



CATÓLICA
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 Médico-Cirúrgica com
Especialização em Enfermagem, Pessoa em Situação Crítica

O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO PARA A SEGURANÇA DO DOENTE

THE ROLE OF THE SPECIALIST NURSE IN INFECTION PREVENTION FOR
PATIENT SAFETY

Por Ana Lúcia Fernandes Barreto

Lisboa, 2023



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 Médico-Cirúrgica com
Especialização em Enfermagem, Pessoa em Situação Crítica

O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO PARA A SEGURANÇA DO DOENTE

THE ROLE OF THE SPECIALIST NURSE IN INFECTION PREVENTION FOR
PATIENT SAFETY

Por Ana Lúcia Fernandes Barreto

Sob orientação da Professora Doutora Maria de Lurdes Martins

Lisboa, 2023

Quanto maiores são as dificuldades a vencer,
maior será a satisfação.

Cícero

Agradecimentos

Diante desta alegria e sensação de dever cumprido, é necessário reconhecer e agradecer a participação de todos aqueles que estiveram ao meu lado e que, de algum modo, contribuíram para a realização deste trabalho.

Um muito obrigado à Professora Maria Lurdes Martins, que me acompanhou neste percurso de crescimento, por todo o apoio, paciência, disponibilidade e orientação.

Queria agradecer aos meus Pais, por todo o apoio incondicional e disponibilidade para me apoiarem e incentivarem a continuar e nunca desistir.

Obrigado a todas as pessoas, amigos e colegas que, de alguma forma, ajudaram a concretizar este trabalho, e sempre me apoiaram e motivaram para continuar.

Agradeço ao(a) enfermeiro(a) orientador(a) que tive o privilégio de poder conhecer durante o meu percurso enquanto estudante. Foi um privilégio.

Estão todos no meu coração.

A todos o meu muito e sincero obrigada.

Resumo

Este relatório, tem como objetivo descrever e analisar todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista, em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica.

Os estágios efetuados na Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, foram organizados em dois períodos de 180 horas, tendo sido divididos no período de 5 de setembro a 26 de outubro de 2022 na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e de 27 de outubro a 16 de dezembro de 2022 no Gabinete de Segurança do Doente.

É descrito e analisado neste relatório, as atividades desenvolvidas e o processo de aquisição de competências especializadas nos estágios correspondentes a Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”.

Foi realizada uma revisão da literatura e posterior aplicação da grelha de observação sobre a prevenção da infeção na preparação e administração do medicamento endovenoso, permitindo melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados.

Os objetivos gerais e específicos definidos foram atingidos, resultando numa aquisição e desenvolvimento de competências especializadas para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista. O percurso permitiu uma reflexão profunda e crítica sobre os cuidados prestados, contribuindo para a promoção da qualidade e excelência dos mesmos.

Palavras-chave: Infeção, Segurança, Medicamento endovenoso, Cuidados de enfermagem, Competências de enfermeiro especialista.

Abstract

The purpose of this report is to describe and analyze the whole process of acquisition and development of competencies as a Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in critical care.

The internships carried out in the Curricular Unit "Final Internship and Report" were organized into two periods of 180 hours, divided into the period from September 5 to October 26, 2022, in the Intensive Care Unit (ICU) and from October 27 to December 16, 2022, in the Patient Safety Office.

In this report, the activities developed and the process of acquisition of specialized skills in the internships, corresponding to the Curricular Unit "Final Internship and Report", were described and analyzed.

A literature review and subsequent application of the observation grid on infection prevention in the preparation and administration of intravenous medication were performed, allowing for the improvement of quality and safety of care.

The general and specific objectives were accomplished, resulting in the acquisition and development of specialized skills for the award of the title of Specialist Nurse. The course allowed for a deep and critical reflection on the care provided, contributing to the promotion of quality and excellence of care.

Keywords: Infection, Safety, Intravenous medication, Nursing care, Competences of the specialist nurse

Abreviaturas, acrónimos e siglas

- AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
- ANTT – *Aseptic Non Touch Technique*
- APA - *American Psychology Association*
- BIS - Índice Bispectral
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention
- COVID – 19 – Coronavirus Disease 19
- CVC - Cateter Venoso Central
- DGS - Direção-Geral da Saúde
- EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar
- EPI - Equipamento de proteção individual
- IACS - Infeções associadas aos cuidados de saúde
- ISBAR – Identificação, situação atual, antecedentes, avaliação e recomendações
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- PBCI - Precauções Básicas do Controlo da Infeção
- PBVT - Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão
- PCR - Paragem Cardiorrespiratória
- PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
- PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos
- SABA - Solução Antisséptica de Base Alcoólica
- UCI - Unidade de Cuidados Intensivos
- UCP - Universidade Católica de Lisboa
- UL- PPCIRA - Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

Índice Geral

Introdução	17
1 – Enquadramento teórico	19
1.1 – Segurança do doente e controlo de infeção	19
1.2 – Prevenção da infeção na preparação e administração de medicamentos endovenoso	22
1.3 – Teorias de Enfermagem	24
2 – Descrição e análise crítica da aquisição e do desenvolvimento de competências	31
2.1 – Estágio final e relatório	31
2.1.1 – Características dos locais de estágio	31
2.1.1.1 – Unidade de Cuidados Intensivos	31
2.1.1.2 – Gabinete de Segurança do Doente	34
2.2 – Desenvolvimento de competências para o cuidado especializado à pessoa em situação crítica	35
2.2.1 – Competência comuns do enfermeiro especialista	37
2.2.2 – Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica	59
2.3 – Competências de mestre em enfermagem	73
2.4 – Considerações éticas	75
3 - Conclusão	77
Referências Bibliográficas	81
Apêndices	91
Apêndice I – Grelha de observação sobre a prevenção da infeção na preparação e administração do medicamento endovenoso	93
Apêndice II – Análise causa raiz	97
Apêndice III – Newsletter sobre segurança do doente no uso de medicamentos “off-label”	101
Apêndice IV – Newsletter sobre ANTT – <i>Aseptic Non Touch Technique</i>	107

Apêndice V – Apresentação da formação prevenção da infeção na preparação e administração de medicamentos endovenosos	111
Apêndice VI – Formação sobre “Feixe de Intervenções” para a prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central (CVC)	117
Apêndice VII – Newsletter sobre segurança do doente na preparação e administração do medicamento endovenoso	123
Apêndice VIII – Instrução de trabalho sobre prevenção da infeção na preparação e administração de medicamentos endovenosos	129
Apêndice IX – Apresentação da formação sobre medicamentos “off-label”	133
Apêndice X – Póster “Adesão à bundle da prevenção de infeção do local cirúrgico entre 2019-2020”	139
Apêndice XI – Póster “Necessidades espirituais do doente em Unidades de Cuidados Intensivos: <i>Scoping Review</i> ”	143
Apêndice XII – Instrução de trabalho sobre o plano de evacuação da Cirurgia	147
Anexos	153
Anexo I – Grelha de auditoria sobre as boas práticas na utilização segura dos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos	155
Anexo II – Certificado “Curso suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa (DEA)”	163
Anexo III – Certificado do IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “Enfermagem especializada: um valor em saúde”	167
Anexo IV – Certificado do VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos	171
Anexo V – Certificado do Congresso Internacional de Controlo de Infeção	175
Anexo VI – Certificado do Encontro do Mestrado em Enfermagem da pessoa em situação crítica – O cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica	179

Anexo VII – Certificado do Congresso Internacional de Controlo de Infecção e Resistência Antimicrobiana Luz Saúde 2022	183
Anexo VIII - Certificado do Encontro de Benchmarking do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica	187
Anexo IX – Formação segurança na preparação e administração de medicamentos	191
Anexo X – Formação contensão mecânica e a segurança do doente	195
Anexo XI – Certificado da formação isolamento de contacto	199
Anexo XII – Certificado da formação controlo de infeção nos cuidados “post-mortem”	203
Anexo XIII– Certificado da formação infeção nosocomial da corrente sanguínea	207
Anexo XIV– Certificado da formação utilização de detergentes, desinfetantes e antissépticos	211
Anexo XV – Certificado da formação atualização dos procedimentos sobre a colheita de produtos	215
Anexo XVI – Certificado da formação sensibilização da importância da higiene das mãos	219
Anexo XVII – Certificado do póster “Adesão à <i>bundle</i> da prevenção de infeção do local cirúrgico entre 2019 -2020”	223
Anexo XVIII - Certificado do V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Uma voz para o humanismo)	227
Anexo XIX – Certificado do póster “Necessidades espirituais do doente em Unidades de Cuidados Intensivos: <i>Scoping Review</i> ”	231
Anexo XX – Certificado de Comissão Organizadora do Mestrado em Enfermagem (Uma voz para o humanismo)	235
Anexo XXI – Certificado do I Workshop de Elos Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos	239
Anexo XXII – Certificado da apresentação no I Workshop de Elos Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos	

Anexo XXIII – Certificado da formação “Medidas de auto-proteção –
sensibilização geral” 243

247

Introdução

O presente relatório surge no âmbito do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica de Lisboa (UCP).

O relatório tem por base a Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, que foi dividido em dois estágios: UCI e Gabinete de Segurança do Doente. Este tem como objetivo analisar, descrever e refletir, de forma sucinta, sobre as atividades e experiências desenvolvidas nos locais de estágio.

Nos estágios foram adquiridas competências e desenvolvidos cuidados especializados ao doente em situação crítica, a nível científico, ético, relacional e técnico.

A Teoria Ambientalista de Florence Nightingale e a Teoria das Transições de Afaf Meleis foram as referências para o trabalho desenvolvido.

Este relatório, tem como objetivos enquadrar conceptualmente a prática desenvolvida, fundamentar teoricamente as estratégias utilizadas para a conceção do mesmo, contextualizar cada campo de estágio, e refletir criticamente acerca da prática desenvolvida à luz das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Foram analisadas de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas, no sentido de aferir os objetivos e competências definidos pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista, abrangendo as áreas de prestação de cuidados, resposta a situações de emergência e catástrofe e situação de prevenção e controlo da infeção assim como as competências comuns do enfermeiro especialista nos seus diferentes domínios; a responsabilidade profissional, ética e legal, gestão de cuidados, gestão da qualidade e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A elaboração deste documento permitiu a sistematização das aprendizagens feitas em estágio, a identificação das dificuldades sentidas e competências desenvolvidas.

Permitiu ainda, uma reflexão acerca das competências de mestre em Enfermagem que foram analisadas.

O relatório inicia-se com o enquadramento teórico, onde se abordam os temas: segurança do doente e controlo de infeção, prevenção da infeção na preparação e administração de medicamentos endovenosos e teorias de enfermagem que fundamentaram a nossa prática através de pesquisa bibliográfica consequentemente fundamentaram a prestação dos cuidados. Posteriormente, é realizada a descrição e a análise crítica do percurso realizado com a caracterização dos locais de estágio e competências adquiridas. De seguida, foram abordadas as considerações éticas.

Por fim, nas considerações finais, surge uma reflexão crítica da concretização dos objetivos propostos, dos resultados e aprendizagens alcançadas que, permitiram mudanças na minha prática profissional.

O trabalho foi realizado segundo a norma de APA (*American Psychology Association*) 7^a edição.

1 – Enquadramento teórico

1.1– Segurança do doente e controlo de infeção

A segurança do doente é fundamental na prática dos cuidados. No entanto, durante a prestação de cuidados de saúde, podem surgir incidentes que podem causar danos tanto para os doentes, como para os profissionais de saúde.

A segurança do doente, começa a ter visibilidade com a publicação do relatório americano *To Error is Human* que veio referir a existência de erros em saúde, sendo que, esses erros podem causar danos (Gomides et al, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), citada pela Direção-Geral da Saúde (DGS), define a segurança do doente como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde para um mínimo aceitável” (DGS, 2011, p. 14). Assim, o que pretendemos é a prestação de cuidados de saúde seguros, estando atentos a potenciais danos que possam ocorrer devido a esses cuidados.

A implementação de medidas que visem a prevenção da ocorrência de erro, é hoje essencial para tornar os sistemas de saúde, nomeadamente os cuidados de saúde prestados, seguros.

Em Portugal, a segurança do doente é considerada um elemento primordial da qualidade em saúde, através do Plano Nacional de Saúde 2021-2030.

Posteriormente, de forma a garantir a segurança do doente, foi publicado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, o qual tem como um dos objetivos estratégicos, a prevenção e controlo da infeção e a resistência aos antimicrobianos (Ministério da Saúde, 2021).

Fragata (2011), menciona as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) como situação que pode causar dano e assim afetar a segurança do

doente. Desta forma, o controlo de infeção é visto como indicador de qualidade dos cuidados.

A definição de IACS sofreu alterações ao longo do tempo, começando por definir-se por infeção hospitalar, passando a infeção nosocomial. Mais tarde, em Portugal foi definida como infeção relacionada com os cuidados de saúde e, atualmente, designada de IACS. Esta definição é mais abrangente, já que envolve todos os níveis de prestação de cuidados, incluindo clínicas privadas, lares de idosos e até, os cuidados prestados no domicílio (Pereira, 2019).

