. 2, p. 315-317, 2012. Disponível em:< <http://rc.rcjournal.com/search?author1=Shon+G+Michael&sortspec=date&submit=Submit>>. Acessado em: 11 Dez 2014.

Questionário para ser aplicado a Enfermeiros do SMI HLUZ Lisboa com objetivo de elaborar uma apresentação em formato *powerpoint* para a equipa de enfermagem sobre a temática da DNR (Decisão de Não Reanimação), tornando-a mais interativa, após perceber o seu conhecimento e experiência na prática.

- Para cada pergunta indique a(as) resposta(s)/opção(ões) que justifiquem a sua opinião. Para as questões de Sim/Não selecione apenas uma opção.

1. Que critérios são considerados na DNR?

- Doença terminal
- Idade
- Prognóstico
- Suporte científico
- Co-morbilidades
- Vontade do doente/família
- Outro _____

2. Quando é tomada a DNR no local onde exerce funções?

- Decidido após diagnóstico e prognóstico do doente.
- Doente em fase terminal
- Doente em fase agónica
- Outro _____

3. No local onde exerce funções, quem toma a DNR?

- Diretor do serviço
- Médico assistente
- Equipa médica
- Equipa enfermagem
- Equipa multidisciplinar
- Doente
- Família
- Outro _____

4. No local onde exerce funções, quem participa na DNR?

- Diretor do serviço
- Médico assistente
- Equipa médica
- Equipa enfermagem De que forma? _____
- Equipa multidisciplinar
- Doente
- Família
- Outro _____

5. No local onde exerce funções, quem toma conhecimento da DNR?

- Diretor do serviço
- Médico assistente
- Equipa médica
- Equipa enfermagem
- Equipa multidisciplinar
- Doente
- Família
- Outro _____

6. Quem considera que deve participar na DNR?

- Diretor do serviço
- Médico assistente
- Equipa médica
- Equipa enfermagem De que forma? _____
- Equipa multidisciplinar
- Doente
- Família
- Outro _____

7. Alguma vez considerou inapropriada uma DNR?

- Sim
- Não

7.1 Porquê? _____

7.2 Se sim, como manifestou a sua opinião?

- Comunicou com a equipa de enfermagem
- Comunicou com a equipa multidisciplinar
- Comunicou com o seu superior hierárquico
- Não fez nada, porque não se sente responsável pela tomada de decisão
- Foi objetor de consciência
- Outro _____
-

8. Considera benéfica a DNR? Indicação de não reanimação

- Sim
 - Não
 - Se sim, quais os benefícios? _____
-

9. Alguma vez esteve perante um doente terminal ou com prognóstico reservado, sem indicação de DNR e que considerou que o mesmo deveria ter essa indicação?

- Sim
- Não

9.1. Como manifestou a sua opinião?

- Comunicou com a equipa de enfermagem
- Comunicou com a equipa multidisciplinar
- Comunicou com o seu superior hierárquico
- Não fez nada, porque não se sente responsável pela tomada de decisão
- Foi objetor de consciência
- Outro _____

10. Alguma vez se deparou com medidas terapêuticas desproporcionadas perante um doente terminal com INR?

- Sim
- Não

10.1 Quais as medidas que considera desproporcionadas mais frequentemente utilizadas no serviço onde exerce funções?

- Antibioterapia
- Técnicas invasivas
- Meios de diagnóstico Suporte transfusional

- Colheita de espécimes
- Outro _____

11. Acha que a sua atitude alguma vez se alterou perante um doente com DNR?

- Sim
- Não

Se sim, de que forma? _____

12. Qual a sua atitude perante um doente com DNR?

- Presta cuidados de conforto várias vezes
- Atua de forma igual apesar da DNR
- Envolve-se mais com o doente, comunicando sempre que possível
- Promove privacidade
- Presta cuidados mínimos
- Satisfaz as necessidades do doente
- Evita conversar com o doente, se consciente, não facilitando o esclarecimento de dúvidas
- Outra _____

13. Alguma vez evitou/ocultou a informação à pessoa com DNR, quando esta questiona sobre o seu estado clínico?

- Sim
- Não

13.1. Se sim, porquê?

- Porque considerou ser o melhor para o doente
- Por vontade da família contribuindo para a conspiração do silêncio
- Porque não se sentia à vontade para falar com o doente sobre DNR
- Outro _____

14. Considera que o processo de DNR respeita a dignidade e autonomia do doente, e é eticamente correto?

- Sim
- Não Porquê? _____

15. Considera que existem dificuldades na implementação da DNR?

- Sim
- Não
- Se sim, quais as dificuldades? _____

Reflexão

Morrer sozinho? Para quê? A que custo?

Em pleno estado pandémico, onde o que era certo, segundo a Lei n.º 15/2014 - Diário da República n.º 57/2014, Série I de 2014-03-2, Capítulo III, secção I, art. 12º Direito ao acompanhamento: “(...) a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço.”, instalou-se o caos e aquilo que era claro é agora mais cinzento, uma nevoa que paira no ar, um “elefante no meio da sala” que toda a gente tenta não proferir por ser mais fácil não chegar a uma decisão sobre tal. É que, se antes já era difícil para nós humanos mas mais especificamente, nós profissionais de saúde em contexto de cuidados intensivos, proporcionar a morte dos nossos pacientes assistida pela família ou entes queridos, como ela é, segundo Vieira e Amaro “A morte é uma etapa natural da vida, talvez o ato último da vida, mas tão importante e valioso como essa mesma vida.”, parece que regredimos ainda mais. Agora, vergonhosamente, munimo-nos disso para nos desculparmos da nossa incapacidade dizendo: *“sabe... estão proibidas as visitas, ou, é difícil perceber quando vai acontecer e por isso não pode permanecer na unidade tanto tempo...”*

A problemática está, em que para nós, o sofrimento dos outros já era difícil muito antes da pandemia e agora só permanece... mas agora, temos a desculpa quase perfeita, mais fácil... e ainda mais desumano.

Somos teoricamente preparados para lidar com a morte física dos nossos pacientes, mas não somos todos capazes de lidar com o fim de uma vida emocional, espiritual e do sofrimento que daí advém. E daí? Temos de ser todos bons na comunicação das más notícias? Mas por acaso somos todos especialistas em diálise, ventiladores, traçados cardíacos e outras técnicas especializadas dentro da unidade ou fora dela? Não somos uma equipa por e para isso mesmo? Deve tratar destes assuntos quem competência tenha para os acompanhar. E foi isso que aconteceu e que tanto gosto de fazer.

Durante este estágio, uma paciente foi trazida à unidade hospitalar após uma crise convulsiva inaugural em casa e permaneceu na unidade de cuidados intensivos e tudo foi feito para que revertesse a situação em causa, mas não se conseguiu reverter a situação terminando numa atividade elétrica de base lenta sem evolução ao longo dos dias, sem

capacidade de extubação ou viabilidade de qualquer forma de vida (testada e justificada cientificamente através de inúmeros meios de diagnóstico).

Durante todo o internamento foi aberto o diálogo com a família e exposta a situação diariamente, até que chegamos à celebre questão: “*Não podemos ir vê-la?*” e é aqui que entram os problemas ético-legais-emocionais-pandêmicos, o que fazemos agora?

Em equipa decidiu-se que abríamos exceção e viria um familiar vê-la. E assim se sucedeu por inúmeras vezes.

Quando se percebeu que por mais medidas invasivas ou não invasivas que se proporcionasse não havia resposta fisiológica que justificasse mais investimento e entravamos em futilidade terapêutica, diz Kant (1991), “No reino dos fins, tudo tem um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode pôr-se, em vez dela, qualquer outra coisa como equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e, portanto, não permite equivalente, então ela tem dignidade.”. Também Soares (2004), defende que, “considerar que a finalidade do nosso agir é prolongar a vida a todo o custo, deixará obviamente de fazer sentido se este custo for a dignidade humana.”

Assim, se tivermos como princípio básico o de se optar sempre pela preservação da vida, independente da situação clínica, estaremos com tal atitude negando a existência da finitude humana. Devemos ter em atenção que existe um momento na evolução da doença em que a morte se torna um desfecho esperado e natural, não devendo, portanto, ser combatida. Foi partilhado com a família que desde muito cedo foram reticentes em cessar o que quer que fosse, mas dando mais dias e trabalhando o emocional das mesmas perceberam que talvez tivesse chegado naturalmente a altura.

Depois veio a questão por parte da família: “*Então, mas se vai falecer nós queremos cá estar.*”

“*Cá estar? Então e o Covid? Não.. não podem... como? Permanecer cá no período noturno?*”

E quando se sabia que o processo natural de morte estaria por horas a equipa decidiu arriscar e deixar pernoitar uma das netas. Durante a manhã seguinte a senhora faleceu com todas as suas filhas e netas ao seu redor, sem medidas invasivas, sem mais medidas tomadas, só medicação de conforto e muito amor e isso via-se à distância.

Apesar de esta paciente ficar entregue a um colega durante este turno quem cuidou desta família e deste luto foi quem mais apresentou capacidade para o fazer, eu e a Enfª Marta tratamos da família, pedimos para entrar, demos-lhe cadeiras para se sentarem, os abraços que precisaram, as palavras que apesar de poucas foram as mais sinceras, lenços onde limpar as lágrimas e espaço para chorarem e todas juntas viram o amor das suas vidas partir. E por meia hora, não houve vírus que ali entrasse.