A IACS causa diminuição da qualidade de vida dos doentes, provocando um aumento da morbilidade e mortalidade, levando a um forte impacto negativo nos custos da saúde, disseminação das resistências microbianas e sofrimento nos doentes (Lecour, 2010).

O aparecimento da infeção deve-se à presença das seguintes condições:

- Agentes patogénicos em número adequado, variável consoante a espécie e o estado imunitário do hospedeiro;
- Reservatório ou fonte onde o microrganismo sobreviva e possa multiplicar-se;
- Via de transmissão do agente para o hospedeiro;
- Porta de entrada do hospedeiro específica para o agente patogénico;
- Hospedeiro suscetível ao agente microbiano (Lito, 2010; Carrara, Strabelli & Uip, 2017).

A ocorrência destes sucessivos acontecimentos, denominamos de cadeia epidemiológica.

São considerados três elementos chaves na transmissão de infeção: fonte (ou reservatório) de microrganismos infecciosos, hospedeiro suscetível com porta de entrada para receção ao microrganismo e meio de transmissão do microrganismo (CDC, 2007).

A IACS representa um grave problema para a segurança dos doentes, podendo levar a dano. Não sendo, nos dias de hoje aceitável esta situação.

De modo a avaliar de forma contínua ou periódica a taxa de infeção, torna-se impreterível a implementação da vigilância epidemiológica, a qual vai monitorizar a evolução das taxas de infeção, encorajar o cumprimento de boas práticas, detetar procedimentos menos corretos e corrigi-los, e detetar precocemente o aparecimento de situações de surtos de infeção (Lito, 2010).

É assim, fundamental que, em todos os momentos da prestação de cuidados ao doente, existam ações que atuem simultaneamente, quer na área da prevenção, quer na área do controlo da transmissão de microrganismos. Este conjunto de ações, designamos por precauções básicas do controlo da infeção (PBCI), devem ser aplicadas a todos os doentes, independentemente do seu estado infeccioso, destinando-se a garantir a segurança do doente e do profissional de saúde (DGS,2013).

Fazem parte das PBCI:

- Colocação de doentes, de forma a impedir a transmissão cruzada da infeção/colonização;
- Higiene das mãos como medida simples e eficaz na diminuição da transmissão de microrganismos;
- Etiqueta respiratória permitindo conter secreções respiratórias e minimizar a transmissão de microrganismos;
- Utilização de equipamento de proteção individual (EPI) que confira proteção aos profissionais de saúde;
- Descontaminação do equipamento clínico, de forma a remover a matéria orgânica dos instrumentos e/ou dispositivos através da limpeza antes da desinfeção ou esterilização;
- Controlo ambiental com limpeza e desinfeção das superfícies, sendo a sua frequência de acordo com a utilização e grau de sujidade;
- Manutenção segura da roupa evitando a contaminação do ar, superfícies e doentes;
- Recolha segura de resíduos, respeitando a triagem dos mesmos, a realizar no local de produção;

- Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis com a utilização de técnica asséptica;
- Exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2013).

1.2– Prevenção da infeção na preparação e administração de medicamentos endovenosos

Nos cuidados prestados, os doentes podem ser submetidos a procedimentos invasivos que afetam as barreiras naturais de defesa do organismo, com por exemplo a colocação de um dispositivo intravascular para administração dos medicamentos endovenosos.

Na preparação e administração de medicamentos endovenosos é fundamental implementar medidas de prevenção da infeção na execução desta prática diária, possibilitando a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Devido à importância do tema, desenvolvi um estudo de investigação que não foi incluído no relatório porque pretendemos proceder à sua publicação.

O estudo teve como objetivo:

- Identificar as recomendações para as práticas de prevenção da infeção na preparação e administração de medicamentos endovenosos pelos enfermeiros;
- Avaliar as práticas executadas, para a prevenção da infeção na preparação e administração de medicamentos endovenosos pelos enfermeiros.

É um estudo descritivo, observacional e transversal com uma abordagem quantitativa, através de uma grelha de observação a 15 enfermeiros, totalizando 45 observações.

A grelha de observação foi adaptada do estudo “Prevenção e controlo da infeção na preparação e administração de medicamentos endovenosos” da autora Sr.^a Enfermeira SR, após autorização para a sua aplicação (Apêndice I). Segundo Fortin (1999) durante a observação consegue-se descrever os

componentes de uma situação, permitindo a recolha de dados que não podiam ser obtidos de outra forma para além da observação.

Nas observações efetuadas constataram-se algumas falhas na higiene das mãos e na preparação e administração de medicamentos endovenosos.

Obteve-se menor taxa de adesão na higienização das mãos após a preparação e antes da administração do medicamento endovenoso, não tendo sido cumprido em cerca de metade das observações. Esta taxa sobe um pouco quando se observa a adesão da higiene das mãos antes da preparação do medicamento e após a administração do medicamento.

Após a análise das observações foi possível identificar as principais práticas adotadas pelos enfermeiros na preparação e administração do medicamento endovenoso, que destacamos por ordem de maior grau de cumprimento:

- a perfuração do frasco de multidoses ser efetuada com agulha estéril;
- a colocação imediata das seringas e cortantes em contentores de corto-perfurantes após a preparação do medicamento endovenoso;
- no transporte do medicamento entre o local da preparação e o doente, a extremidade da seringa ou do sistema de perfusão está protegida;
- a colocação das agulhas e cortantes em contentores de corto-perfurantes após a administração do medicamento endovenoso;
- o medicamento ser diluído e aspirado/transferido na ampola/frasco sem contaminar agulha/*transfer*;
- após a preparação do medicamento ser efetuada a administração imediatamente do medicamento.

Contudo, verificaram-se algumas falhas no cumprimento dos itens na prevenção da infeção na preparação e administração dos medicamentos, que foram:

- a utilização de solução de uso único;
- a preparação do medicamento em superfície limpa;
- antes da administração do medicamento a desinfeção com álcool a 70° da torneira de três vias ou válvula anti refluxo;

- o medicamento ser aspirado e ser diluído na ampola/frasco sem contaminar o corpo do êmbolo da seringa;
- a desinfecção do gargalo ou tampa de borracha do frasco do medicamento/solução para diluição, com compressa embebida em álcool a 70°;
- antes da administração do medicamento, a desinfecção com álcool a 70° da válvula anti refluxo com movimentos de fricção e deixar secar.

Na globalidade das observações, verificou-se a existência da possibilidade de contaminação nalgumas situações, devendo ser um ponto de reflexão e de alteração das práticas.

A investigação sobre prevenção da preparação e administração de medicamentos endovenosos contribui para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, sensibilizando os enfermeiros para a necessidade do cumprimento integral das medidas de prevenção e controlo da infeção na preparação e administração de medicamentos endovenosos.

Todos nós enquanto profissionais de saúde temos um papel na prevenção das infeções, devendo para isso cumprir as normas e orientações nacionais da DGS na prática clínica, prevenindo e/ou reduzindo as IACS. Podem incluir-se medidas nos cuidados como o cumprimento da higiene das mãos, implementação do feixe de intervenções e vigilância epidemiológica.

É importante consciencializar os profissionais de saúde e os gestores sobre o tema através de formação e investigação.

1.3– Teorias de Enfermagem

Neste sub-capítulo, fazemos uma breve abordagem acerca das teorias que fundamentaram a pesquisa bibliográfica e a prestação de cuidados de enfermagem ao doente em situação crítica. Estas proporcionam a valorização dos conhecimentos da profissão e a relação deste com a atuação do enfermeiro.

A Enfermagem tem um corpo de conhecimento próprio, em que a prática deve ser sustentada pela teoria (Alligood, 2018). A teoria não é apenas

importante na história da enfermagem, uma vez que esse conhecimento contribuiu para o reconhecimento da enfermagem como uma profissão e uma disciplina acadêmica, possibilitando expandir o conhecimento (Alligood, 2018).

A teoria vai permitir a autonomia do enfermeiro ao orientar a prática, o ensino e a investigação.

A Teoria Ambientalista apresentada por Florence Nightingale em 1859, tem como foco o meio ambiente, onde todas as condições e influências externas afetam a vida e o desenvolvimento do organismo, os quais são capazes de prevenir, suprimir ou contribuir para a doença e a morte (Medeiros, Enders & Lira, 2015). Esta teoria tem o seu enfoque na relação enfermagem e doente-ambiente.

O trabalho de Nightingale foi iniciado a partir da sua experiência no cuidar dos soldados feridos na guerra da Crimeia, onde havia elevadas taxas de mortalidade. Introduziu medidas para melhorar as condições sanitárias, ou seja, ambiente, conseguindo reduzir as taxas de mortalidade (Lobo, 2000).

A doença é considerada um processo restaurador da saúde. Assim, a enfermeira tem a função de equilibrar o meio ambiente, com o objetivo de conservar a energia vital do doente a fim de recuperar da doença, bem como lhe proporcionar um ambiente ideal para o desenvolvimento da sua saúde (Haddad & Santos, 2011).

Nightingale acreditava que um ambiente saudável era necessário para cuidados de enfermagem adequados e para a restauração e manutenção da saúde.

De forma a organizar a teoria são definidos os principais pressupostos que são: enfermagem, pessoa, saúde e ambiente. O ambiente influencia a condição da pessoa, e o trabalho de enfermagem tem o papel de influenciar aquele ambiente, de modo que a saúde/doença passe a ser um processo reparador. Cada conceito influencia o outro (Torres, 1993).

Ao nível do ambiente há uma preocupação com o ambiente físico, ou seja, a ventilação (manter o ar que respira tão puro como o ar exterior), o calor

(temperatura adequada no quarto evitando os resfriados), a luz (importância da luz solar direta no corpo humano), a limpeza (ambiente sujo como a presença de matéria orgânica era fonte de infecção), o sossego (o barulho prejudica o doente) e a dieta (avaliar a ingestão de alimentos e horários das refeições) (Pfettscher, 2002, Camponogara, 2012).

Ao manipular o ambiente, consegue-se contribuir para a reparação e saúde do doente (Tomey & Alligood, 2004). A doença é uma tentativa da natureza para remediar um processo de declínio ou a reação perante as condições que o doente é colocado (Pfettscher, 2002).

Nightingale enunciava como primeiro dever de um hospital, não causar mal ao doente, mantendo a sua segurança. Nos cuidados prestados, existe o risco de os doentes serem vítimas de erros e eventos adversos, que podem causar graves consequências, devendo haver uma atuação rápida e eficaz dos profissionais de saúde de forma a evitar o surgimento dos mesmos.

Como evento adverso, pode ocorrer as IACS. De forma a prevenir essas infecções, devemos atuar e implementar medidas de prevenção e controlo, como a higiene das mãos e limpeza do ambiente, por forma a evitar a transmissão de microrganismos. Podemos assim referir que o ambiente físico influencia o doente, como também defende Nightingale (Torres, 1993).

O ambiente pode servir como um reservatório de microrganismos causadores de infeções, como a contaminação transitória das mãos dos profissionais de saúde, a formação de biofilmes em dispositivos médicos, ou a invasão da flora endógena presente no doente. O ambiente continua, na atualidade, a ser visto como importante fonte de infeção (Pintado, 2010).

A teoria de Nightingale defende que o ambiente físico é fundamental. No entanto, o envolvimento social e familiar reveste-se de igual importância nas respostas à situação vivenciada. Deste modo, para completar a problemática em análise, considere fundamental o enquadramento da Teoria das Transições de Afaf Meleis enfatizando a relação enfermeiro-pessoa-família como facilitadora dos processos de transição vivenciados.

Meleis na sua Teoria das Transições, vê a transição como a passagem de uma situação para outra, com momentos de instabilidade seguidos de momentos de estabilidade através de um processo caracterizado por diferentes estados dinâmicos, objetivos ou etapas, desencadeados por uma mudança ou evento crítico na vida ou no ambiente do doente (Meleis, 2010).

Em 2000, Meleis et al afirmam que, os enfermeiros devem antecipar, avaliar, diagnosticar, lidar e ajudar os doentes a experienciar os processos transacionais, processos esses que são vivenciados durante o seu ciclo vital, enquanto processo contínuo de transformação de um estado, fase ou períodos, para outro. A necessidade, por um lado, de lidar com as mudanças e com os desafios que ocorrem ao longo do tempo e, por outro, de se ajustar a essas realidades é uma prioridade inerente à vida.

Os principais conceitos desta teoria são: tipos e padrões de transições, propriedades de experiências de transição, condições de transição (facilitadores e inibidores), padrões de resposta para indicadores de processo e indicadores de resultado e terapêutica de enfermagem (Im, 2018).

Relativamente ao tipo de transições, estas podem ser de diferentes tipos: de desenvolvimento (relacionadas com mudanças ao longo do ciclo vital), situacionais (associadas a alterações de papéis previamente desempenhados); saúde-doença (mudança de um estado saudável para um estado de doença); organizacional (mudanças ambientais, sociais, políticas e económicas). (Schumacker & Meleis, 2010).

Os padrões de transição incluem multiplicidade e complexidade. As pessoas podem experimentar múltiplas transições simultaneamente (Im, 2018).

As propriedades da experiência incluem cinco sub-conceitos, que são: consciência, engajamento, mudança e diferença, intervalo de tempo e pontos críticos e eventos, os quais estão interrelacionados como um processo complexo (Im, 2018).

As condições de transição, influenciam a maneira como um doente se move através de uma transição, e facilitam ou impedem o progresso em direção

a uma transição saudável, podendo ser: valores culturais, atitudes socioeconómicas e significados (Im, 2018).

Os padrões de resposta ou indicadores de processo e resultado caracterizam respostas saudáveis e indicadores de processo que direcionam o doente para a saúde ou se em direção à vulnerabilidade e risco fazem com que os enfermeiros realizem avaliações e intervenções precoces para agilizarem resultados saudáveis (Im, 2018).

Enfermagem terapêutica, consiste em três medidas aplicadas durante as transições, que são: avaliação da prontidão, preparação para a transição e a suplementação de papel (Im, 2018).

A Teoria da Transição, fornece uma perspectiva abrangente sobre a experiência de transição, enquanto considera os contextos em que as pessoas estão vivenciando uma transição, como é o caso da transição de saúde-doença. Assim, sendo os enfermeiros como principais cuidadores dos doentes e suas famílias, devem compreender o processo de transição, ajudando-os a preparar, facilitando esse processo, com o desenvolvimento de intervenções de enfermagem com o objetivo de alcançar resultados positivos.

Esta teoria pode sustentar os cuidados prestados ao doente em situação crítica que se encontra na UCI, onde se constata um processo dinâmico e temporário, caracterizado por uma alteração do estado de saúde-doença. Esta situação pode ser súbita ou progressiva, devido a uma doença aguda ou crónica em que o doente passa de um estado de autonomia para um estado de dependência (Meleis, 2010). Contudo, é importante mencionar que, a doença não é vivida da mesma forma por todos os doentes, devendo personalizar-se os cuidados, de acordo com as suas necessidades de cuidados, que apoiem a sua transição.

O doente compreende a transição e atribui significados de acordo com os seus valores, atitudes e crenças, que personificam o carácter único de cada ser humano (Meleis et al, 2000).

A intervenção de enfermagem deve ser focada em facilitar o processo de transição e promover o bem-estar do doente.

Num evento com risco de vida, surgem muitas questões e dúvidas em relação ao futuro. Todavia, devemos concentrar a nossa atenção e atuação no presente, indo ao encontro das suas necessidades, ajudando no processo de transição com o fim de alcançar a recuperação (Meleis, 2010). O enfermeiro preocupa-se ainda com as necessidades da família, usando a comunicação como estratégia para promover a adaptação a nova condição do seu familiar.

No estágio realizado pude deparar-me com situações consideradas de transição no processo de recuperação, como o desmame do ventilador, o controlo da dor no pós-operatório ou infeção por dispositivo invasivo. O processo de transição pode causar sofrimento, o qual pode ser reduzido ou aliviado por intervenções realizadas pelos enfermeiros (Meleis, 2010).

Os enfermeiros pela posição privilegiada, devem ser facilitadores de uma transição saudável (Meleis, 2010). Estes, pela sua presença contínua e competências, podem avaliar e intervir na satisfação das necessidades do doente e família.

O doente em situação crítica, exige cuidados de excelência, uma vigilância e monitorização constante de forma a detetar complicações e assim intervir de forma rápida, eficaz e precisa. E para isso, são fundamentais saberes sustentados no conhecimento científico atualizado e apoiado na evidência.

Com base nos referenciais enunciados suportamos a nossa atuação seja no domínio da prestação de cuidados seja no domínio das aprendizagens profissionais.

Passaremos no capítulo seguinte a refletir sobre o percurso realizado em estágio.

2 – Descrição e análise crítica da aquisição e do desenvolvimento de competências

2.1 - Estágio final e relatório

2.1.1 - Características dos locais de estágio

De acordo com o plano de estudo do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Unidade Curricular “Estágio final e relatório” realizou-se o estágio em dois períodos de 180 horas cada. O primeiro decorreu de 5 de setembro a 26 de outubro de 2022 na UCI e o segundo decorreu de 27 de outubro a 17 de dezembro de 2022 no Gabinete de Segurança do Doente.

O estágio revelou-se um período crucial na aquisição de competências, pois, é no contexto da prática clínica, que surge o desenvolvimento de autonomia, iniciativa, comprometimento, criatividade e poder de tomada de decisão, através da mobilização de conhecimentos com pensamento crítico-reflexivo.

Seguidamente procede-se à descrição dos vários contextos de estágio.

2.1.1.1 - Unidade de Cuidados Intensivos

A UCI, pressupõe um ambiente destinado ao atendimento de doentes em estado grave em risco de vida e que necessitem de assistência médica e de enfermagem permanentes. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018a, p.1), “...é uma área multidisciplinar e diferenciada das ciências médicas que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s).”

A escolha do local de estágio baseou-se, essencialmente por se tratar de um Centro de Referência na prática de cuidados de excelência. Trata-se de um serviço de prestação de cuidados ao doente em situação crítica com Patologia Cirúrgica e Médica (Nível III) que funciona de forma integrada com os Cuidados Intermédios/Recobro (Nível I e II). Tem uma equipa (médica e enfermagem) dedicada, com assistência médica diferenciada em permanência de 24 horas, e acesso aos meios de monitorização, de diagnóstico e terapêutica necessários.

É um serviço onde são admitidos doentes do foro cirúrgico provenientes do bloco operatório em contexto de pós-operatório imediato de cirurgias eletivas ou urgentes. São igualmente admitidos doentes do foro médico, provenientes das consultas, do internamento, do hospital de dia, de outras instituições de saúde ou do domicílio.

É composta por 8 camas (quartos individuais), 2 dos quais de Cuidados Intensivos e 6 de Recobro/Cuidados Intermédios. Possui ainda uma sala de trabalho, uma sala de equipamentos, uma sala de reuniões e visitas, gabinetes médicos e de enfermagem e outras zonas de apoio.

É uma UCI com unidades individuais, permitindo maior conforto e privacidade e menor probabilidade de infeção cruzada. Todavia, devido a esta disposição física a vigilância desses doentes pelos profissionais de saúde torna-se mais difícil.

O referido serviço é composto por uma equipa multidisciplinar, que tem por objetivo primordial suportar e recuperar funções vitais, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade.

Os recursos humanos, assentam essencialmente em três categorias profissionais: a equipa médica, a equipa de enfermagem e a equipa de assistentes operacionais. Em apoio à equipa, colaboram, com regularidade, a patologia clínica, imagiologia, especialidades médicas e cirúrgicas e a fisioterapia.

A equipa de enfermagem está dividida por 5 equipas, com um total de 20 enfermeiros em horário completo e desses, 9 dos profissionais é lhes acrescido

horário parcial. No serviço existem 3 Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgico na vertente da pessoa em situação crítica.

Em todos os turnos, um dos elementos da equipa fica escalado de coordenação, tendo à sua responsabilidade a gestão do serviço.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica exigem um olhar atento, colheita e procura contínua de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação do doente, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

As situações clínicas que podem conduzir à admissão ao serviço são essencialmente relacionadas com a disfunção multiorgânica e necessidade de vigilância e/ou monitorização. São ainda admitidos doentes secundariamente ao pós-operatório de cirurgias eletivas para recobro/intermédios ou cuidados intensivos, de acordo com a complexidade do procedimento, duração, perdas hemáticas e/ou outras intercorrências decorrentes da intervenção cirúrgica em causa, bem como as co-morbilidades médicas dos doentes envolvidos; readmissão doentes por necessidade de re-intervenção cirúrgica urgente/emergente; recobro de procedimentos eletivos do foro cirúrgico (pós cateterização vascular para quimioterapia), gastroenterológico, urologia, unidade da mama, pneumológico ou radiologia de intervenção; complicações médicas variadas, dos doentes em tratamento nas diversas áreas médico-cirúrgicas.

A prestação de cuidados de enfermagem ao doente em situação crítica é bastante complexa e exige um pensamento reflexivo e uma formação profunda, atualizada, articulada com a prática, sustentada na investigação e geradora de novas formas de saber.

2.1.1.2 - Gabinete de Segurança do Doente

O Gabinete de Segurança do Doente é uma estrutura de apoio do Conselho de Administração, integrando o Sistema da Qualidade e Segurança do hospital e participa na Comissão da Qualidade e Segurança.

O Gabinete de Segurança do Doente é coordenado por uma enfermeira gestora e por uma médica, sendo a equipa constituída por 5 enfermeiras a tempo integral, estando cada uma destas, responsável por diferentes áreas de atuação. Estão ainda integrados 3 médicos e 6 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica de diferentes áreas de especialidade, a tempo parcial. De forma, a facilitar a ligação do gabinete com as unidades/áreas clínicas existem interlocutores locais, com funções e responsabilidades definidas em procedimento multisectorial.

A estratégia da Segurança do Doente desse hospital visa contribuir para a deteção, prevenção e controlo dos fatores de risco, de forma a desenvolver sistemas de trabalho, práticas e instalações mais seguras.

A DGS (2017, p. 4) define a segurança do doente como sendo

“redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é de uma forma geral direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição ao risco de não tratamento ou de outro.”

A sua área de atuação assenta em vários desafios da OMS e no PNSD da DGS, integrando as diferentes dimensões:

- Cultura de Segurança do Ambiente Interno;
- Segurança da Comunicação;
- Segurança Cirúrgica;
- Segurança na Utilização de Medicação;
- Identificação Inequívoca de Doentes;

- Gestão de informação sobre Quedas dos Doentes e Úlceras por Pressão;
- Prevenção das IACS;
- Sistema de Relatos de Incidentes.

O PNSD 2021 - 2026 tem por objetivo

“consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos” (Ministério da Saúde, 2021, p.97).

O Gabinete de Segurança do Doente no âmbito da sua atividade promove sistematicamente a colaboração com todas as estruturas da instituição e, com especial realce, com as que constituem o Sistema da Qualidade e Segurança.

Este Gabinete desenvolve várias atividades tais como: gestão dos incidentes, identificação e avaliação do risco, formação, elaboração de procedimentos e de materiais informativos, auditorias, análise de reclamações, comemoração das atividades do dia mundial da segurança do doente; desenvolvimento de campanhas na área da segurança do doente e projetos de segurança (linha de atendimento: informação/orientação técnica COVID-19, Projeto mais próximo de ti); investigação, colaboração em âmbito académico e estágios, newsletter, publicações em revistas e livros, entre outras.

2.2 – Desenvolvimento de Competências para o cuidado especializado à pessoa em situação crítica

O desenvolvimento de competências assenta no reconhecimento das necessidades de aprendizagem de cada enfermeiro. Através da experiência aprende a identificar o que é relevante em determinada situação e a retirar o seu

significado (Benner, 2001). Considerando a excelência dos cuidados de enfermagem, as competências surgem quando o enfermeiro através da aprendizagem experiencial desenvolve uma perícia profissional assente em conhecimentos e não pela sua simples aplicação (Benner, 2001).

Assim, em contexto de estágio, estabeleci o objetivo de aprofundar conhecimentos, planear atividades e desenvolver as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista é

“aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, 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” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p. 4744).

A Ordem dos Enfermeiros, definiu um conjunto de domínios de competências comuns, que caracterizam o Enfermeiro Especialista e de competências específicas, tendo em conta o seu campo de intervenção.

Na Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, este elemento será o seu foco de atenção. Esta 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 (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Os cuidados de enfermagem são altamente qualificados e prestados de forma contínua ao doente com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas

de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

Os estágios permitiram o contacto com a realidade profissional, onde se desenvolvem, aperfeiçoam saberes e tomam consciência de conhecimentos ainda não desenvolvidos.

De seguida farei uma síntese das competências desenvolvidas durante os estágios.

2.2.1 - Competências comuns do enfermeiro especialista

A Ordem dos Enfermeiros, definiu um conjunto de domínios de competências comuns, que caracterizam o Enfermeiro Especialista, independentemente, do seu campo de intervenção. Nos termos do artigo 3º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as competências comuns são:

“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” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p. 4745)

Dessas competências fazem parte: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais, aspetos que irei desenvolver em seguida.

a) Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No cuidar, o enfermeiro demonstra respeito pelo carácter único e dignidade de cada doente, tendo como alicerces o Regulamento do Exercício Profissional

do Enfermeiro (REPE) e o Código Deontológico do Enfermeiro, através do qual se rege a prática profissional com base em princípios éticos e morais.

Considero que ao longo dos estágios tive como base da minha conduta/atuação o cumprimento do Código Deontológico dos Enfermeiros. Refleti sobre situações ocorridas tendo em conta os princípios éticos demonstrando consciência crítica para os problemas da prática profissional com uma visão enquanto futura Enfermeira Especialista. Nessas reflexões, relembramos o que cada pessoa fez, disse, o que pensou ou sentiu, contribuindo para o aumento do conhecimento.

No exercício na minha prática, fui confrontada com dilemas éticos, nomeadamente, a realização de uma intervenção cirúrgica a um doente que se encontrava em estado grave, tendo este anteriormente manifestado vontade de não querer ser submetido a mais nenhum procedimento. Ao respeitar o doente estamos a respeitar a sua dignidade, promovendo-a e defendendo-a (Deodato, 2014).