Quando se sentiram preparadas partiram e agradeceram à equipa tudo o que tínhamos feito por elas, família e paciente.

E entre colegas agradecemos a troca de papéis que houve sem que precisássemos de pedir, do nosso lado para sermos nós a cuidar e da parte dele em que a sua especialidade não era esta, pelo menos nesse dia. Por que todos somos dias.

Prestamos os cuidados pós morte e refletimos depois como aquilo fez sentido para nós, gerou um debate entre a equipa que estava a fazer turno sobre o facto de se ter proporcionado a entrada de tanta gente mas também na forma como o luto destas pessoas foi também vivido, a saberem exatamente como aconteceu, foi visto e vivido e não foi recebido por telefone por questões pandémicas. Foi como todos têm de ser. Humanizados.

Senti que se agiu bem dada a situação, começando pelas questões de segurança que foram acauteladas com o uso de EPIs que a família manteve sempre colocados não pondo em risco ninguém ao redor e proporcionando um momento que aquela família em especial não vai esquecer.

Noutra situação, também de falecimento de um senhor que entra na unidade por uma lesão renal crónica agudizada, onde numa tarde fizemos tudo o que estava ao nosso alcance investindo com tudo o que lhe podíamos oferecer, não obtendo respostas positivas, e infelizmente evolui para óbito na manhã seguinte, lembro-me, porque apesar de não prestar cuidados diretos ao senhor, nessa manhã a minha única ação foi apenas passar pela sala de espera, e conhecendo a situação, ouvi a família, abracei e chorei junto e com eles.

Thompson, Melia e Boyd (2004), citando o psicólogo Eric Berne, afirmam que “aprender a dizer ‘Olá’ e ‘Adeus’, como deve ser, são duas das aptidões mais importantes da vida. O modo como saudamos uma nova vida e o modo como nos despedimos perante a morte são dois dos rituais mais importantes em todas as sociedades humanas (...)”

Quando tudo teve o seu fim, a família veio ter comigo e agradeceu-me, eu disse que não fiz nada nem fiquei responsável pelo senhor e a, agora, viúva, respondeu, “fez tudo”.

Bibliografia:

- DRE, Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, Lei n.º 15/2014 - Diário da República n.º 57/2014, Série I de 2014-03-21, consultado a 21/10/2020, às 20h em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/106863378/201704281148/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice ;
- Soares, D. (2004, Junho). Fim de vida: Limitação do esforço terapêutico. Nursing, nº189;
- Thompson, I.E. et al. (2004). Ética em enfermagem (4ªed). Cascais–Mem-Martins: Lusociência.
- Vieira J.; Amaro P., Considerações éticas em situação de paragem cardiorrespiratória – a Decisão de não reanimar; Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde de Beja;

6. ANEXOS

4 — Os requerentes relativamente aos quais subsistam dúvidas fundamentadas nos termos do previsto n.º 4 do artigo 6.º, serão submetidos a uma prova oral e escrita, pessoal e presencial nos termos previstos no presente Regulamento.

Artigo 9.º

Organização

1 — A organização e coordenação da prova de procedimento de controlo linguístico compete ao Conselho de Enfermagem, o qual pode, sempre que se justifique, ser coadjuvado pelos Colégios das Especialidades em Enfermagem.

2 — Nos termos do número anterior, compete ao Conselho de Enfermagem estabelecer as normas orientadoras, matrizes, conteúdos programáticos e critérios de avaliação no âmbito da atribuição do título de Enfermeiro de Cuidados Gerais.

3 — Quando esteja em causa a realização de procedimento de controlo linguístico para atribuição do título de Enfermeiro Especialista, compete ao Conselho de Enfermagem, em colaboração com os Colégios das Especialidades, estabelecer as normas orientadoras, matrizes, conteúdo programático e critérios de avaliação da prova.

4 — A prova será realizada por júri composto por três membros efetivos e três suplentes, indicados pelo Conselho de Enfermagem de entre os seus membros e, ou peritos e nomeados pelo Conselho Diretivo, que designa o presidente.

Artigo 10.º

Natureza

1 — A prova é obrigatoriamente constituída por uma componente escrita e uma componente oral, as quais têm natureza técnico-científica, incidindo sobre áreas do conhecimento relevantes para o acesso e exercício da profissão de Enfermeiro em Portugal.

2 — A classificação é de “Apto” e “Não apto”, sendo a decisão tomada por maioria.

3 — Serão considerados aptos os requerentes que obtenham aprovação na componente escrita e na componente oral.

4 — Os requerentes que vierem a obter classificação de “não apto”, poderão repetir a prova seis meses depois.

Artigo 11.º

Realização da Prova

1 — As provas que integram o procedimento de controlo linguístico terão lugar em data e local a indicar pelo Conselho de Enfermagem através da página oficial da Ordem dos Enfermeiros.

2 — As normas orientadoras, matrizes, conteúdo programático e critérios de avaliação da prova a realizar serão disponibilizados na página oficial da Ordem dos Enfermeiros.

CAPÍTULO IV

Disposições Finais

Artigo 12.º

Casos omissos

As dúvidas e omissões suscitadas pelo presente Regulamento serão apreciadas e decididas pelo Conselho Diretivo, ouvida a Comissão de Atribuição de Títulos e o Conselho de Enfermagem, quando necessário, tendo por base o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, a Diretiva 2005/36/CE, a Lei n.º 9/2009, nas suas redações atuais, o Código do Procedimento Administrativo e a demais legislação aplicável.

Artigo 13.º

Norma revogatória

Com a entrada em vigor do presente Regulamento é revogado o Regulamento da Prova de Comunicação Linguística, publicado pelo Regulamento n.º 339/2017, em *Diário da República*, 2.ª série, n.º 120, de 23 de junho de 2017.

Artigo 14.º

Entrada em vigor

O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte à sua publicação no *Diário da República*.

18 de janeiro de 2019. — A Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, *Ana Rita Pedroso Cavaco*.

311997376

Regulamento n.º 140/2019

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Preâmbulo

A entrada em vigor da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro veio introduzir alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que aprovou o regime jurídico da criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais.

A mencionada alteração originou um desfazimento entre o Estatuto agora em vigor e regulamentos previamente existentes, em particular quanto à atribuição de títulos bem como aos critérios desenvolvidos para a atribuição de título de enfermeiro especialista.

A necessidade de conformar o atual Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros em vigor, e ainda com a realidade da prestação de cuidados de enfermagem, justificam a alteração agora proposta, através da qual se pretende consolidar e uniformizar procedimentos em vigor, conferindo maior objetividade e transparência aos processos subjacentes.

Os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros acompanha esta exigência, através da atribuição de título de enfermeiro especialista, em seis especialidades: a) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; b) Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; c) Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; d) Enfermagem de Reabilitação; e) Enfermagem Médico-Cirúrgica, e f) Enfermagem Comunitária.

Neste sentido, 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, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem o objeto do presente Regulamento.

As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que aqui se regulam de acordo com as disposições do Estatuto agora em vigor, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.

Considera-se o presente projeto de Regulamento dispensado de audiência dos interessados, nos termos do artigo 100.º do CPA, uma vez que as suas disposições não afetam, de modo direto e imediato, direitos ou interesses legalmente protegidos dos cidadãos, uma vez que não é provocada na ordem jurídica qualquer alteração significativa merecedora de tutela ou proteção jurídica.

Assim,

A Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão extraordinária de 18 de janeiro de 2019 ao abrigo do disposto na alínea i) do artigo 19.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, deliberou aprovar o presente Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, apresentado e aprovado pelo Conselho Diretivo em reunião de 21 de novembro de 2018 sob proposta do Conselho de Enfermagem, nos termos do disposto nas alíneas h) e o) do n.º 1 do artigo 27.º, após parecer do Conselho Jurisdicional, em cumprimento do vertido na alínea h) do n.º 1 do artigo 32.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, com a seguinte redação:

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

SECÇÃO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto

O presente Regulamento define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

Artigo 2.º

Âmbito e finalidade

1 — O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade.

2 — O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados.

3 — A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.

SECÇÃO II

Conceitos

Artigo 3.º

Conceitos

Para efeitos do presente Regulamento e dos demais Regulamentos que estabelecem as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialidade em enfermagem, entende-se por:

a) “Competências comuns”: são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;

b) “Competências específicas”: são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

c) “Competência Acrescida”: os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo.

d) “Certificação de competências”: o ato formal que permite reconhecer, validar e certificar o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, nos diversos domínios de intervenção, direcionado a atestar a formação, experiência ou qualificação do enfermeiro numa área diferenciada, avançada e ou especializada, bem como a verificação de outras condições exigidas para o exercício da Enfermagem;

e) “Reconhecimento”: o processo de avaliação e verificação de conformidade, de competências e aprendizagens demonstráveis, aos critérios estabelecidos na Matriz de Reconhecimento das áreas de competência acrescida, conforme anexo ao Regulamento n.º 556/2017, de 17 de outubro;

f) “Domínio de competência”: uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.

g) “Descritivo de competência”: a competência, em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho.

h) “Unidade de competência”: é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função maior ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.

i) “Critérios de avaliação”: compreendem a lista integrada dos elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando-se com o alcance descrito.