Respeitei os direitos humanos e a dignidade do doente, com garantia da responsabilidade profissional, princípios éticos, legais e deontológicos, o que vai ao encontro do artigo n.º 99 da Lei n.º 156/2015 de 10 de janeiro, o qual afirma que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. (Ministério da Saúde, 2015, p. 8078).

Immanuel Kant define a dignidade como um fim em si mesmo e não como um meio para se atingir um fim (Kant, 2001). A pessoa como um ser racional, que tem um valor autónomo e não apenas um valor como um meio, e por isso, é portadora de uma dignidade que lhe é inerente.

No cuidar do doente prestei cuidados de excelência tendo em conta as competências técnicas e científicas e as do domínio relacional, defendido no artigo n.º 110 “Da Humanização dos Cuidados” (Ministério da Saúde, 2015).

Nos cuidados ao doente tive em conta as suas tradições culturais e religiosas, as suas preferências e valores pessoais, a situação familiar e os seus

estilos de vida, nunca fazendo distinção, independentemente das suas características físicas, psicológicas, sociais ou culturais, respeitando assim o princípio da igualdade. O enfermeiro deve conhecer "...as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido." (Ministério da Saúde, 2015, p. 8079)

No cuidar do doente tive sempre presente a dignidade humana e a humanização dos cuidados. Os cuidados prestados foram humanizados quando cuidei do doente de forma holística, prestando os melhores cuidados; estabelecendo uma relação de ajuda e não existindo discriminação no acesso aos mesmos. Antes e durante a prática clínica, sempre me apresentei ao doente e sua família, mantendo ainda a identificação sempre visível.

A proteção da autonomia e a defesa dos direitos do doente, nunca se extinguem por alterações na sua saúde. No exercício profissional, valores maiores se elevam, os quais têm de ser refletidos conjuntamente com os valores do doente. Quando isso, não acontece pode ocorrer a violação de um ou mais direitos, por agirmos em conformidade só com a nossa vontade. Para a tomada de decisão, devemos englobar a autonomia do doente e a autonomia reconhecida pelos conhecimentos e competências que possui enquanto enfermeiro (Deodato, 2008). A autonomia ainda pode ser respeitada na forma como o doente quer ser chamado. Sendo este consagrado no artigo 72º do Código Civil como direito de personalidade (Ministério Público, 2022).

Os cuidados e a relação que estabeleci com o doente foi baseada no respeito pela autonomia e autodeterminação para a sua tomada de decisão ser livre, informada e esclarecida face à sua situação de saúde. Este direito encontra-se sustentado pela obrigação ética, deontológica e legal do enfermeiro de salvaguardar e proteger os direitos humanos.

Defendido no artigo 1º da Declaração Universal Dos Direitos Do Homem (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948) "Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade".

No artigo 105º “Do dever de informação” também é mencionando que o Enfermeiro Especialista, tem o dever ético e legal de informar de forma esclarecida o doente acerca das intervenções necessárias para a promoção/tratamento da sua saúde e respeitar a sua capacidade de autodeterminação (Ministério da Saúde, 2015).

O enfermeiro deve respeitar a liberdade de escolhas dos doentes. Mas essa liberdade não é absoluta, uma vez que não pode permitir a extinção. É uma liberdade responsável (Deodato, 2014).

Nas diversas intervenções de enfermagem efetuadas, procurei explicar o procedimento e a necessidade do mesmo, tendo posteriormente pedido o seu consentimento esclarecido. O que foi referido é reforçado no artigo 5º da Convenção de Oviedo, Convenção sobre os direitos do homem e da biomedicina, aprovada para ratificação por Resolução da Assembleia da República, em 19 de outubro e ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro, onde afirma que

“Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento” (Conselho da Europa, 1997).

Assim de acordo com o mencionado anteriormente facultei informação ao doente, e posteriormente validei se era compreendida essa informação com esclarecimento de dúvidas, e por vezes foi necessário reformular o conteúdo, para conseguir decidir de forma voluntária, autónoma, livre e esclarecida, sem coação, se aceita ou recusa uma intervenção/procedimento.

Contudo, há situações em que é impossível dar o consentimento, como por exemplo os doentes inconscientes por se encontrarem ventilados e sedados, estando presente o consentimento presumido.

Nos termos do Código Penal, do n.º 2, do Artigo 39º do Decreto-Lei n.º 48/95 de 15 de março, “Há consentimento presumido quando a situação em que o agente atua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado”(Ministério Público, 1995).

Durante o cuidado ao doente agi no melhor interesse dele, tendo em conta o princípio da beneficência e da não-maleficência. Todas as decisões tomadas, foram fundamentadas no conhecimento mais atualizado e tiveram em conta os princípios éticos e deontológicos da profissão.

As questões relativas à privacidade do doente, referidas no artigo 107 “Do respeito pela intimidade” (Ministério da Saúde, 2015), assumiram especial relevância durante os diversos momentos da prestação de cuidados, dos quais são exemplos ter mantido durante os cuidados de higiene ou de conforto as portas fechadas; na transferência da cama para a maca e vice-versa e na deslocação a outros serviços do hospital ter mantido os doentes devidamente cobertos.

Intrinsecamente relacionado com a privacidade surge o respeito pela confidencialidade, já que consideramos que o Enfermeiro Especialista, assim como todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidados perante o estado de saúde/doença do doente devem garantir o direito do sigilo.

O sigilo de informação, é mencionado no artigo 106º do Código Deontológico do Enfermeiro, em que o enfermeiro tem o dever de guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão (avaliação inicial, processo clínico e notas de evolução de enfermagem), partilhando apenas com os profissionais de saúde que se encontram envolvidos no processo e plano de cuidados (Ministério da Saúde, 2015). Esta informação tem como objetivo a prestação dos melhores cuidados de saúde (princípio da excelência dos cuidados), pelo que assim não se torna lícito o acesso aos profissionais de saúde que não prestam assistência ao doente. Segundo Deodato (2014), a informação fornecida é limitada ao fim ético estabelecido.

O sigilo é um dever e uma característica moral da profissão de enfermagem, todavia também é um direito do doente e um dever do profissional de saúde (Ministério da Saúde, 2015).

No estágio na UCI, o dever do sigilo pode ter ficado comprometido na passagem de turno, uma vez que essa ocorria no balcão ou ao fundo do corredor onde circulam outros profissionais de saúde.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001a), a passagem de turno é um momento de partilha de informação no seio da equipa de enfermagem relativa ao doente, através da transmissão verbal, com a finalidade da continuidade e melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Na passagem de turno, procurei transmitir apenas a informação pertinente e relevante para a continuidade de cuidados num tom de voz baixo e, assegurei que toda a informação relacionada com cada doente estivesse arquivada no respetivo processo clínico, de forma a torná-la inacessível a outros elementos externos à equipa.

Outra forma de aceder a informação dos doentes internadas na UCI é através de um painel eletrónico onde refere nome, idade e informações clínicas. A verdade é que a informação é facilitadora para organizar o trabalho, todavia encontra-se acessível a todas as pessoas que por ali circulam levantando algumas questões relacionadas com a proteção de dados.

Toda a informação clínica do doente internado, que tive acesso, era apenas veiculada para benefício da mesma. E no fim do turno, todos os registos manuscritos efetuados por mim eram destruídos.

No estágio do Gabinete de Segurança do Doente, toda a informação que tive acesso através da notificação de incidentes foi mantida em confidencialidade e sigilo.

A notificação de incidentes, deve ser vista de acordo com o princípio da beneficência, uma vez que essa notificação vai contribuir para evitar a ocorrência de eventos potencialmente prejudiciais de futuro.

No estágio fui observadora da auditoria as boas práticas na utilização segura dos medicamentos estufacientes/psicotrópicos em 3 serviços diferentes do hospital usando uma grelha onde se indicava à conformidade dos critérios (Anexo I). As auditorias permitiram avaliar as práticas e promover, posteriormente a implementação de medidas de melhoria. Durante o processo houve respeito pelos valores éticos, como: a integridade; confidencialidade; imparcialidade e objetividade das conclusões obtidas com a auditoria.

Considero, portanto, que as atividades e reflexões anteriormente descritas foram importantes para o desenvolvimento das competências no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.

b) Competências do domínio da melhoria continua da qualidade

O enfermeiro tem um papel fulcral na promoção e implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Estes têm por base os padrões de qualidade de enfermagem, que permitem estruturar e orientar o exercício dos enfermeiros.

No início dos estágios, tive a preocupação de conhecer e me familiarizar com os valores e a estrutura física dos hospitais.

No contexto específico do serviço, tornou-se igualmente pertinente o conhecimento da estrutura física e funcional tendo sido apresentada pelos enfermeiros chefe/responsável e enfermeiro orientador. Também, consultei protocolos/normas/procedimentos existentes e de forma a me familiarizar com a dinâmica das equipas interdisciplinares e multidisciplinares com o objetivo de uma melhor adaptação e uma prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Para dar resposta a este domínio de competências foi essencial a consulta e conhecimento mais aprofundado do PNSD 2021-2026. Este plano tem por objetivo fortalecer e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde. Estando organizado em cinco pilares que “estabelecem um referencial de consolidação e evolução em matéria de segurança do doente,

nos quais se integram objetivos estratégicos, cujas metas são alcançadas pela implementação das ações definidas no presente Plano” (DGS, 2021).

No PNSD, a comunicação surge como um indicador de qualidade. A comunicação eficaz é muito importante na transição dos cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados de saúde, falando assim na transferência de responsabilidade da prestação de cuidados (DGS, 2021).

Dados da DGS (2017, p.5), indicam que “...até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente”

De forma a aumentar a segurança da comunicação, foi publicada pela DGS (2017) a Norma 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de Cuidados de Saúde. Nos momentos da transição os cuidados na UCI, seja entre serviços ou entre turnos, a transmissão de informação foi clara, precisa, objetiva e atualizada em relação à evolução do estado de saúde do doente; num ambiente calmo e sem interrupções, com a finalidade de garantir a continuidade dos cuidados.

Na UCI, a transmissão da informação dos doentes é realizada de forma verbal. Essa comunicação é apoiada por um documento onde consta a informação do doente como o motivo do internamento, antecedentes pessoais e evolução do estado clínico durante o internamento. Permitindo evitar a omissão de informação ou informações ambíguas, e desta forma diminuindo os erros na transição dos cuidados de saúde. O documento é atualizado pelo enfermeiro responsável que presta cuidados ao doente em todos os turnos.

A transmissão da informação tem em conta a ferramenta ISBAR. Segundo a Norma 001/2017 da DGS (2017), é uma ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados. Nessa técnica de comunicação, a informação é transmitida de uma forma estruturada, previsível e concisa. A

mnemónica ISBAR, significa I (Identificação e localização dos intervenientes na comunicação, bem como do doente a que diz respeito a comunicação), S (situação atual de necessidade de cuidados de saúde), B (antecedentes/anamnese), A (avaliação sobre o estado do doente, terapêutica, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas) e R (recomendações à situação clínica do doente), permitindo sistematizar a informação, de modo a uniformizar a forma como esta é transmitida (Caldas & Gomes, 2021).

Nos momentos da passagem de turno, ocorreram interrupções por outros profissionais de saúde, podendo esta situação comprometer a comunicação e por consequência afetar a segurança do doente. As interrupções podem-se dever ao facto de a transmissão de informação ser efetuada no corredor ou no posto de enfermagem onde todos profissionais de saúde e familiares circulam.

Na sequência desta situação, sugeri ao enfermeiro orientador, a passagem de turno decorrer num local mais calmo e menos propício a interrupções, tendo este ficado de analisar esta situação com a enfermeira chefe do serviço.

Na transmissão da informação escrita, tive a preocupação que os registos de enfermagem, fossem atuais, realistas, rigorosos e reflexo do trabalho concretizado, os quais são efetuados no sistema de informação “Cerner”. Os sistemas de informação em saúde, têm diversos benefícios como: melhorar a eficácia, custo-benefício, qualidade e segurança da prestação de cuidados (Gomes & Romão, 2018). Estes, permitem implementar um plano de cuidados, de acordo com às necessidades do doente, permitindo à personalização dos cuidados.

Vieira (2018), citando Jesus & Sousa (2011), menciona que os registos de enfermagem devem transparecer a tomada de decisão do enfermeiro, suportado através de uma reflexão crítica sobre a situação de saúde ou doença atual do doente, as intervenções de enfermagem realizadas como os resultados pretendidos e alcançados. Nestes mesmos registos, deve ser visível a

continuidade dos cuidados, através da reavaliação da situação clínica do doente e a obtenção do resultado desejado.

Nos locais de estágio, existem vários projetos e programas de melhoria da qualidade desenvolvidos, sendo eles: avaliação de úlceras por pressão, avaliação do risco de queda, identificação inequívoca do doente, segurança da medicação, segurança transfusional e prevenção e controlo das infeções e resistências aos antimicrobianos.

As úlceras por pressão, são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados. Os doentes em situação crítica, estão mais vulneráveis ao surgimento de úlceras por pressão devido a alterações do estado de consciência, pelo uso de sedo-analgésia e drogas vasoativas, pelo uso de suporte ventilatório mecânico, pelas restrições dos movimentos prolongada e pela instabilidade hemodinâmica (Vasconcelos & Caliri, 2017).