CAPÍTULO II

Das Competências

Artigo 4.º

Domínios das competências comuns

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, conforme os anexos I a IV ao presente Regulamento, e que dele fazem parte integrante, são as seguintes:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
- b) Melhoria contínua da qualidade (B);
- c) Gestão dos cuidados (C);
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

Artigo 5.º

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

1 — As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

- a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1);
- b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Artigo 6.º

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

1 — As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

- a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1);
- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2);
- c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo II).

Artigo 7.º

Competências do domínio da gestão dos cuidados

1 — As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

- a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo III).

Artigo 8.º

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

1 — As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as seguintes:

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1);
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo IV).

CAPÍTULO III

Da Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista

Artigo 9.º

Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista

A atribuição do título de enfermeiro especialista faz-se nos termos do Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, conjugado com as disposições

específicas dos Regulamentos em vigor para cada uma das Especialidades em Enfermagem, conforme previsto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

CAPÍTULO IV

Disposições finais

Artigo 10.º

Revogação e entrada em vigor

1 — O presente Regulamento revoga o Regulamento n.º 122/2011, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35 de 18 de fevereiro, que definia o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelecia o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

2 — O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação no *Diário da República*.

ANEXO I

A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Competência

A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	A1.1.1 — Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente. A1.1.2 — Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência. A1.1.3 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa. A1.1.4 — Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções. A1.1.5 — Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional. A1.1.6 — Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. A1.1.7 — Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido.
A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.	A1.2.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.2.2 — Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão. A1.2.3 — Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão. A1.2.4 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.
A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	A1.3.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. A1.3.2 — Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.

Competência

A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos.	A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional. A2.1.2 — Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação. A2.1.3 — Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional. A2.1.4 — Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade. A2.1.5 — Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. A2.1.6 — Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.
A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	A2.2.1 — Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.2 — Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. A2.2.3 — Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. A2.2.4 — Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.

ANEXO II

B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**Competência**

B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	B1.1.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.1.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.
B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade	B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.2.2 — Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.2.3 — Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições. B1.2.4 — Cooperar na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

Competência

B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas	B2.1.1 — Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas. B2.1.3 — Integra auditorias clínicas. B2.1.4 — Analisa os resultados da avaliação efetuada.
B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua	B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Seleciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática. B2.2.5 — Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.
B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua.	B2.3.1 — Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.

Competência

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proativamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.	B3.1.1 — Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
	<p>B3.1.2 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais.</p> <p>B3.1.3 — Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares.</p> <p>B3.1.4 — Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes.</p> <p>B3.1.5 — Fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional.</p> <p>B3.1.6 — Incrementa a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos.</p>
B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.	<p>B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.</p> <p>B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco.</p> <p>B3.2.3 — Previne os riscos ambientais.</p> <p>B3.2.4 — Fomenta o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa.</p> <p>B3.2.5 — Cooperar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.</p> <p>B3.2.6 — Participa na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco.</p> <p>B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos.</p> <p>B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção.</p> <p>B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência e de catástrofe.</p>

ANEXO III

C — Domínio da gestão dos cuidados**Competência**

C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	<p>C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa.</p> <p>C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa de saúde.</p> <p>C1.1.3 — Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar.</p> <p>C1.1.4 — Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde.</p>
C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	<p>C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar.</p> <p>C1.2.2 — Cria guias orientadores das tarefas a delegar.</p> <p>C1.2.3 — Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar.</p> <p>C1.2.4 — Avalia a execução das tarefas delegadas.</p>

Competência

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	<p>C2.1.1 — Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados.</p> <p>C2.1.2 — Implementa métodos de organização do trabalho adequados.</p> <p>C2.1.3 — Coordena a equipa de prestação de cuidados.</p> <p>C2.1.4 — Negocia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade.</p> <p>C2.1.5 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.</p>

Unidades de competência	Critérios de avaliação
C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	C2.2.1 — Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. C2.2.2 — Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.3 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.4 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.5 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

ANEXO IV

D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**Competência**

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	D1.1.1 — Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2 — Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4 — Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.
D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	D1.2.1 — Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Atua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

Competência

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

Descritivo

O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.
D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica. . . .	D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	D2.3.1 — Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2 — Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5 — Assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.

18 de janeiro de 2019. — A Bastonária, *Ana Rita Pedrosa Cavaco*.

311997392

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Regulamento n.º 141/2019

No âmbito do Despacho RT.010/2019 de 21 de janeiro, publica-se o Regulamento da Comissão Ética da Universidade do Algarve.

21 de janeiro de 2019. — O Reitor, *Paulo Águas*.

Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve

Considerando que:

Na prossecução da sua missão, a Universidade do Algarve, enquanto centro de criação, transmissão e difusão da cultura e do conhecimento humanístico, artístico, científico e tecnológico, incumbe fomentar a investigação científica de alto nível e o desenvolvimento experimental;

Os membros da comunidade académica desta Universidade devem pautar a sua atividade em estrita observância de elevados padrões de integridade, de ética e de profissionalismo;

Aos membros da comunidade académica é exigida uma elevada responsabilidade profissional e social;

Com frequência, em determinadas candidaturas a projetos de I&D, carecem de ser validadas metodologias específicas por uma Comissão de Ética;

Em conformidade com o disposto no n.º 7 do artigo do artigo 9.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, as instituições de ensino superior podem definir códigos de boas práticas em matéria pedagógica e de boa governação e gestão.

Nos termos conjugados do disposto na alínea *o*) e *q*) do n.º 1 do artigo 92.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, da alínea *w*) do n.º 1 do artigo 33.º e ouvido o Senado Académico, nos termos do disposto na alínea *a*) do n.º 3 do artigo 38.º dos Estatutos da Universidade do Algarve, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65/2008, publicados no *Diário da República* n.º 246 de 22 de setembro, aprovo o Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve.

Em cumprimento do disposto no n.º 3 do artigo 113.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, o projeto que esteve na génese do presente Regulamento foi objeto de discussão pública, tendo sido para o efeito amplamente divulgado através da sua publicação no *Diário da República* n.º 199 de 16 de outubro de 2018 e no sítio da Internet <https://www.ualg.pt/content/documentos-ualg>, durante o prazo de 30 (trinta) dias, e audição do Senado Académico, em conformidade com o disposto na alínea *a*) do n.º 3 do artigo 38.º dos Estatutos da Universidade do Algarve, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65/2008, publicados no *Diário da República* n.º 246 de 22 de dezembro, findo os quais, foi em definitivo aprovado o Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve.

I — Disposições Gerais

Artigo 1.º

Objeto

O presente regulamento estabelece as regras de composição e funcionamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve, doravante designada por CE-UALG.

Artigo 2.º

Natureza e Atribuições

1 — A CE-UALG é um órgão colegial, multidisciplinar e independente, de natureza consultiva, que tem por missão promover a reflexão e contribuir para a definição de orientações, visando a consolidação de uma política de salvaguarda de princípios éticos, bioéticos e deontológicos nas áreas da investigação científica, do ensino, da interação com a sociedade e no funcionamento geral da Universidade.

2 — A CE-UALG zela pela observância e promoção de padrões de qualidade ética, nomeadamente de integridade e honestidade, bem como dos princípios deontológicos na atividade das unidades que integram a Universidade do Algarve e na conduta dos seus membros nas áreas referidas no número anterior.

II — Composição e Competências

Artigo 3.º

Composição

1 — A CE-UALG é constituída por 7 (sete) a 9 (nove) membros, designados e empossados pelo Reitor, ouvidos os Diretores das Unidades Orgânicas, devendo ser cumprido um critério de interdisciplinaridade.

2 — Dos membros a que se refere o número anterior, 2 (dois) a 3 (três) membros da CE-UALG são personalidades externas à Universidade, de forma a garantir os valores culturais e morais da comunidade, devendo o órgão funcionar com um número ímpar de membros.

3 — A designação de membros internos deve garantir um representante dos estudantes e um trabalhador não docente.

4 — A CE-UALG pode constituir comissões especializadas e solicitar a colaboração de outros técnicos ou peritos, sempre que o considere necessário.

5 — Os membros dos órgãos de direção ou gestão da Universidade não podem fazer parte da CE-UALG.

6 — O Presidente, o Vice-presidente e o Secretário da CE-UALG são eleitos de entre os seus membros.

7 — O Vice-presidente substitui o Presidente nas suas faltas e impedimentos.

Artigo 4.º

Mandato

1 — A duração do mandato dos membros da CE-UALG é de 4 (quatro) anos, a contar da data da sua nomeação, podendo ser renovado uma única vez, por idêntico período, devendo, para o efeito, ser obtida a anuência dos mesmos até 60 (sessenta) dias antes do respetivo termo.

2 — Qualquer membro poderá renunciar ao seu mandato desde que declare por escrito ao Reitor da Universidade do Algarve, mantendo-se, porém, em funções até à designação do novo membro, mas nunca por período superior a 60 (sessenta) dias.

3 — A renúncia considera-se tácita quando o membro faltar injustificadamente mais do que três vezes consecutivas às reuniões da Comissão.