A avaliação do risco de úlcera por pressão, é efetuada logo na admissão do doente na UCI e reavaliada diariamente através da Escala de Braden de acordo com Orientação nº 017/2011 (DGS, 2011b). Estima-se que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco (DGS, 2011b).

Esta escala permite determinar o grau de risco do doente para o desenvolvimento de úlceras por pressão, contribuindo para a adoção de medidas preventivas e identifica fatores de risco (Alves, Costa & Boução, 2016).

De forma a prevenir as úlceras por pressão, implementei medidas como a redistribuição da pressão sobre os tecidos com a alternância de decúbitos e o uso de superfícies de apoio (colchão) e almofadas; mantive a pele seca e proporcionei maior resistência à pele com a aplicação de creme hidratante e massagem; e melhorei o estado nutricional das pessoas internadas com a utilização de suplementos proteicos.

Os doentes internados no hospital estão mais suscetíveis de sofrer quedas, que podem causar lesões graves, causando um aumento do tempo de internamento e os custos de saúde. Assim, é importante avaliar o risco de queda,

com o objetivo de identificar os fatores de risco individuais de modo a implementar as medidas preventivas adequadas a cada doente (Costa-Dias, Magalhães & Correia, 2021).

Contudo, a avaliação do risco de queda na UCI, não é através de nenhuma escala, como a Escala de Morse, mas com base no diagnóstico e fatores de risco. De acordo, com essa avaliação são adotadas medidas, como a elevação das proteções laterais das camas, baixar o nível da cama e travar as cadeiras de rodas antes das transferências.

De modo, a manter a segurança e evitar erros nas intervenções dos cuidados de saúde efetuadas pelos profissionais de saúde deve ser realizada a identificação inequívoca do doente. Nas instituições de saúde, a identificação inequívoca do doente é efetuada com recurso a pulseira (DGS, 2011c). Todavia, quando a informação não coincide, há um alerta de que algo não está correto, existindo necessidade de implementar medidas (Sales, Barroso & Ramos, 2021).

Para cumprir essa orientação, efetuei várias vezes a identificação positiva do doente, colocando as questões: qual o nome completo? e qual a data de nascimento? validando as respostas com informação existente na pulseira. Esta identificação era efetuada na admissão do doente na unidade, quando administrava terapêutica, colhia sangue e produtos biológicos, e ainda na realização de outros procedimentos.

Na prestação de cuidados, a segurança da medicação é reconhecida como um problema de segurança do doente. Assim, surge a implementação de medidas e estratégias identificando como áreas prioritárias de ação os medicamentos de alto risco ou alerta máximo, incluindo os medicamentos “*Look alike, sound alike*” (LASA). Os medicamentos semelhantes entre os nomes, embalagens e apresentações, pode afetar a perceção visual e/ou auditiva, podendo causar erros (Sale et al, 2021).

Durante o estágio na UCI utilizei algumas formas de prevenção do erro, como: confirmar os “certos” (a pessoa certa, medicação certa, dose certa, horário certo, via certa, registo certo, indicação certa e resposta certa) e prescrição da

terapêutica efetuada por via eletrónica, o que proporciona que seja legível a prescrição ao nível da letra. A dispensa da medicação ser efetuada de forma automatizada através da “Pyxis”, possibilitando aceder de forma fácil a medicamentos, reduzindo as ruturas de stock; iniciando a medicação mais rapidamente e assegurando no tempo que a farmácia esta encerrada a disponibilidade dos medicamentos no serviço.

Para além da medicação a transfusão de sangue não está isenta de risco durante a prestação de cuidados, usando diversas estratégias para evitar essas falhas. As falhas mais frequentes segundo Deus & Trindade (2021) são: não verificar a identificação do doente na unidade no momento da entrega no serviço clínico e não utilizar a identificação positiva do doente antes de iniciar a transfusão de sangue.

Na administração de transfusão de sangue na UCI utilizei a confirmação positiva da identificação doente e verificação da pulseira de identificação, e conjuntamente um sistema eletrónico (HemoCod) onde cada doente que necessita de transfusão de hemoderivados tem uma pulseira com um código, a tipagem do sangue tem o mesmo código e o hemoderivado que vem do serviço de imunohemoterapia é identificado com o mesmo código. A utilização em conjunto desta metodologia permite reduzir erros na administração de transfusão de sangue.

A notificação de incidentes é considerada como um dos instrumentos para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização, permitindo assim a partilha de aprendizagem com o erro. Na UCI a notificação é efetuada pela enfermeira chefe do serviço por email.

No entanto, no estágio do Gabinete de Segurança do Doente a notificação de incidentes é realizada através de uma aplicação informática para a gestão de incidentes (HER+). Nessa há garantia do anonimato, confidencialidade e sem efeito punitivo. Essas notificações são posteriormente alvo de análise com a implementação das medidas preventivas e/ou corretivas, as quais tive oportunidade de participar. Foram sem dúvida, momentos importantes de aprendizagem.

Elaborei avaliação concisa de alguns incidentes reportados. Para aplicação prática, procedi à análise da(s) causa(s) raiz de uma situação ocorrida no Brasil, apresentada numa reportagem disponível na internet, em que uma auxiliar de enfermagem administra vaselina por via endovenosa a uma criança que acaba por falecer. Posteriormente desenvolvi uma apresentação sobre a análise da causa raiz realizada, que ficará disponível no Gabinete de Segurança do Doente para utilização em sessões formativas (Apêndice II).

Quando o incidente é de grau de dano grave procede-se ao desenvolvimento da metodologia análise causa raiz, com o objetivo de ir para além da mera resolução das manifestações dos problemas (DGS, 2014a)

Elaborei conteúdos para a rubrica semanal do Gabinete de Segurança do Doente na Newsletter do hospital, sobre medicamentos “off-label” (Apêndice III), ANTT – *Aseptic Non Touch Technique* (Apêndice IV) e prevenção da infeção na preparação da administração dos medicamentos endovenosos (Apêndice V). Colaborei ainda no tema relativo à telessaúde e direitos humanos. Esta atividade constituiu um desafio para mim, pois tive de realizar diversas pesquisas sobre diferentes temas.

Particpei na reunião de organização da auditoria as boas práticas na utilização segura dos medicamentos estupefacientes/psicotrópicos e observei essa auditoria como anteriormente mencionado.

O enfermeiro especialista deve focalizar o seu esforço em cumprir e implementar estas linhas orientadoras, possibilitando prestar cuidados de qualidade, com mais segurança e sem esquecer a satisfação das pessoas.

c) Competências do domínio da gestão dos cuidados

Atualmente, reconhece-se que o enfermeiro é um elemento crucial no seio da organização, assumindo responsabilidades de planeamento, coordenação e gestão conduzindo à otimização da resposta da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores.

Estas competências são reconhecidas por Benner, Kyriakidis & Stannard (2011), como essenciais na prestação de cuidados ao doente em situação crítica, nas quais a intervenção da equipa deve ser organizada, eficaz e adequada, sob a liderança de um elemento qualificado e reconhecido.

No estágio na UCI, houve a oportunidade de acompanhar o enfermeiro coordenador de turno, como líder na gestão dos cuidados de enfermagem, adequando os recursos humanos e materiais às necessidades do serviço e de cuidados, em conjunto com a restante equipa multidisciplinar.

Esse dia, tive oportunidade após a passagem de turno, proceder a distribuição de doentes por enfermeiro e auxiliar de ação médica, de acordo com as necessidades dos doentes e a experiência profissional. Colaborei na gestão de camas de acordo com as admissões, transferências e altas. Efetuei pedidos de material ao armazém e ao laboratório de patologia clínica dos recipientes de colheitas; colaborei na elaboração do plano diário de distribuição dos enfermeiros e auxiliares de ação médica; mobilizei recursos humanos, de acordo com as necessidades do serviço.

A enfermeira chefe do serviço e o enfermeiro coordenador do turno preocupam-se em manter a equipa motivada e com níveis elevados de satisfação, permitindo manter a equipa coesa e satisfeita, comprometida em atingir os objetivos do serviço e cuidados de qualidade. Todavia, na presença de conflitos, referem ter a perspicácia de os reconhecer e geri-los, para assim manter um ambiente satisfeito.

Outra das atividades efetuadas, foi a colaboração com o enfermeiro orientador nas funções de chefe de equipa. Essa função é crucial nos diferentes turnos, pois este elemento tem uma perspetiva global do serviço com vista à correta adequação de recursos físicos e humanos, assim como na resolução de conflitos. Na ausência da enfermeira chefe assume a gestão do serviço e é um elemento de referência, constituindo um elo de ligação na equipa multidisciplinar.

No serviço onde exerço funções desempenho o papel de responsável de turno, uma vez que não existem chefes de equipa. E essa realidade, permitiu-

me comparar o grau de exigência que existe na UCI, sendo necessária uma gestão de vagas e da própria equipa de forma rápida e eficaz, podendo afetar a ação cirúrgica do bloco e causar consequências nos doentes.

Benner (2001), reforça que a enfermeira deve possuir capacidades de organização e distribuição de tarefas. Na prestação de cuidados, consolidei competências relacionadas com a delegação de tarefas aos auxiliares de ação médica, supervisionando-as e avaliando a execução das mesmas, como o posicionamento para a refeição e o despejo dos sacos coletores de urina.

No domínio da gestão dos cuidados, torna-se fundamental abordar a temática das dotações seguras. A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde (Ordem dos enfermeiros, 2019b).

Na UCI são cumpridas as dotações seguras. Assim, no que diz respeito a UCI de Nível II, o rácio de enfermeiro por doente foi de 1 enfermeiro para 2 doentes; e para a UCI de Nível III foi de 1 enfermeiro para 1 doente. Assim, podemos referir que estes dados vão ao encontro das orientações da Ordem dos Enfermeiros relativamente às dotações seguras dos cuidados de enfermagem, no que diz respeito a UCI de Nível II e III (Ordem dos enfermeiros, 2019b).

De forma, a perceber o volume de trabalho relacionado com as atividades de enfermagem e consequentemente o tempo real que deverá ser disponibilizado usa-se NAS (*Nursing Activities Score*). A pontuação da escala mede o tempo gasto pelas atividades de Enfermagem a nível do doente em percentagem, sendo independente da gravidade da doença, do tipo de casos e do tipo de UCI (Bernardino, 2020). Assim, se a pontuação for 100, interpreta-se que o doente requereu 100% do tempo de um profissional de enfermagem no seu cuidado nas últimas 24 horas (Conishi & Gaidzinski, 2007). Durante o estágio na UCI, não tive oportunidade de realizá-la, uma vez que essa avaliação é feita no turno da noite.

Na constituição da equipa da UCI, recomenda-se que 50% sejam Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno. (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Todavia, na UCI existem apenas três Enfermeiros Especialistas Médico-Cirúrgico na vertente da Pessoa em Situação Crítica, considerando que o serviço se encontra com dotações longe dos 50%. Contudo, todos os enfermeiros que exercem funções nesse serviço têm bastante experiência, podendo ser considerados peritos segundo Benner (2001).

No Gabinete de Segurança do Doente, de acordo com a norma do cálculo das dotações seguras deve possuir um Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), situação que se constata.

Implementei um projeto de melhoria na qualidade, no Gabinete de Segurança do Doente, onde concretizei um estudo observacional, sobre a prevenção da infeção na preparação e administração de medicamentos endovenosos, o qual irei desenvolver na sequência deste relatório.

Para haver um ambiente favorável à prática de enfermagem é preciso uma adequação dos recursos humanos e materiais, sendo imperioso que os enfermeiros participem na gestão da instituição.

d) Competências do domínio das aprendizagens profissionais

Nas competências do domínio das aprendizagens profissionais é fundamental o enfermeiro identificar os recursos disponíveis, os seus limites pessoais, promovendo o desenvolvimento de características como o autoconhecimento e a assertividade, as quais são fundamentais na gestão das relações interdisciplinares.

Perante a equipa, considera-se que o Enfermeiro Especialista assuma uma atitude crítica e reflexiva, não só pelo desempenho dos restantes elementos, mas sobretudo pelo seu, sendo responsável por elevar o nível dos mesmos na procura constante pela excelência dos cuidados. Em consonância,

os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem reforçam a importância de “refletir sobre o exercício profissional”, o qual deve ter como pilar o quadro de referência da profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2001b, p.5). O conhecimento surge da reflexão após a prática, possibilitando conhecimentos e mudanças.

A excelência dos cuidados, exige do Enfermeiro Especialista um investimento e atualização constantes no domínio do conhecimento, para que possa desenvolver diversas capacidades e aptidões que lhe permitam dar resposta às variadas situações da prática diária. Na alínea c) do artigo 109.º do Código Deontológico dos Enfermeiros, “Da excelência do exercício”, o enfermeiro procura, “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Ministério da Saúde, 2015).

Benner (2001), descreve um modelo para a aquisição de competências, baseado em 5 estágios, que vão do iniciado a perito (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito) no qual defende que o conhecimento prático, se adquire progressivamente com o tempo, sendo necessário estabelecer estratégias que construam e aperfeiçoem continuamente o saber fazer adquirindo assim as competências.