4 — Os membros da CE-UALG podem ser destituídos pelo Reitor, após audição da própria Comissão, verificando-se situação de justa causa, nomeadamente o incumprimento dos seus deveres.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
2.2 — Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.	2.1.5 — Assegura processos de mentorado e coaching aos membros da equipa interdisciplinar para a melhoria dos resultados dos cuidados de enfermagem de saúde familiar. 2.2.1 — Participa no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar. 2.2.2 — Promove uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais. 2.2.3 — Utiliza sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar. 2.2.4 — Cria e sustenta uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção. 2.2.5 — Participa no desenvolvimento de legislação e políticas sociais, relacionadas com a saúde e direitos da família. 2.2.6 — Utiliza as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar.

311459965

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.****Preâmbulo**

Com a entrada em vigor das alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros introduzidas pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, e ao contrário do que se verificava até esta alteração, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros passou a identificar no seu artigo 40.º os Títulos de Enfermeiro Especialista passíveis de serem atribuídos, os quais consistem nos seguintes: (i) enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica; (ii) enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica; (iii) enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; (iv) enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; (v) enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica; (vi) enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

No caso da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, considerando a vasta abrangência da mesma, bem como, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, sobressaem e destacam-se diferentes áreas de enfermagem, das quais, em particular, se identificam as seguintes: área de enfermagem à pessoa em situação crítica, área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Para além disso, e ainda por força destas alterações, torna-se necessário definir um regime de compatibilização dos títulos de enfermeiros especialistas até aqui atribuídos pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente quando perante a necessidade de revalidação do título.

Nesta conformidade, nos termos conjugados das alíneas c), d) e f) do n.º 1 do artigo 42.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, após aprovação em Assembleia de Colégio, a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica apresentou ao Conselho Diretivo, a sua proposta de Regulamento, tendo o mesmo sido aprovado na reunião de 22 de dezembro de 2017, em Conselho Diretivo.

Foi ouvido o Conselho de Enfermagem, nos termos e para os efeitos do disposto na alínea a) do artigo 37.º, emitido Parecer pelo Conselho Jurisdicional, em observância dos termos conjugados da alínea h), do n.º 1 do artigo 27.º e da alínea h), do n.º 1 do artigo 32.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, tendo a proposta de Regulamento sido submetida a consulta pública dos membros do respetivo Colégio de Especialidade, nos termos do disposto no artigo 101.º do Código de Procedimento Administrativo.

Assim,

A Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão extraordinária no dia 3 de janeiro de 2018, ao abrigo do disposto nas alíneas i) e o) do artigo 19.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovou o seguinte Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo sido homologado

por despacho de 08 de maio de 2018 de Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Dr. Fernando Araújo:

Artigo 1.º**Objeto**

O presente regulamento define o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica que integra, juntamente com o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista definidas em regulamento próprio, o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção, 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, que visam prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados.

Artigo 2.º**Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica**

1 — As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica são:

- Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação no anexo I, sendo as mesmas aplicáveis relativamente aos títulos de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica atribuídos pela Ordem dos Enfermeiros até à entrada em vigor deste regulamento, nomeadamente em processos de recertificação de competências e avaliação de desempenho.

Artigo 3.º**Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica**

1 — As competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica são:

- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

2 — As competências específicas estabelecidas no número anterior são apresentadas com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação no anexo II.

Artigo 4.º

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa

1 — As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa são:

a) Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;

b) Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.

2 — As competências específicas estabelecidas no número anterior são apresentadas com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação no anexo III.

Artigo 5.º

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica — na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória

1 — As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória são:

a) Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa;

b) Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

2 — As competências específicas estabelecidas no número anterior são apresentadas com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação nos anexos IV.

Artigo 6.º

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica — na área de enfermagem à pessoa em situação crónica

1 — As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica são:

a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica;

b) Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.

2 — As competências específicas estabelecidas no número anterior são apresentadas com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação nos anexos V.

Artigo 7.º

Norma transitória

1 — O presente regulamento é aplicável a todos os pedidos de atribuição de título de enfermeiro especialista apresentados na Ordem dos Enfermeiros a partir da entrada em vigor do presente regulamento.

2 — Aos enfermeiros que se encontrem nas situações identificadas nas alíneas seguintes, aplica-se o disposto no artigo 2.º deste Regulamento:

a) Enfermeiros que já reúnam as condições para a atribuição do Título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

b) Enfermeiros que se encontram a frequentar Cursos de Pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem e Cursos de Mestrados com parecer favorável da Ordem dos Enfermeiros quanto à adequação

dos planos de estudos, desde que a terminem no prazo de cinco anos a contar da data da entrada em vigor do presente Regulamento.

Artigo 8.º

Norma revogatória

Com a publicação deste documento são revogados o Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro e Regulamento n.º 188/2015 de 22 de abril.

Artigo 9.º

Entrada em vigor

O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação no *Diário da República*.

9 de maio de 2018. — A Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, *Ana Rita Pedroso Cavaco*.

ANEXO I

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Os tratamentos médicos e cirúrgicos remontam da antiguidade. Os desenvolvimentos técnicos e científicos em resposta às necessidades em cuidados de saúde permitiram um desenvolvimento ímpar no diagnóstico e tratamento. Mais do que em qualquer outra época, este avanço no conhecimento oferece oportunidades que elevam a longevidade. Mas, viver mais nem sempre significa viver melhor.

Tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação.

Os processos médicos e cirúrgicos complexos dizem respeito ao conjunto de ações que implicam a tomada de decisão, baseada na informação relevante e potenciais consequências de cada alternativa e recurso, que determina a intervenção especializada do enfermeiro em contexto extra-hospitalar, hospitalar, domiciliário e comunitário. Estes processos terapêuticos constituem-se como respostas estruturadas, educativas e orientadas, para a necessidade em cuidados de enfermagem especializados face a problemas decorrentes de alterações anatomofisiológicas de órgãos e de sistemas de órgãos de natureza aguda ou crónica.

O avanço no conhecimento requer que o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização.

Em cumprimento do disposto n.º 2 do artigo 2.º do presente Regulamento, apresenta-se cada competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação, aplicáveis relativamente aos títulos de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica atribuídos pela Ordem dos Enfermeiros até à entrada em vigor deste regulamento, nomeadamente em processos de revalidação de títulos.

1 — Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica

Descritivo:

Atendendo à diversidade e complexidade dos processos médicos e/ou cirúrgicos vivenciados pela pessoa acometida por doença aguda ou crónica e respetiva família/cuidadores, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
1.1 — Identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.	1.1.1 — Estabelece relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família/cuidador alvo dos seus cuidados; 1.1.2 — Demonstra competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto;

Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>1.2 — Concebe planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</p> <p>1.3 — Implementa as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados.</p> <p>1.4 — Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença aguda ou crónica e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</p>	<p>1.1.3 — Reconhece as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção relevantes para a pessoa, família/cuidadores que vivenciam processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;</p> <p>1.1.4 — Previne complicações, reconhecendo a complexidade das situações de saúde vivenciadas pela pessoa, família e cuidadores;</p> <p>1.1.5 — Envolve a pessoa, família/cuidadores em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar;</p> <p>1.1.6 — Avalia o impacto que a situação decorrente do processo patológico agudo ou crónico e dos processos médico-cirúrgico complexos, tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa e/ou família/cuidadores alvo dos seus cuidados especializados.</p> <p>1.2.1 — Apoia a pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde-doença perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;</p> <p>1.2.2 — planos de intervenção com vista à promoção, prevenção e controlo da doença aguda ou crónica nos diversos contextos de ação;</p> <p>1.2.3 — Adequa estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas, de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto;</p> <p>1.2.4 — Valoriza o potencial da pessoa, família/cuidador na vivência do processo de transição saúde-doença, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;</p> <p>1.2.5 — Prioriza as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</p> <p>1.3.1 — Reconhece situações de especial complexidade e implementa intervenções especializadas decorrentes da patologia aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;</p> <p>1.3.2 — Adequa os recursos à consecução das diferentes intervenções especializadas e prevenção de complicações e eventos adversos decorrentes da patologia aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;</p> <p>1.3.3 — Atua rápida e eficazmente a situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, monitorizando a segurança e bem-estar da pessoa, família/cuidador;</p> <p>1.3.4 — Reconhece os processos médicos e/ou cirúrgicos complexos e a gestão da doença aguda ou crónica como fatores de stress;</p> <p>1.3.5 — Atua capacitando a pessoa, família/cuidador na prevenção da doença aguda ou crónica;</p> <p>1.3.6 — Fundamenta a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica;</p> <p>1.3.7 — Atua de forma a munir pessoa, família/cuidador de competências necessárias à gestão do processo saúde/doença e ao cuidado personalizado;</p> <p>1.3.8 — Documenta a implementação das intervenções especializadas de acordo com o contexto clínico.</p> <p>1.4.1 — Envolve a pessoa, família/cuidadores na avaliação do plano de cuidados;</p> <p>1.4.2 — Monitoriza a eficácia das intervenções especializadas executadas;</p> <p>1.4.3 — Monitoriza os progressos da pessoa, família/cuidador considerando os resultados esperados;</p> <p>1.4.4 — Documenta de forma sistematizada os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados que traduzam ganhos em saúde e fundamentem a tomada de decisão decorrentes dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</p>

2 — Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica

Descritivo:

Ponderando os múltiplos contextos de atuação e a diversidade de processos terapêuticos complexos, o enfermeiro faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a sua segurança e a da pessoa alvo da sua intervenção.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>2.1 — Gere os processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</p>	<p>2.1.1 — Diagnostica precocemente as complicações resultantes da doença aguda ou crónica e dos processos terapêuticos complexos;</p> <p>2.1.2 — Fomenta planos que favorecem os processos de adaptação/transição situacional;</p> <p>2.1.3 — Dinamiza a conceção, planeamento e intervenção no controlo dos sinais e sintomas decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e cirúrgicos complexos;</p> <p>2.1.4 — Intervém na gestão da dor aguda e crónica, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas;</p> <p>2.1.5 — Demonstra conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas com feridas complexas de índole médica e cirúrgica associada à matriz de regeneração tecidual e integração de medidas terapêuticas;</p> <p>2.1.6 — Demonstra conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas com alterações endócrinas e metabólicas;</p>

Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>2.2 — Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação.</p> <p>2.3 — Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação.</p>	<p>2.1.7 — Mobiliza conhecimentos no domínio das novas tecnologias na gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos complexos, incluindo a tele-trabalho em enfermagem;</p> <p>2.1.8 — Desenvolve intervenções técnicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas, decorrentes dos processos médico e/ou cirúrgicos complexos.</p> <p>2.2.1 — Intervém como gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem;</p> <p>2.2.2 — Adapta planos de emergência e catástrofe, em articulação com o nível estratégico, aquando a administração de processos terapêuticos complexos nos diversos contextos de atuação;</p> <p>2.2.3 — Monitoriza os fatores desencadeantes de eventos adversos, instituindo estratégias de prevenção na gestão dos processos terapêuticos complexos;</p> <p>2.2.4 — Desenvolve procedimentos de controlo de eventos adversos.</p> <p>2.3.1 — Notifica os incidentes de segurança e de qualidade decorrentes da intervenção de enfermagem;</p> <p>2.3.2 — Reconhece as situações ou procedimentos que possam determinar a ocorrência de um resultado indesejável ou inesperado nos diferentes níveis organizacionais;</p> <p>2.3.3 — Fomenta medidas de correção, salvaguardando a segurança e qualidade dos cuidados e promovendo a formação da equipa em articulação com comissões ou organismos institucionais.</p>

3 — Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica

Descritivo:

Considerando o elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde decorrente da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa é sujeita, quer sejam de diagnóstico, terapêuticos e manutenção da qualidade de vida, o enfermeiro responde eficazmente na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>3.1 — Concebe Plano de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos nos diferentes contextos de cuidados.</p> <p>3.2 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção, designadamente das infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos.</p>	<p>3.1.1 — Demonstra conhecimento dos Planos de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos e das diretrizes de âmbito local, regional e nacional;</p> <p>3.1.2 — Diagnostica as necessidades da unidade/contexto de prestação de cuidados em matéria de prevenção, intervenção e controlo da infeção;</p> <p>3.1.3 — Fomenta estratégias pró-ativas visando prevenção e/ou controlo da infeção nos variados contextos de prestação de cuidados;</p> <p>3.1.4 — Atualiza com base na melhor evidência científica, o Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos;</p> <p>3.1.5 — Divulga por todos os membros da equipa de prestação de cuidados o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos;</p> <p>3.1.6 — Facilita a adesão da pessoa, família e cuidador na prevenção, intervenção e controlo de infeção mediante o contexto de prestação de cuidados.</p> <p>3.2.1 — Demonstra conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de Resistência a Antimicrobianos, que lhe permitam ser referência na equipa de cuidados;</p> <p>3.2.2 — Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção, intervenção e controlo da infeção, face às vias de transmissão;</p> <p>3.2.3 — Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos;</p> <p>3.2.4 — Documenta as medidas de prevenção, intervenção e controlo implementadas;</p> <p>3.2.5 — Integra a nível local, regional e nacional, e grupos de coordenação nesta área de intervenção.</p>

ANEXO II

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como alvo a pessoa em situação crítica. Entende-se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida.

Uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata.

Uma situação de exceção consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis.

A catástrofe é definida pela Lei de bases da Proteção Civil — Decreto-Lei n.º 27/2006, no seu artigo 3.º, ponto 2 como “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos

materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”.

Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, assim como resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

Em cumprimento do disposto n.º 2 do artigo 3.º do presente Regulamento, apresenta-se cada competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação.

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

Descritivo:

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil de forma holística.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
1.1 — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.	1.1.1 — Identifica prontamente focos de instabilidade; 1.1.2 — Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; 1.1.3 — Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; 1.1.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma.
1.2 — Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.	1.2.1 — Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos; 1.2.2 — Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações; 1.2.3 — Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados; 1.2.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos.
1.3 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.	1.3.1 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar; 1.3.2 — Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; 1.3.3 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; 1.3.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor; 1.3.5 — Demonstra conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgésia.
1.4 — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.	1.4.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica; 1.4.2 — Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”; 1.4.3 — Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.
1.5 — Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.	1.5.1 — Inicia a relação terapêutica, reconhecendo as transações da relação perante a pessoa com dificuldades de comunicação; 1.5.2 — Reconhece o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa, família/cuidador em situação crítica; 1.5.3 — Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidador em situação crítica; 1.5.4 — Avalia o processo de relação estabelecida com a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.
1.6 — Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.	1.6.1 — Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica; 1.6.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.

2 — Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Descritivo:

Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
2.1 — Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.	2.1.1 — Salvaguarda condições de segurança; 2.1.2 — Adequa resposta em situação de trauma; 2.1.3 — Realiza triagem primária e secundária; 2.1.4 — Proporciona os cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas; 2.1.5 — Assegura meios de evacuação e transporte; 2.1.6 — Garante a continuidade dos cuidados registando e transmitindo a informação pelos meios técnicos disponíveis.
2.2 — Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe.	2.2.1 — Demonstra conhecimento do Plano Nacional, Distrital e Municipal para situações de emergência e catástrofe; 2.2.2 — Colabora na elaboração do plano de emergência e catástrofe da Instituição/Serviço;

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
2.3 — Planeia resposta à situação de catástrofe	2.2.3 — Difunde o plano de emergência e catástrofe pela equipa; 2.2.4 — Garante que o treino/exercício de ativação do plano de emergência ou catástrofe, é realizado periodicamente; 2.2.5 — Colabora na revisão do plano de emergência ou catástrofe.
2.4 — Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.	2.3.1 — Demonstra conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe; 2.3.2 — Identifica os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde; 2.3.3 — Integra a equipa pluridisciplinar e pluriprofissional na organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos de intervenção; 2.3.4 — Define prioridades de atuação; 2.3.5 — Sistematiza as ações a desenvolver em situação de emergência ou catástrofe.
2.5 — Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.	2.4.1 — Lidera a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa; 2.4.2 — Avalia em contínuo a articulação e eficiência da equipa; 2.4.3 — Adequa a resposta face à evolução dinâmica da situação de emergência ou catástrofe; 2.4.4 — Introduce medidas corretivas das inconformidades de atuação; 2.4.5 — Demonstra conhecimentos na utilização de comunicações de emergência; 2.4.6 — Gere a comunicação de informações referente à evolução da situação de emergência ou catástrofe. 2.5.1 — Diagnostica precocemente indícios de prática de crime na vítima(s) ou no meio envolvente; 2.5.2 — Salvaguarda a preservação de vestígios, atendendo à cadeia de Custódia; 2.5.3 — Reconhece irregularidades e suspeita de crime encaminhando as mesmas para as entidades competentes; 2.5.4 — Reencaminha para o(s) organismo(s) vocacionado(s) no apoio à vítima e respetiva família.

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

Descritivo:

Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
3.1 — Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.	3.1.1 — Demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos tal como das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção; 3.1.2 — Diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção; 3.1.3 — Estabelece as estratégias pró-ativas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos do serviço; 3.1.4 — Atualiza o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos do Serviço com base na evidência.
3.2 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.	3.2.1 — Demonstra conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica/falência orgânica, na prevenção e controlo da infeção e na resistência a Antimicrobianos; 3.2.2 — Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica; 3.2.3 — Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos; 3.2.4 — Monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas.

ANEXO III

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

A área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa tem como alvo dos seus cuidados a Pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal nos mais diversos contextos de atuação e respetivos cuidadores/familiares.

O envelhecimento demográfico da população portuguesa, o registo crescente de doenças oncológicas, neurológicas, insuficiência de órgão, são fatores que têm vindo a contribuir para a existência de um vasto grupo de doentes que padecem de grande sofrimento, para os quais os enfermeiros devem estar devidamente habilitados a prestar assistência e cuidados adequados. A nível social e familiar são sobretudo a composição, estrutura e funções familiares que mais problematizam

a situação das pessoas com doença avançada, realidade que deve ser igualmente equacionada e objeto de intervenção pelos profissionais que os assistem.

Os Cuidados Paliativos (CP) assumem-se como uma resposta a estas necessidades, sendo definidos como “Cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros sintomas físicos, mas também psicossociais e espirituais”.

A Assembleia da República decretou, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos n.º 52/2012 de 5 de setembro, a qual consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, define a responsabilidade do Estado

em matéria de cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), sob tutela do Ministério da Saúde.

Em Portugal, a RNCP não tendo capacidade de dar resposta às necessidades de todos os doentes com doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, nos diferentes contextos de saúde (cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados), continuando por essa razão o seu desenvolvimento a ser uma prioridade, na qual se impõe a evidente necessidade de profissionais formados e especializados nesta área.