Benner (2001, p.32) acrescenta que:

“O desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer) graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do “saber fazer” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina”

Os conhecimentos teóricos, foram uma ferramenta essencial nos momentos de estágios, colocando em prática a teoria e consolidando esses mesmos conhecimentos de forma a prestar cuidados de excelência.

Os estágios, foram muito gratificantes e uma fonte inesgotável de aprendizagens, propiciando o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem ao doente em situação crítica e sua família. Embora

tenham sido bastantes exigentes, ao nível de estudo e pesquisa bibliográfica. Contribuíram para aquisição e aprofundamento de conhecimentos, com base na mais recente evidência científica. A prática diária e a troca de experiências com outros enfermeiros, também foram uma importante fonte de conhecimento pois, tal como refere Nunes (2017), apesar de a experiência ser vivida por cada um, de forma particular, é possível de ser transmitida, passando de uma visão de dimensão individual, para uma dimensão coletiva e comunitária.

Posso afirmar que cresci pessoal e profissionalmente.

No estágio na UCI, os conhecimentos adquiridos tiveram maior foco na componente técnica, através do contacto com equipamentos e técnicas que não tinha tido oportunidade de explorar durante o meu exercício profissional. Enquanto, o estágio no Gabinete de Segurança do Doente, primou pelo contato com uma realidade totalmente nova, onde participei em atividades promotoras de boas práticas e de segurança do doente como formações, instruções de trabalho, rubrica semanal do Gabinete de Segurança do Doente na Newsletter do hospital e pósteres.

Nos momentos de estágios, adotei uma postura de participação e interesse por conhecer: o serviço e as instituições, as normas, o papel e as respetivas funções que a enfermeira desempenha, bem como os métodos de gestão.

Durante os estágios, realizei reflexões tendo em conta situações observadas na prática, possibilitando renovar conhecimentos, alterar perspetivas e desenvolver competências. Efetuei uma reflexão sobre um doente operado na UCI tendo abordado as questões sobre a comunicação, transmissão da informação, do direito a informação, sigilo profissional e conspiração do silêncio. No Gabinete de Segurança do Doente, a reflexão teve como foco a notificação de incidentes relativos a erros da administração da terapêutica.

O enfermeiro deve procurar sempre a excelência dos cuidados, sendo essencial o desenvolvimento de conhecimentos e competências. O Enfermeiro Especialista “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em

contexto de trabalho, na área da especialidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). O conhecimento pode ser adquirido através da formação em serviço, em que primeiro se realiza o levantamento das necessidades, para depois implementar as formações.

No estágio na ACIR, de acordo com as necessidades do serviço, fui desafiada a realizar formação sobre “Feixe de Intervenções” para a prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central (CVC) (Apêndice VI), que permitiu suportar a prática clínica e alterar comportamentos de acordo com a mais recente evidência científica. Para concretizar esta formação, realizei uma revisão bibliográfica, na qual ficou demonstrado que o cumprimento do feixe de intervenções reduz as infeções. A formação ficou disponível no serviço para posterior consulta pelos profissionais de saúde. Este tema, encontra-se desenvolvido posteriormente nas competências específicas do Enfermeiro Especialista sobre a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.

No Gabinete de Segurança do Doente elaborei conteúdos para a rubrica semanal do Gabinete de Segurança do Doente na Newsletter do hospital como já mencionando anteriormente, sendo outra forma de divulgar conhecimento aos restantes profissionais de saúde.

Neste, concretizei um estudo observacional, com a aplicação da grelha de observação das práticas corretas sobre a prevenção da infeção na preparação e administração de medicamentos endovenosos. Posteriormente, foram avaliados os resultados obtidos e foi planeada uma formação em serviço sobre promoção de boas práticas na prevenção e controlo de infeção na preparação e administração de medicamentos endovenosos, bem como uma Newsletter e póster (Apêndice VII), e uma instrução de trabalho (Apêndice VIII).

Na sequência da pesquisa desenvolvida sobre medicamentos “off-label” ainda realizei uma formação (Apêndice IX) para partilhar saberes.

Particpei em diversos cursos, congressos, seminários, encontros e formações, com o objetivo de atualizar e consolidar conhecimentos.

Realizei o Curso Suporte Básico de Vida com desfibrilhação automática externa (DEA), acreditado pelo Conselho Português de Ressuscitação e de acordo com as normas do *European Resuscitation Council* dia 17 de novembro de 2021 (Anexo II), com aproveitamento. Este curso foi uma mais valia, uma vez que uma intervenção rápida de quem presencia uma Paragem Cardiorrespiratória (PCR) diminui os índices de morbilidade e mortalidade e aumenta a probabilidade de sobrevivência da vítima (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2017)

Particpei no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “Enfermagem especializada: um valor em saúde” dia 26 de novembro de 2021 (Anexo III). Tendo abordado temas sobre oxigenioterapia nasal de alto fluxo, *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) no doente em situação crítica e infeção pelo vírus SARS-CoV-2.

Particpei no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos dias 19 e 20 de fevereiro de 2022 (Anexo IV), tendo sido abordado temas sobre o doente em situação crítica na UCI como: técnicas de suporte renal e falência renal; suporte ventilatório e oxigenioterapia de alto fluxo; nutrição; técnicas essenciais de suporte e monitorização; emergência pré-hospitalar com a abordagem do tema *Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta* (REBOA).

Estive também presente no Congresso Internacional de Controlo de Infeção dias 31 de março e 1 de abril de 2022 (Anexo V) tendo tido oportunidade de ouvir especialistas sobre: vigilância epidemiológica, pneumonia associada à intubação; resistência aos antibióticos e estratégias de prevenção do controlo de infeção na UCI.

Estive presente no Encontro do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica – O cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica, dia 30 de abril de 2022 (Anexo VI) tendo abordado o atendimento extra hospitalar em situação crítica dando uma visão dos profissionais que prestam cuidados no terreno e nas dificuldades encontradas no dia-a-dia e como foram ultrapassadas; e ainda atuação sobre necessidades do doente na UCI com dor e alterações nutricionais.

Tive oportunidade de participar no Congresso Internacional de Controlo de Infecção e Resistência Antimicrobiana Luz Saúde 2022, dia 23 de setembro de 2022 (Anexo VII) que permitiu abordar temas como a inteligência artificial e infecção; danos colaterais da pandemia COVID-19, ozono como desinfetante, reprocessamento endoscópico e a esterilização e microbiologia rápida.

Estive ainda presente no Encontro de Benchmarking do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, nos dias 20 a 22 de outubro de 2022 (Anexo VIII), no qual se abordou temas sobre a intervenção especializadas na área da catástrofe tendo os convidados partilhado experiências sobre apoio aos refugiados na Ucrânia e apoio de socorro prestado pós-terramoto do Haiti, contando experiências de uma realidade difícil, envolta em alguns sacrifícios e sofrimento. E além disso no encontro, ainda expuseram o tema do acompanhamento no final de vida, realidade que pode surgir no doente em situação crítica, devendo os enfermeiros estar preparados para dar resposta as suas necessidades, incluindo as espirituais.

Particpei na formação “Segurança da Preparação e Administração de Medicamentos” dia 4 de novembro de 2022 (Anexo IX), onde tive oportunidade de ter contacto com projetos de segurança do doente no circuito do medicamento desenvolvidos em alguns serviços.

Particpei na formação “Contensão mecânica e a segurança do doente” dia 15 de dezembro de 2022 (Anexo X), onde mostraram a utilização correta da contensão mecânica para a segurança do doente.

Como futura Enfermeira Especialista implementei formações no local onde exerço funções, sobre os temas: isolamento de contacto (10 de novembro de 2021) (Anexo XI), controlo de infecção nos cuidados “post-mortem” (17 de novembro de 2021) (Anexo XII), infecção nosocomial da corrente sanguínea (24 de novembro de 2021) (Anexo XIII); utilização de detergentes, desinfetantes e antissépticos (17 de agosto de 2022) (Anexo XIV), atualização dos procedimentos sobre a colheita de produtos (15 de março de 2022) (Anexo XV), sensibilização da importância da higiene das mãos (5 de maio de 2022) (Anexo XVI) com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

E como forma de divulgar conhecimento a nível internacional tive oportunidade de partilhar no Congresso Internacional de Controlo de Infeção um póster sobre o tema “Adesão à *bundle* da prevenção de infeção do local cirúrgico entre 2019-2020” (Apêndice X) (Anexo XVII). Embora, a adesão da *bundle* tenha sido baixa, permitiu refletir onde estamos e onde podemos melhorar.

No V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Uma voz para o humanismo) que se realizou dia 25 de novembro de 2022 onde estive presente (Anexo XVIII) e apresentei o póster “Necessidades espirituais do doente em Unidades de Cuidados Intensivos: Scoping Review” (Apêndice XI), mostrando que mesmo num ambiente cheio de tecnologia os cuidados a esses doentes devem ser holísticos, devendo os enfermeiros ter em atenção as suas necessidades espirituais. Integrei ainda a Comissão Organizadora desse seminário (Anexo XX), tendo sido uma experiência importante para o meu desenvolvimento académico e profissional.

Particpei no I Workshop de Elos Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA) (Anexo XXI), tendo ainda oportunidade de apresentar os dados da utilização do feixe de intervenções na prevenção da infeção do local cirúrgico (Anexo XXII).

Todos os trabalhos desenvolvidos, são de extrema importância uma vez que permitiram incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências. Por outro lado, permitiram a divulgação dos resultados da nossa prática clínica e de investigação.

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

A Ordem dos Enfermeiros definiu um conjunto de domínios de competências específicas que 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” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p.4745).

Segue-se a descrição das atividades realizadas no estágio para desenvolver essas competências.

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

A prestação de cuidados ao doente é um desafio, o que se traduz pela rápida, mas consciente, tomada de decisão e pela necessidade de respostas eficazes perante situações de risco de vida. Neste contexto, valoriza-se um elevado julgamento clínico e a reflexão pela prática, promovendo o desenvolvimento do saber ser, saber fazer e saber estar, assim como a simbiose entre as diferentes dimensões do conhecimento (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011).

A humanização dos cuidados deve estar sempre presente, bem como a atualização dos conhecimentos. Benner, Kyriakidis & Stannard (2011), referem que o enfermeiro seja detentor de um elevado nível de conhecimento, na medida em que os doentes estão sujeitos a frequentes alterações da sua situação clínica, sendo por isso fundamental que consiga reconhecer o padrão considerado normal e expetável para cada situação para que rapidamente consiga implementar intervenções.

Os estágios, foram ricos em aprendizagens e conhecimentos, pelo que permitiram desenvolver competências nos cuidados prestados ao doente, visando a satisfação das suas diferentes necessidades e facilitando o processo de transição saúde-doença. Ao longo do estágio, houve uma promoção da autonomia e da capacidade de resposta aos doentes a que prestei cuidados.

Existiram algumas alterações do estado clínico do doente, tendo a rápida atuação prevenindo complicações e minimizado o seu impacto. A prestação de cuidados, exige por parte do Enfermeiro Especialista, uma grande articulação de conhecimentos na interpretação de dados clínicos complexos, para que a tomada de decisão seja rápida e eficaz.

O Enfermeiro Especialista (perito segundo Benner) difere do Enfermeiro Generalista (iniciado segundo Benner), uma vez que o primeiro ajusta as intervenções ao contexto e ao doente que presta cuidados. O Enfermeiro Especialista sabe interpretar os sinais de alarme perante a situação clínica do doente, conseguindo distinguir situações de real urgência/emergência de alterações transitórias e associadas à condição do doente procedendo aos necessários ajustes dos parâmetros.

Exemplos dessas mesmas mudanças que pude presenciar durante o estágio, foram alterações no padrão respiratório que resultaram em ajustes nos parâmetros do ventilador ou no débito do oxigénio; ajustes medicamentosos (como no caso de hipotensão) e correções hidroeletrólíticas por alterações em exames complementares (análises sanguíneas e gasometrias). Sempre que houve mudanças no padrão do doente, comuniquei ao médico de forma a instituir medidas para restabelecer os padrões normais do doente.

Foi efetuada vigilância do estado de consciência e dos sinais vitais; manipulação da linha arterial e CVC; realização dos pensos dos mesmos; avaliação da pressão arterial invasiva; balanço hídrico; registo de drenagens, administração da terapêutica (curarizante, sedo-analgésia e vasopressora), realização de gasometrias arteriais e sua interpretação; avaliação da pressão intra-abdominal, manipulação de drenagens torácicas e administração da nutrição parentérica. Todos os cuidados prestados tiveram em conta o rigor

técnico/científico e assumi sempre uma atitude de responsabilidade pelas decisões tomadas.

Pude durante o estágio, fazer a monitorização do Índice Bispectral (BIS). Este permite descrever alterações no eletroencefalograma, mediante a aplicação de elétrodos na região frontal, de forma a avaliar a resposta do doente aos anestésicos e sedativos (Duarte, 2006).

A avaliação do BIS é efetuada por sensores, os quais transmitem os dados para um monitor. Os valores variam de 0 (ausência de atividade cerebral) até 100 (estado de vigília). Em cuidados intensivos, o doente quando sedado e curarizado, apresenta como valores alvo 40 até 60. Tendo tido oportunidade, de verificar essa situação na prestação de cuidados durante o estágio. Essa monitorização tem a vantagem de melhorar a segurança no doente sedado.

No cuidar dos doentes sedados, tive oportunidade de aplicar a Escala de *Richmond agitation-sedation scale* (RASS), a qual avalia a qualidade e profundidade da sedação.

Outra competência desenvolvida foi no âmbito da ventilação mecânica. Para o desenvolvimento dessa competência, prestei cuidados ao doente ventilado e realizei pesquisa bibliográfica sobre as diversas modalidades ventilatórias, a interpretação de curvas, os parâmetros e alarmes ventilatório e o processo de desmame. Tive oportunidade de vigiar a adaptação do doente ao ventilador, da expansão torácica e da necessidade de aspiração de secreções através do tubo endotraqueal.

Há necessidade de recorrer a essa terapia, quando o doente é incapaz de manter/efetuar trocas gasosas adequadas, possibilitando melhorar a ventilação e o conforto dos mesmos, através da diminuição do esforço respiratório. O início da ventilação mecânica, tem como objetivos: corrigir a hipoxia, a hipercapnia, o stress fisiológico e/ou insuficiência respiratória (Elliot & Elliot, 2018).

A entubação orotraqueal, tem risco acrescido de desenvolver pneumonia associada a intubação, estando associada a aumento dos dias de ventilação

mecânica, de internamento em UCI e hospitalar, de uso de antimicrobianos e de mortalidade (DGS, 2017).

De forma, a prevenir a pneumonia associada a intubação foram implementadas intervenções, de acordo com o “feixe de intervenções” de prevenção da pneumonia associada a intubação, que foram: rever, diminuir e quando possível parar a sedação; avaliar todos os dias a possibilidade de desmame ventilatório/extubação; elevar a cabeceira da cama em ângulo igual ou superior a 30°; efetuar a higiene oral com clorexidina a 0,2%, pelo menos três vezes por dia; manter os circuitos ventilatórios, trocando-os só quando sujos ou não funcionantes; manter a pressão do balão endotracheal entre 20 e 30 centímetros de água (cm H₂O) (DGS, 2015).

A comunicação é dificultada quando o doente se encontra sedado e ventilado, sendo vital a implementação de pequenas estratégias de comunicação que contribuem para a humanização dos cuidados. Dessas estratégias gostaria de referir algumas usadas por mim, como apresentar-me quando junto do doente; manter o doente informado sobre a data, o dia da semana, hora e local onde se encontra, permitindo a sua orientação espaço-temporal e pedido a família para fazer isso quando junto desse. E o toque terapêutico que foi usado de forma intencional, para permitir a perceção do doente da minha presença, junto dele.

Quando o doente se encontrava apenas ventilado, englobei outras estratégias como fazer perguntas de resposta curta como sim/não, gestos e escrita.

Na UCI, a existência de protocolos (insulinoterapia, analgesia e isolamentos), facilitou a uniformização da minha atuação.

O doente em situação crítica, pode até 50%, nas primeiras 48 horas, apresentar hiperglicemia sejam ou não diabéticas. Se o valor da glicemia não for controlado está associado a aumento da morbidade e mortalidade (Emidio et al, 2021). Com esse objetivo, apliquei os protocolos de administração de insulina

em doentes com ou sem perfusão de insulina, tendo sido facilitador de uma rápida e eficaz atuação no controlo da glicemia capilar.

No âmbito do controlo da dor ao longo da minha vida profissional foi uma inquietação/preocupação pelo que no período de estágio não foi exceção, tendo sido muitas vezes um desafio. A DGS desde 2003, define dor como o 5º sinal vital. O controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2003).

A minha prestação de cuidados visou promover o bem-estar físico, psicossocial e espiritual do doente, fazendo uma correta gestão da dor, atuando não apenas no sentido de diminuir ou eliminar a mesma, mas também na sua prevenção.

Se a dor estiver presente, deve-se estar atento às várias formas de comunicar e expressar a dor, como as não verbais, nomeadamente a taquicardia, agitação e expressão facial; e ainda a aplicação de instrumentos de avaliação da dor. Para avaliar a dor usei a escala visual numérica (doentes conscientes) e a escala *Behavioral Pain Scale* (BPS) que avalia 3 itens comportamentais (expressão facial, movimentos dos membros superiores e adaptação ventilatória) para doentes ventilados e sedados que apresentam limitação na capacidade para comunicar a sua dor.

Para o controlo da dor englobei dois tipos de intervenções: a autónoma e a interdependente. Nas intervenções interdependentes, houve a administração de analgésicos e anti-inflamatórios, com posterior monitorização e registo dos resultados da intervenção. Estas intervenções foram na maioria das vezes complementadas com intervenções autónomas, não farmacológicas de alívio da dor, como o posicionamento para aumentar o conforto, massagem, período de repouso, exercício ativo/passivo, controlo da incidência da luz, diminuição do ruído e aplicação de calor/frio. Tendo verificado a vantagem de conjugar os dois tipos de intervenções.

Tive, ainda, a oportunidade de desenvolver competências no transporte de um doente na UCI. Esse transporte apresenta riscos, devido a instabilidade em que se encontra o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações. O transporte deve ser desempenhado por enfermeiro com experiência em reanimação e com treino em transporte de doentes em situação crítica (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

O transporte deveu-se a necessidade de o doente ir realizar um exame de diagnóstico (transporte intra-hospitalar), por agravamento do seu estado clínico e suspeita de hemorragia. Para a concretização desse transporte, houve um planeamento, que consistiu: avaliação da escala de transporte, reunião do material necessário para o mesmo (mala de transporte já existente com o material necessário já preparada que é validada diariamente), verificação se as seringas infusoras tem bateria suficiente e se algum fármaco terminará durante o transporte, preparação do monitor para transporte, verificação das condições de oxigenioterapia (se a bala tem oxigénio suficiente para o transporte e permanecia no local do exame).

Devido a UCI funcionar ainda como recobro, tive contacto com doentes no pós-operatório imediato, o que permitiu desenvolver competências nessa área. O doente após cirurgia, permanece no recobro até ter recuperado ao estado fisiológico pré-operatório, sendo necessário para isso à recuperação completa dos reflexos protetores da via aérea, estabilização dos sinais vitais e eventual reversão do bloqueio regional, caso exista (AESOP, 2006).

No período de pós-operatório imediato (recobro) o doente é submetido à monitorização hemodinâmica de 15 em 15 minutos na 1ª hora, de 30 em 30 minutos na 2ª hora e posteriormente de 1 em 1 hora até ter alta do recobro. É avaliada ainda a *compliance* respiratória, estado de consciência (Escala de Coma de Glasgow) e orientação; características da pele e mucosas; avaliação e controlo da dor; avaliar a presença de náuseas e vómitos; presença de dispositivos vasculares; presença de feridas e características do penso; eliminação urinária e avaliação neurocirculatória das extremidades.

Nos cuidados prestados, no pós-operatório imediato, pude presenciar complicações como: hipotensão, hipoventilação, hipotermia e dor. Tendo sido importante uma pronta e rápida atuação, enquanto Enfermeira Especialista, de forma a prevenir e detetar precocemente complicações e assim implementar medidas para reverter as situações e conseguir prestar cuidados de qualidade.

De seguida, descrevo algumas dessas complicações e as medidas implementadas durante o estágio.

As situações de hipotensão deveram-se, essencialmente, a hipovolemia e uso de agentes anestésicos, tendo sido corrigida com posicionamento do doente em *Trendelenburg* e aumento da volémia através de fluidoterapia.

Os episódios de hipoventilação que presenciei deveram-se ao uso de agentes anestésicos, que originaram diminuição das saturações periféricas de oxigénio, tendo sido revertida a situação com a administração da oxigenioterapia, realização de exercícios respiratórios e elevação da cabeceira.

A hipotermia pode dever-se a prolongada exposição intraoperatória do doente, por métodos ineficazes de aquecimento ou baixa temperatura da sala operatória, tendo a mesma sido corrigida rapidamente com aquecimento do quarto e da cama.

Para além das referidas competências técnicas, a qualidade dos cuidados prestados decorre do trabalho em equipa. Tive hipótese de o comprovar em diversos momentos, como por exemplo: situações de instabilidade hemodinâmica, transporte de doentes críticos e admissão à unidade.

Concluimos neste nosso percurso formativo, que as competências relacionais devem percorrer um caminho conjunto com as competências técnicas. Importa relembrar que a Ordem dos Enfermeiros (2001b) considera o doente como um todo indissociável, pelo que a sua família/pessoas significativas devem também ser alvo de cuidados, constituindo importantes parceiros dos mesmos.

Os doentes na UCI, encontram-se numa situação de vulnerabilidade, sendo fundamental a presença da família junto dos mesmos. O serviço tem a

vantagem de não ter um período de visita fixo, sendo gerido de acordo com os cuidados prestados, possibilitando a permanência da família junto do doente o maior tempo possível e em ambiente com privacidade, já que as unidades são fechadas.

Como nós diz Sá, Botelho & Henriques (2015, p.3) “promover a presença da família é essencial na prestação de cuidados de enfermagem de excelência à pessoa em situação crítica”.

Todavia, a família igualmente se encontra vulnerável e fragilizada pela situação clínica e pelas várias medidas invasivas a que o seu familiar está sujeito, nomeadamente pela presença de CVC, máquinas infusoras, sistemas de soros e cabos, sendo uma realidade, por vezes, difícil de gerir.

A relação estabelecida com a família, permitiu facilitar este momento de incerteza e stress. Esta relação deve ter como base habilidades de comunicação como empatia e respeito de forma a aumentar a confiança e esperança da família. Houve a preocupação de receber o familiar e encaminhá-lo à unidade do doente, mostrando disponibilidade para informá-lo e esclarece-lo de todas as suas dúvidas, anseios e medos manifestados. Foram disponibilizadas informações sobre as normas do serviço, contactos e recursos da instituição. Mostrei-me recetiva para os familiares expressarem as suas emoções e sentimentos, tendo permitido desenvolver uma atitude empática e de escuta ativa com esses.

Enquanto, futura Enfermeira Especialista procurei mobilizar conhecimentos e habilidades, para a melhoria continua da qualidade dos cuidados. O doente em situação crítica, exige uma complexidade de cuidados e profissionais de saúde com capacidade de dar respostas.

- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Situações de emergência, exceção e catástrofe, no contexto de prestação de cuidados baseiam-se fundamentalmente em ocorrências nas quais se

confirma um desequilíbrio entre as necessidades aferidas e os recursos disponíveis (Lopes, 2021).

São acontecimentos raros, inevitáveis e imprevisíveis, para os quais devemos estar preparados de forma a responder e atuar, minimizando possíveis consequências.

Acedi ao Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil e ao Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil de Lisboa, de forma a permitir, da minha parte um nível de preparação superior para poder efetivamente dinamizar uma resposta eficaz em possíveis situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas que possam surgir.

Durante os estágios nunca se verificou nenhuma situação de catástrofe que permitisse aplicar e avaliar as competências em situações reais.

Em contexto de estágio conheci os planos de emergência internos dos hospitais através da consulta da documentação disponível no serviço e intranet. As situações de emergência interna possibilitaram conhecer os procedimentos de atuação numa situação de emergência (incendio, inundação, fuga de gás combustível e gases medicinais, derrame de substâncias perigosas e plano de atuação em situação de COVID-19) de forma a poder atuar rápida e eficazmente.

Nesses planos encontram-se mencionadas as funções de cada elemento da equipa e no caso de ser imprescindível proceder à evacuação, menciona os critérios de prioridade baseado num sistema de triagem. O conhecimento dos mesmos, originou um nível elevado de confiança para o seu cumprimento.

A DGS recomenda a todas as Unidades do Sistema Nacional de Saúde que elaborem um plano de emergência, que em caso de catástrofe de origem natural, epidérmica, tecnológica, nuclear, radiológica, química ou de grandes proporções, permita agir rapidamente e de forma eficiente (DGS, 2010).

Os simulacros podem facilitar a atuação da equipa, contudo na UCI nunca foi concretizado, tendo sido sugerido a realização de um simulacro no futuro à enfermeira chefe. Segundo a DGS (2010), deve ser elaborado anualmente, pelo menos um exercício de mobilização do gabinete de crise e um exercício de

chamada de pessoal e setorial; e de dois em dois anos deve ser realizado um exercício geral do plano de emergência.

No estágio no Gabinete de Segurança do Doente tive oportunidade em participar numa formação com o tema “Medidas de auto-proteção – sensibilização geral” (Anexo XXIII) abordado o plano de emergência interno e posteriormente elaborei uma instrução de trabalho sobre plano de evacuação direcionada para o serviço onde exerço funções, permitindo colocar em ação os conhecimentos adquiridos na formação (Apêndice XII).

Há outras situações de emergência que o enfermeiro deve dar resposta, como é o caso de uma emergência intra-hospitalar, em que se aciona a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). A EEMI pretende a melhoria da taxa de mortalidade intra-hospitalar e o reconhecimento precoce do agravamento da condição clínica dos doentes, permitindo o início atempado de terapêutica adequada.