Em 2003, o Conselho da Europa, pronunciando-se sobre a organização de CP, realçou a necessidade de programas estruturados de educação na formação de todos os profissionais envolvidos nestes cuidados, de forma a obterem treino adequado para exercerem as suas funções de forma concreta, criteriosa e culturalmente sensível.

Em cumprimento do disposto n.º 2 do artigo 4.º do presente Regulamento, apresenta-se cada competência específica do enfermeiro

especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação.

1 — Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida

Descritivo:

Identifica as necessidades de intervenção especializada a pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, bem como dos seus cuidadores/familiares. Concebe, implementa e avalia os planos de cuidados, numa abordagem abrangente, compreensiva, numa avaliação holística da saúde do indivíduo, dos seus cuidadores/familiares na satisfação das suas necessidades, recursos, objetivos e tomadas de decisão, maximizando a sua qualidade de vida, aliviando o sofrimento, com vista a preservar a sua dignidade.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>1.1 — Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal de dos seus cuidadores/familiares.</p> <p>1.2 — Promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências.</p> <p>1.3 — Envolve os cuidadores/familiares da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades.</p> <p>1.4 — Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio.</p>	<p>1.1.1. — Elabora o diagnóstico das necessidades de cuidados paliativos do doente, ao nível físico, psicoemocional, espiritual e sociofamiliar;</p> <p>1.1.2 — Reconhece valores e expectativas em relação ao processo de fim de vida e à diversidade individual, cultural e espiritual;</p> <p>1.1.3 — Avalia os sintomas no doente, segundo as suas características, priorizando o impacto no próprio, utilizando ferramentas padronizadas;</p> <p>1.1.4 — Valoriza o peso de variáveis psicoemocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multimodal e multidimensional;</p> <p>1.1.5 — Avalia o grau de dependência e as necessidades de cuidados da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, promovendo a sua máxima satisfação, o bem-estar e o conforto;</p> <p>1.1.6 — Antecipa, em tempo útil, as situações de agudização.</p> <p>1.2.1 — Estabelece um plano individualizado para a pessoa e seus cuidadores/familiares, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento, maximizando a autonomia e qualidade de vida e respeitando as perspetivas dos próprios;</p> <p>1.2.2 — Utiliza estratégias para o desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação da pessoa e seus cuidadores/familiares;</p> <p>1.2.3 — Atua, em tempo útil, nas situações de agudização;</p> <p>1.2.4 — Demonstra conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de Resistência a Antimicrobianos;</p> <p>1.2.5 — Adota medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas;</p> <p>1.2.6 — Reformula o plano individualizado baseando-se na eficácia das intervenções desenvolvidas.</p> <p>1.3.1 — Reúne periodicamente com cuidadores/familiares, reavaliando as suas necessidades, utilizando sempre que necessário a conferência familiar;</p> <p>1.3.2 — Atualiza o plano de intervenção em parceria com os cuidadores/familiares.</p> <p>1.4.1 — Adequa estratégias de comunicação na relação com todos os intervenientes no processo de cuidar;</p> <p>1.4.2 — Dinamiza o trabalho em equipa, fomentando a partilha e potenciando os contributos individuais no processo de tomada de decisão.</p>

2 — Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto

Descritivo:

Otimiza resultados de Cuidados Paliativos à pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, com necessidades complexas de cuidados, através da construção de uma aliança terapêutica, assente na confiança, compreensão empática e capacitação da pessoa e seus cuidadores/familiares. Esta relação terapêutica deve ser facilitada por limites mutuamente acordados, passível de ser desenvolvida em curtos espaços de tempo e adaptável aos diversos contextos.

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>2.1 — Respeita a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto.</p> <p>2.2 — Promove parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares.</p>	<p>2.1.1 — Mobiliza conhecimentos da vertente sociocultural, espiritual e dos contextos e vivências da pessoa, cuidadores/familiares;</p> <p>2.1.2 — Estabelece plano assistencial mediante a fase do processo de luto em que a pessoa, cuidadores e família se encontram;</p> <p>2.1.3 — Demonstra resultados qualificados de comunicação entre os vários intervenientes no processo de cuidar, salvaguardando preferências e vontades da pessoa;</p> <p>2.1.4 — Apoia a pessoa, seus cuidadores/familiares, de modo continuado, nas perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto (incluindo o antecipatório e complicado);</p> <p>2.1.5 — Encaminha, quando necessário, os cuidadores/familiares para outros recursos de apoio.</p> <p>2.2.1 — Incentiva ativamente a pessoa, seus cuidadores/familiares como parceiros na avaliação, planeamento, execução e avaliação de cuidados holísticos, em consonância com os seus desejos e preferências;</p>

Unidade de competência	Crítérios de avaliação
2.3 — Negoceia objetivos/metapas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico.	2.2.2 — Salvaguarda que os objetivos de atuação, metas a alcançar, prioridades e decisão de cuidados a prestar, estão dentro dos limites mutuamente acordados.
2.4 — Reconhece os efeitos da natureza do cuidar na pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, nos seus cuidadores/familiares, sobre si, outros membros da equipa, respondendo de forma eficaz.	2.3.1 — Capacita a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e seus cuidadores/familiares, mobilizando os seus recursos, de modo a facilitar a tomada de decisão; 2.3.2 — Utiliza ferramentas de comunicação adequadas, com todos os intervenientes, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas; 2.3.3 — Ajuda a pessoa a completar, gradualmente, as tarefas de desenvolvimento em fim de vida, em parceria com os cuidadores/familiares. 2.4.1 — Identifica fatores de risco e situações problemáticas, associados a exaustão física e emocional; 2.4.2 — Utiliza estratégias eficazes de autocuidado para minimizar fatores geradores de stress relacionados com a dependência crescente e a proximidade da morte; 2.4.3 — Desenvolve estratégias de apoio aos restantes intervenientes no processo de cuidar.

ANEXO IV

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica. Os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença.

A intervenção do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória desenvolve-se em cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. Este período comporta as fases pré, intra e pós-operatório:

A fase pré-operatória tem início quando a pessoa e o cirurgião decidem pela cirurgia e termina quando a pessoa é transferida para a mesa operatória;

A fase intraoperatória inicia aquando a transferência da pessoa, para a mesa operatória e termina quando esta é transferida para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA);

A fase pós-operatória, tem início quando a pessoa dá entrada na UCPA e termina quando se considera que a pessoa está recuperada do processo cirúrgico/anestésico.

Considerando os elevados riscos associados aos cuidados perioperatórios é de extrema importância clarificar alguns conceitos, pois a pessoa que necessita, escolhe ou aceita ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos, aceita submeter-se a um estado de consciência alterado,

e aos riscos inerentes a esses procedimentos e aceita ficar num estado de vulnerabilidade física e emocional, tendo geralmente a expectativa de melhorar o seu estado de saúde, ou ter melhor qualidade de vida. O enfermeiro perioperatório demonstra competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória e na garantia da segurança congruente com a consciência cirúrgica.

A Vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória pode ser expressa como a impossibilidade da pessoa responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes a que está sujeita. A vulnerabilidade traduz a exposição aos riscos, a desproteção e impossibilidade de defesa que requer que seja assegurada por outra pessoa, em sua substituição.

A Consciência cirúrgica é um princípio ético e moral que orienta o profissional na prática de cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado. É demonstrado pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável.

Em cumprimento do disposto n.º 2 do artigo 5.º do presente Regulamento, apresenta-se cada competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem Perioperatória, com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação.

1 — Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

Descritivo:

Considerando a especificidade das necessidades da pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades para cuidar a pessoa e família/pessoa significativa, promovendo a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando-os para o auto cuidado e reintegração familiar e social.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
1.1 — Capacita a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica.	1.1.1 — Identifica as necessidades da pessoa e família/pessoa significativa em situação perioperatória; 1.1.2 — Elabora plano de intervenção em função das necessidades identificadas; 1.1.3 — Estabelece relação de ajuda com a pessoa e respetiva família/pessoa significativa; 1.1.4 — Utiliza estratégias facilitadoras da comunicação expressiva de emoções; 1.1.5 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista e alívio da ansiedade e medo; 1.1.6 — Assegura que a pessoa compreende a informação para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão; 1.1.7 — Garante o cumprimento das recomendações legais e éticas relacionadas com o consentimento informado; 1.1.8 — Prepara a pessoa para as potenciais alterações da autoimagem e diminuição de capacidades, decorrente do processo cirúrgico; 1.1.9 — Desenvolve plano de instrução, ensino e treino promovendo a capacitação, autogestão e recuperação; 1.1.10 — Assegura os mecanismos de suporte e acompanhamento da pessoa em situação de vulnerabilidade, de menores e de pessoas com necessidades especiais, de acordo com a legislação vigente e as políticas institucionais.
1.2 — Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória	1.2.1 — Garante a verificação da lista de procedimentos com vista à segurança da cirurgia;

Unidades de competência	Critérios de avaliação
1.3 — Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional.	<p>1.2.2 — Responsabiliza-se pela pessoa tomando a cargo o conforto, a integridade, a privacidade e o cumprimento da vontade expressa, até que a mesma tenha capacidade para os assegurar;</p> <p>1.2.3 — Assegura o posicionamento cirúrgico;</p> <p>1.2.4 — Age com pertinência nas diferentes áreas de atuação: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos;</p> <p>1.2.5 — Executa intervenções de enfermagem em resposta a situações de imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade;</p> <p>1.2.6 — Monitoriza sinais e sintomas analisando os resultados e intervindo com base no conhecimento especializado, evidência científica e experiência profissional;</p> <p>1.2.7 — Gere a dor associada aos procedimentos cirúrgicos;</p> <p>1.2.8 — Mobiliza estratégias facilitadoras da comunicação com a pessoa afetada por barreiras à comunicação e alteração da consciência;</p> <p>1.2.9 — Utiliza estratégias de comunicação adequadas para assegurar documentação precisa e a continuidade de cuidados.</p> <p>1.3.1 — Adequa estratégias facilitadoras da comunicação que contribuem para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos;</p> <p>1.3.2 — Garante a articulação entre os membros da equipa interdisciplinar no planeamento e implementação de cuidados baseados nas melhores evidências científicas;</p> <p>1.3.3 — Contribui para a otimização da complementaridade das intervenções dos profissionais da equipa interdisciplinar em benefício da pessoa;</p> <p>1.3.4 — Comunica de forma eficaz, visando a segurança cirúrgica;</p> <p>1.3.5 — Gere o trabalho em equipa, fomentando a partilha e reflexão sobre processo de cuidados e eventual instituição de medidas corretivas;</p> <p>1.3.6 — Gere situações de stress e conflito fomentando um ambiente harmonioso;</p> <p>1.3.7 — Intervém no planeamento e implementação da formação e treino da equipa interdisciplinar.</p>

2 — Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica
 Descritivo:

Considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, particularmente da ocorrência de eventos adversos decorrente da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos, o enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
2.1 — Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório.	<p>2.1.1 — Atua como modelo de referência, promovendo uma cultura de consciência cirúrgica em benefício da pessoa.</p> <p>2.1.2 — Intervém na gestão do risco e controlo da segurança perioperatória;</p> <p>2.1.3 — Propõe medidas corretivas tendo por base a análise epidemiológica dos eventos adversos;</p> <p>2.1.4 — Prepara o ambiente para fomentar a segurança e eficiência dos cuidados;</p> <p>2.1.5 — Utiliza estratégias e medidas de segurança para evitar danos decorrentes da administração de terapêutica e procedimentos anestésicos;</p> <p>2.1.6 — Estabelece procedimentos relativos à mobilização e ao posicionamento cirúrgico, que garantam o conforto e previnam complicações;</p> <p>2.1.7 — Integra programas de vigilância epidemiológica para monitorização da capacidade cirúrgica, do volume e dos resultados;</p> <p>2.1.8 — Garante condições do ambiente de trabalho promotoras da saúde e da segurança dos profissionais;</p> <p>2.1.9 — Garante que estão asseguradas as condições de boa prática e dotações seguras para o início e/ou continuidade dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos;</p> <p>2.1.10 — Colabora na organização do processo cirúrgico com vista à otimização da experiência da pessoa;</p> <p>2.1.11 — Emite pareceres técnicos sobre programas de conceção e de remodelação dos ambientes perioperatórios.</p>
2.2 — Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios.	<p>2.2.1 — Assegura o cumprimento dos princípios de assepsia e do controlo da contaminação, de acordo com as evidências científicas;</p> <p>2.2.2 — Adequa os métodos de cuidados à pele antes da intervenção cirúrgica, considerando as particularidades de cada situação;</p> <p>2.2.3 — Cooperar no cumprimento dos princípios da gestão adequada e oportuna da profilaxia cirúrgica antibiótica;</p> <p>2.2.4 — Assegura o cumprimento dos princípios da manutenção da qualidade e higienização ambiental;</p> <p>2.2.5 — Assegura o cumprimento dos princípios de preparação pré-cirúrgica das mãos e da utilização de barreiras protetoras;</p> <p>2.2.6 — Gere a implementação de medidas de contenção, prevenção da transmissão e descontaminação, perante a pessoa com infeção documentada;</p> <p>2.2.7 — Garante o cumprimento dos processos e a confirmação da esterilização dos dispositivos médicos;</p> <p>2.2.8 — Colabora na manutenção da técnica asséptica cirúrgica, minimização do traumatismo tecidual e redução do tempo cirúrgico;</p> <p>2.2.9 — Gere a manutenção da normotermia da pessoa no período perioperatório;</p>

Unidades de competência	Critérios de avaliação
2.3 — Promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório.	2.2.10 — Elabora recomendações e normas internas de aplicação dos princípios de assepsia progressiva, estruturas físicas e equipamentos, garantindo a sua implementação. 2.3.1 — Assegura que os dispositivos médicos estão disponíveis, íntegros e funcionais e são utilizados de acordo com as instruções do fabricante; 2.3.2 — Garante a rastreabilidade dos dispositivos médicos; 2.3.3 — Providencia a atualização da equipa acerca das normas de segurança na utilização dos dispositivos médicos; 2.3.4 — Assegura a gestão do risco associado à retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico; 2.3.5 — Gere a utilização dos dispositivos médicos implantáveis de acordo com a legislação, políticas, instruções do fabricante e protocolos, assegurando a documentação e a rastreabilidade; 2.3.6 — Controla a gestão de tecidos e fluidos orgânicos para análise, eliminação, colheita e transplante; 2.3.7 — Participa na conceção e na implementação dos processos de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo; 2.3.8 — Emite pareceres técnicos para a aquisição de dispositivos médicos.

ANEXO V

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

O aumento da esperança de vida acarreta o aumento da incidência de doenças crónicas e incapacitantes repletas de complicações que transcendem a vertente curativa da assistência dos cuidados de saúde.

Em Portugal, como na maioria dos países do mundo, as doenças crónicas estão a aumentar a um ritmo alucinante, refletindo-se num problema com enorme impacto social. Mais de 80 % das mortes em Portugal resultam de doenças crónicas, como as doenças cardiovasculares, diabetes, cancro e doenças respiratórias crónicas. A doença crónica decorre de patologias cardiovasculares, respiratórias, genito-urinárias, reumatológicas, endocrinológicas, digestivas, neurológicas, imunológicas e metabólicas, bem como de outras situações que sejam causa de invalidez precoce ou de significativa redução da esperança de vida.

A doença crónica não se constitui como uma entidade nosológica em si. O seu conceito é um termo abrangente que inclui doenças prolongadas, que estão associadas a um variável grau de incapacidade e que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, são de longa duração e geralmente de progressão lenta. A doença crónica é definida com a “doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada” (1).

Embora cada doença seja única e tenha um impacto diferente em cada pessoa, há um núcleo comum de problemas e complicações associados.

Assim as doenças crónicas apresentam características comuns como: prolongam-se no tempo (mais de 3 meses), produzem incapacidades ou deficiências residuais e implicam a necessidade de adaptação a diversos níveis (físico, mental, social, psicológico, emocional e espiritual). A pessoa acometida por uma doença crónica necessita de utilizar diariamente medicamentos, produtos e materiais de desgaste rápido, os quais são imprescindíveis à sua sobrevivência, ao correto e seguro tratamento e à qualidade de vida.

Os cuidados de enfermagem especializados na pessoa em situação crónica são cuidados contínuos que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliar e comunitário, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma.

Em cumprimento do disposto n.º 2 do artigo 6.º do presente Regulamento, apresenta-se cada competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação.

1 — Cuida da pessoa e família/cuidadores a viverem a doença crónica
 Descritivo:

Atendendo às limitações impostas pela doença crónica e à necessidade de estratégias de gestão eficazes para lhes dar resposta, o enfermeiro especialista responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
1.1 — Identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica. 1.2 — Promove intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador, tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da doença crónica.	1.1.1 — Estabelece relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família/cuidador alvo dos seus cuidados; 1.1.2 — Demonstra competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto; 1.1.3 — Envolve a pessoa, família/cuidadores no processo de cuidar, rumo ao bem-estar e qualidade de vida; 1.1.4 — Reconhece as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção relevantes para a pessoa, família/cuidadores que vivenciam a doença crónica; 1.1.5 — Reconhece as implicações e complicações, inerentes à doença crónica; 1.1.6 — Avalia o impacto que a situação decorrente da doença crónica tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa e/ou família/cuidadores alvo dos seus cuidados especializados; 1.1.7 — Antecipa, em tempo útil, situações de agudização. 1.2.1 — Apoia a pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde-doença perante a doença crónica; 1.2.2 — Estabelece planos de intervenção individualizados para a pessoa e seus cuidadores/familiares, com vista à prevenção e controlo da doença crónica nos diversos contextos de ação, maximizando a autonomia e qualidade de vida e respeitando as perspetivas dos próprios; 1.2.3 — Reconhece a gestão da doença crónica como um fator de stress;

Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>1.3 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos.</p> <p>1.4 — Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença crónica.</p>	<p>1.2.4 — Adequa estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas, para o desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação da pessoa e seus cuidadores/familiares de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto;</p> <p>1.2.5 — Fomenta estratégias para autogestão e promoção da saúde em pessoas com doença prolongada e incapacidades crónicas;</p> <p>1.2.6 — Valoriza o potencial da pessoa, família/cuidador na vivência do processo de transição saúde-doença, capacitando-a para a gestão situacional;</p> <p>1.2.7 — Atua preventivamente nos fatores de risco e nas complicações inerentes à doença crónica;</p> <p>1.2.8 — Prioriza as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde/doença;</p> <p>1.2.9 — Fundamenta a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica;</p> <p>1.2.10 — Documenta a implementação das intervenções especializadas de acordo com o contexto de prestação de cuidados.</p> <p>1.3.1 — Demonstra conhecimento dos Planos de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos e das diretrizes de âmbito local, regional e nacional, que lhe permitam ser referência na equipa de cuidados;</p> <p>1.3.2 — Diagnostica as necessidades da unidade/contexto de prestação de cuidados em matéria de prevenção, intervenção e controlo da infeção;</p> <p>1.3.3 — Fomenta estratégias pró-ativas visando prevenção e/ou controlo da infeção nos variados contextos de prestação de cuidados;</p> <p>1.3.4 — Facilita a adesão da pessoa, família e cuidador na prevenção, intervenção e controlo de infeção mediante o contexto de prestação de cuidados;</p> <p>1.3.5 — Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção, intervenção e controlo da infeção, face às vias de transmissão;</p> <p>1.3.6 — Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos;</p> <p>1.3.7 — Documenta as medidas de prevenção, intervenção e controlo implementadas.</p> <p>1.4.1 — Envolve a pessoa, família/cuidadores na avaliação do plano de cuidados;</p> <p>1.4.2 — Monitoriza a eficácia das intervenções especializadas executadas;</p> <p>1.4.3 — Monitoriza os progressos da pessoa, família/cuidador considerando os resultados esperados;</p> <p>1.4.4 — Documenta de forma sistematizada os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados que traduzam ganhos em saúde e fundamentem a tomada de decisão.</p>

2 — Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica

Descritivo:

Ponderando os contextos de atuação e a diversidade de intervenções terapêuticas, o enfermeiro faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a sua segurança e a da pessoa alvo da sua intervenção.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>2.1 — Gere os processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à doença crónica.</p> <p>2.2 — Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação.</p>	<p>2.1.1 — Diagnostica precocemente as complicações resultantes da doença crónica;</p> <p>2.1.2 — Fomenta planos que favorecem os processos de adaptação/transição situacional e o desenvolvimento de Políticas de Saúde que procurem capacitar a pessoa na gestão do processo saúde-doença;</p> <p>2.1.3 — Fomenta a adesão ao regime terapêutico</p> <p>2.1.4 — Dinamiza a conceção, planeamento e intervenção no controlo dos sinais e sintomas decorrentes da doença crónica;</p> <p>2.1.5 — Intervém na gestão da dor aguda e crónica, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas;</p> <p>2.1.6 — Demonstra conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas com feridas complexas de índole médica e cirúrgica associada à matriz de regeneração tecidual e integração de medidas terapêuticas;</p> <p>2.1.7 — Intervém na promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição;</p> <p>2.1.8 — Demonstra conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas, família/cuidador com patologias endócrinas, nutricionais, metabólicas, imunológicas, infecciosas e oncológicas;</p> <p>2.1.9 — Demonstra conhecimentos na gestão das alterações e incapacidades impostas pela doença crónica, nomeadamente a alteração da imagem corporal;</p> <p>2.1.10 — Mobiliza conhecimentos no domínio das novas tecnologias na gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos complexos, incluindo a tele-trabalho em enfermagem.</p> <p>2.2.1 — Intervém como gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem;</p> <p>2.2.2 — Salvaguarda as questões de segurança na administração dos processos terapêuticos complexos nos diversos contextos de atuação;</p> <p>2.2.3 — Fomenta a cultura de segurança dos cuidados especializados;</p> <p>2.2.4 — Monitoriza os fatores desencadeantes de eventos adversos, instituindo medidas preventivas;</p> <p>2.2.5 — Desenvolve procedimentos de controlo e notificação de eventos adversos.</p>

Unidades de competência	Critérios de avaliação
2.3 — Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação.	2.3.1 — Notifica os incidentes de segurança e de qualidade decorrentes da intervenção de enfermagem; 2.3.2 — Reconhece as situações ou procedimentos que possam determinar a ocorrência de um resultado indesejável ou inesperado nos diferentes níveis organizacionais; 2.3.3 — Fomenta medidas de correção, salvaguardando a segurança e qualidade dos cuidados e promovendo a formação da equipa em articulação com comissões ou organismos institucionais; 2.3.4 — Promove ações de prevenção e rastreio para deteção precoce da doença crónica; 2.3.5 — Participa na organização das unidades, definição de estratégias e políticas de saúde.

(¹) Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho.

311459957

UNIVERSIDADE ABERTA

Despacho (extrato) n.º 6861/2018

Torna-se público que, por despacho da Administradora da Universidade Aberta, de 11 de maio de 2018, se encontra aberto, pelo prazo de dez dias úteis, contados a partir de publicação do presente Aviso no *Diário da República*, procedimento concursal em regime de mobilidade interna para ocupação, na modalidade de relação jurídica de emprego público titulada por contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, de 1 (um) posto de trabalho de técnico superior da carreira geral de técnico superior para a Direção de Serviços de Documentação, previsto e não ocupado, constante do mapa de pessoal da Universidade Aberta, nos termos do disposto nos artigos 92.º a 100.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (LTFP), aprovada em anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho.

O referido procedimento concursal será publicitado na Bolsa de Emprego Público (BEP), durante 10 dias úteis, após a publicação do presente aviso no *Diário da República*, contendo a indicação dos requisitos formais de provimento, do perfil exigido, da composição do júri, dos métodos de seleção, e demais detalhes, podendo ser consultado em www.bep.gov.pt.

27 de junho de 2018. — A Chefe de Divisão de Recursos Humanos, *Célia Maria Cruz Fonseca de Matos*.

311461632

Despacho (extrato) n.º 6862/2018

Torna-se público que, por despacho da Administradora da Universidade Aberta, de 13 de abril de 2018, se encontra aberto, pelo prazo de dez dias úteis, contados a partir de publicação do presente Aviso no *Diário da República*, procedimento concursal comum para ocupação na modalidade de contratação a termo resolutivo certo, de 1 (um) posto de trabalho de técnico superior da carreira geral de técnico superior para a Direção de Apoio ao Campus Virtual previsto e não ocupado, constante do mapa de pessoal da Universidade Aberta, nos termos do disposto nos artigos 92.º a 100.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (LTFP), aprovada em anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho.

O referido procedimento concursal será publicitado na Bolsa de Emprego Público (BEP), durante 10 dias úteis, após a publicação do presente aviso no *Diário da República*, contendo a indicação dos requisitos formais de provimento, do perfil exigido, da composição do júri, dos métodos de seleção, e demais detalhes, podendo ser consultado em www.bep.gov.pt.

27 de junho de 2018. — A Chefe de Divisão de Recursos Humanos, *Célia Maria Cruz Fonseca de Matos*.

311461576

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Contrato (extrato) n.º 544/2018

Por despacho de 11 de março de 2018, do Reitor da Universidade do Algarve, foi autorizado o contrato de trabalho em funções

públicas a termo resolutivo certo com a Mestre Joana Maria Reis Franco Cruz, na categoria de assistente convidada, em regime de tempo parcial a 50 %, para a Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade do Algarve, no período de 12 de março de 2018 a 11 de março de 2019, auferindo o vencimento correspondente ao escalão 1, índice 140 da tabela remuneratória dos docentes do ensino superior universitário.

21/06/2018. — O Administrador, *António Cabecinha*.

311461235

Contrato (extrato) n.º 545/2018

Por despacho de 4 de junho de 2018, do Reitor da Universidade do Algarve, foi autorizado o contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo certo com a Mestre Ana Sofia Matias Davin Santos, na categoria de assistente convidada, em regime de tempo parcial a 52,5 % para o Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina da Universidade do Algarve, no período de 4 de junho de 2018 a 3 de outubro de 2018, auferindo o vencimento correspondente ao escalão 1, índice 140 da tabela remuneratória dos docentes do ensino superior universitário.

21/06/2018. — O Administrador, *António Cabecinha*.

311461292

Contrato (extrato) n.º 546/2018

Por despacho de 27 de fevereiro de 2018, do Reitor da Universidade do Algarve, foi autorizado o contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo certo com o Doutor Mário Jorge Amaro de Jesus Farinhó, na categoria de professor auxiliar convidado, em regime de acumulação a 30 % para o Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina da Universidade do Algarve, no período de 1 de março de 2018 a 28 de fevereiro de 2019, auferindo o vencimento correspondente ao escalão 1, índice 195 da tabela remuneratória dos docentes do ensino superior universitário.

26/06/2018. — O Administrador, *António Cabecinha*.

311461349

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA LUÍS DE CAMÕES

Anúncio n.º 118/2018

De acordo com o disposto pelos artigos 75.º a 80.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, na redação que lhe foi dada pelos Decretos-Leis n.ºs 63/2016, de 13 de setembro e n.º 115/2013, de 7 de agosto, e em conformidade com a Deliberação n.º 2392/2013, de 12 de novembro, publicada no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 250, de 26 de dezembro, da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior e com o Despacho n.º 5941/2016, do Diretor-Geral do Ensino Superior, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 86, de 4 de maio, a CEU — Cooperativa de Ensino Universitário, CRL, vem publicar o Plano de Estudos do curso de licenciatura em Engenharia Informática depois