Nos dois locais de estágio, a equipa é constituída por um médico e um enfermeiro, com competências avançadas na abordagem do doente em situação crítica e em técnicas de reanimação, assegurando a resposta a situações de urgência/emergência que ocorrem dentro da instituição, 24 horas por dia e 7 dias por semana (Ministério da Saúde, 2018). A rápida ativação da equipa é crucial, pois a probabilidade de sobrevivência por PCR diminui de forma inversa ao tempo de resposta prestada pela equipa (Ministério da Saúde, 2018).

Na UCI, tive oportunidade de fazer parte da EEMI, não tendo havido oportunidade de ver em nenhum turno a sua atuação, pois a mesma não foi acionada.

Para desenvolver competências nesta área, ainda estive presente em formações onde desenvolveram esse tema como foi o Encontro de Benchmarking do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica onde abordaram a missão de apoio aos refugiados na Ucrânia e participação na equipa de socorro no pós-terramoto do Haiti e a participação na equipa *OMS-Ébola Response Team*. Perspetivas diferentes de profissionais de saúde que

demonstraram as dificuldades que sentiram nas equipas em situações de catástrofes.

Torna-se pertinente que um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tenha esta competência enquanto elemento da equipa prestadora de cuidados e como coordenador dessa mesma equipa.

- c) 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

As IACS são um problema transversal até aos dias de hoje, que podem causar elevada morbi-mortalidade e aumento dos custos em saúde. A UCI é o serviço com maior risco para adquirir IACS pela debilidade do doente, tempo de internamento e os vários dispositivos invasivos presentes (Oliveira, Kovner & Souza da Silva, 2010).

A DGS decidiu agregar o Programa Nacional de Controlo de Infeção e o Programa de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos através do Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro, criando o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) a que foi dado carácter de programa de saúde prioritário (DGS, 2013). Tendo o objetivo de reduzir as IACS e a resistência aos antimicrobianos, através da implementação de práticas baseadas na evidência (DGS, 2013).

Para que a prevenção de infeção seja eficaz, deverão ser cumpridas as PBCI na prestação de cuidados de saúde. As PBCI têm o objetivo a prevenção da transmissão cruzada com origem em fontes de infeção já conhecidas ou não, e ainda a preservação da segurança quer dos doentes, profissionais de saúde e de todos os utilizadores dos serviços de saúde (DGS, 2013).

Cabe ao Enfermeiro Especialista, com competências acrescidas neste âmbito, demonstrar conhecimentos aprofundados e fundamentados no controlo e

prevenção da infeção baseados na evidência científica, nas normas emitidas a nível nacional e institucional.

Neste âmbito, no estágio da UCI primeiramente decidi consultar os protocolos e normas da instituição/serviço, de forma à minha prestação de cuidados fosse ir de encontro aos padrões da instituição e do serviço, para que através desta medida, estivesse em consonância com toda a equipa de enfermagem e multidisciplinar, na participação de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados a nível organizacional.

Os cuidados prestados tiveram em conta às PBCI, permitindo um ambiente limpo e promotor da segurança dos doentes, assim como às precauções baseadas nas vias de transmissão (PBVT) em doentes com infeção ou colonização conhecida ou suspeita por agentes infecciosos que não podem ser contidos somente com o uso de PBCI.

Dos 10 itens que compõem as PBCI, a higiene das mãos é a medida mais importante e efetiva na redução de IACS. Constatei haver uma preocupação por parte de todos os profissionais de saúde, com a higienização das mãos, estando em todas as unidades da UCI disponíveis solução antisséptica de base alcoólica (SABA) e lavatório com água e sabão. No período do estágio no Gabinete de Segurança do Doente encontrei diversos pontos no hospital, com SABA para os profissionais de forma a promoverem este cuidado.

Durante o estágio na UCI adotei práticas de controlo de infeção que garantiram a segurança do doente como a higiene das mãos, o uso dos EPI de acordo com o risco associado à técnica/cuidado a executar/prestar, bem como à vulnerabilidade do doente. Segui uma postura exemplar na implementação das medidas de intervenção e controlo de infeção face às vias de transmissão. Supervisionei a utilização e eliminação do EPI e a adequada higienização das mãos, por parte das visitas e restantes profissionais de saúde.

Nos cuidados prestados diariamente, na UCI, houve situações de infeções por microrganismos multirresistentes que foram necessárias implementar PBVT (Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão) de acordo com as vias de

transmissão (contacto, gotículas ou aérea). A implementação destas medidas é facilitada, pois os quartos são individualizados, com portas de correr automáticas com sensor, o que permite abrir/fechar a porta sem que seja necessário tocá-lhe. Na entrada do quarto foi colocada sinalização onde descreve a via de transmissão e as precauções adicionais, bem como os cuidados a ter.

Na gestão dos cuidados sempre que possível, de forma a prevenir as infeções, houve a distribuição dos enfermeiros por doentes infetados ou não infetados.

Na UCI, efetuei a pesquisa do vírus SARS-CoV-2, que é feita a todos os doentes admitidos na unidade e aqueles que não tiveram infeção há menos de 180 dias é repetida a pesquisa de SARS-CoV-2 após 72 horas, sendo uma forma de prevenção da transmissão do vírus aos restantes doentes internados e aos profissionais de saúde.

Na UCI, não é realizado o rastreio de portadores de *Staphylococcus aureus resistente à meticilina* (MRSA) na admissão. Mas todos os doentes internados, são prestados cuidados de higiene com toalhetes impregnados com clorexidina a 0,2%, exceto ao couro cabeludo, nos primeiros 5 dias após a admissão, cumprindo a norma 018/2014 da DGS (DGS, 2014b).

A realização de exames fora do serviço pelos doentes em isolamento, requer cuidados durante o transporte, tendo aproveitado esses momentos para partilhar conhecimento com a restante equipa das melhores práticas no controlo de infeção. O mesmo aconteceu, no momento da desinfeção da unidade de um doente com microrganismos multirresistentes, onde foram esclarecidas dúvidas sobre os produtos adequados e equipamentos de proteção necessários a serem utilizados.

Nos cuidados prestados durante os procedimentos invasivos, como na utilização e colocação de dispositivos com técnica asséptica ou realização de pensos houve o cuidado de evitar a transmissão de microrganismos ao doente internado.

Todas as minhas intervenções tiveram em conta as boas práticas do PPCIRA e pelas linhas orientadoras promovidas pela DGS. E ainda cumpro e observei o cumprimento por parte dos profissionais da UCI do “feixe de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação, da prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical, de prevenção de infeção relacionada com CVC e de prevenção de infeção do local cirúrgico nos cuidados ao doente em situação crítica.

Estas recomendações têm por objetivo diminuir a variabilidade das práticas, para que as intervenções estejam baseadas nas melhores evidências científicas, levando à redução das taxas de incidência e à melhoria dos cuidados prestados.

No âmbito das infeções relacionadas com CVC após uma pesquisa bibliográfica sobre a temática, realizei uma formação sobre o feixe de intervenções de forma a atualizar os conhecimentos dos enfermeiros que trabalham na UCI e permitir mudança de comportamentos. Deste caso, a mudança do penso transparente e semipermeável ser realizado de 7-7 dias de forma a diminuir a manipulação do CVC.

Tive oportunidade nos estágios, consultar protocolos institucionais sobre a prevenção, intervenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos.

Na UCI, tive oportunidade de contactar com os elos de ligação e a responsável do UL-PPCIRA, na qual foi possível conhecer os seus principais projetos, metas e dificuldades de articulação com os diferentes serviços. Por outro lado, ainda permitiu aprofundar conhecimentos nesta área, uma vez que no meu serviço também sou elo de ligação do UL-PPCIRA.

No estágio no Gabinete de Segurança do Doente escrevi na Newsletter do hospital sobre ANTT. A implementação desta técnica promove: a melhoria da técnica asséptica praticada pelos profissionais de saúde; uniformização da sua aplicação; orientação dos profissionais para práticas seguras; prevenção de IACS e aumento da segurança do doente (Public Health Agency; 2022).

Desenvolvi após uma pesquisa bibliográfica e a aplicação da grelha de observação sobre prevenção da infeção na preparação e administração do medicamento endovenoso uma formação com o objetivo de partilhar as boas práticas entre os enfermeiros, uma Newsletter do hospital e póster, e uma instrução de trabalho.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica possui a responsabilidade aquando da prestação direta de cuidados aos doentes críticos, e também ao nível da conceção de instruções e normas de forma a diminuir a incidência das IACS.

2.3 - Competências de mestre em enfermagem

No final do curso é exetável que sejam atingidas as competências de Mestre de Enfermagem, de acordo com o Decreto de Lei nº65/2018 de 16 de agosto. Neste, há referência que o grau de mestre é conferido numa especialidade com a possibilidade de se dividir em áreas de especialidade (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018)

Esse Decreto de Lei preconiza que o Grau de Mestre seja atribuído aqueles que demostrem

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: apoiando-se nos conhecimentos alcançados ao nível do 1 ciclo, os desenvolva e aprofunde; permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para incorporar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as

implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

- d) Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

O grau de Mestre deve assegurar que o estudante adquira uma especialização de competências académicas com recurso à atividade de investigação, de inovação ou de aprofundamento de competências profissionais.

Todas estas competências são essenciais, e encontram-se relacionadas entre si.

Ao longo do meu percurso profissional sempre procurei estar atualizada de forma a prestar cuidados adequados e atuais, recorrendo a frequência de cursos, congressos e na pesquisa de bases dados de acordo com a minha área de interesse e intervenção. Agora, com a realização do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica pude aprofundar ainda mais de forma intensa, referindo as aulas lecionadas na UCP e a frequência de curso, congressos e reuniões.

A tomada de decisão consiste num processo cognitivo complexo que produz impacto na vida do doente (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005). Sendo o enfermeiro responsável a nível profissional e ético.

Promovendo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, como a defesa da liberdade e dignidade do doente onde se inclui o direito ao consentimento livre e esclarecido.

No meu contexto de trabalho, exerço funções de elo de ligação do UL-PPCIRA e de forma dinamizar esta área da prevenção e controlo de infeção realizei formações no serviço para os profissionais de saúde já descritas anteriormente. Nos diversos estágios também se proporcionou elaborar formações, de acordo com as necessidades encontradas.

Realizei investigação com a participação com os pósteres “Adesão à *bundle* da prevenção de infeção do local cirúrgico entre 2019-2020” e “Necessidades espirituais do doente em Unidades de Cuidados Intensivos: Scoping Review”, e posterior divulgação dos mesmos em congresso, como já foi referido anteriormente, o que possibilitou a divulgação de conhecimentos e enriquecimento pessoal.

Desenvolvi o trabalho de investigação “Prevenção da infeção na preparação e administração do medicamento endovenoso”, que não foi incluindo no relatório, uma vez que se pretende publicar de futuro.

Podemos assim falar numa transição de conhecimentos quando há partilha desses saberes aos restantes profissionais de saúde. Sendo referido por Meleis (2010, p. 63), “o conhecimento é fortalecer os que o desenvolvem, os que o utilizam e os que beneficiam dele”.

2.4 – Considerações éticas

Ao longo desta caminhada tive sempre em consideração os princípios éticos nos cuidados de enfermagem garantindo a qualidade e a excelência nos mesmos.

Respeitei a privacidade do doente, sem interferir na sua vida pessoal e familiar, não comprometendo a sua segurança ou dignidade humana. Na prestação de cuidados e no acesso à informação foi garantido o consentimento informado, livre e esclarecido e ainda a confidencialidade e sigilo da informação dos doentes.

A autonomia do doente sempre esteve presente em todo o processo terapêutico.

Os princípios éticos foram cumpridos na realização deste estudo de investigação uma vez que foi pedida autorização à instituição hospitalar, diretor clínico e enfermeira responsável pela gestão do serviço e respetiva comissão de ética. Elaborei o documento de consentimento livre e esclarecido para os

participantes, garantindo assim, os aspetos éticos inerentes à investigação e o documento para autorização do tratamento de dados dos mesmos.

Os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos e finalidades do estudo, com direito a recusar a sua participação e a interromper a mesma em qualquer momento. A confidencialidade, consentimento livre e esclarecido de participar no estudo e o anonimato dos resultados foram assegurados. Os dados recolhidos serão apenas para o estudo de investigação, não havendo a divulgação à entidade patronal.

Todo o relatório teve uma base ética, que suporta e traduz a seriedade com o que foi elaborado. Havendo a fidelidade dos autores citados e o rigor e qualidade de investigação, agindo de forma meticulosa e cuidadosa.

3 - Conclusão

A enfermagem tem verificado uma grande evolução ao longo dos anos, sendo fundamental a aquisição, aprofundamento e atualização dos saberes teóricos e práticos para prestar cuidados de acordo com as necessidades observadas nos doentes, com qualidade e em segurança.

Chegada ao fim esta etapa, é essencial refletir sobre todo o meu percurso. Contudo, é difícil expressar todas as vitórias alcançadas nesta enorme aventura.

A realização do mestrado, teve como ponto de partida a minha motivação, vontade e necessidade de adquirir e aperfeiçoar conhecimentos, por forma a dar uma resposta cada vez mais profissional, competente, responsável e segura, aos cuidados por mim realizados.

O enquadramento conceptual no qual baseei a minha atuação enquanto profissional de enfermagem e trabalho de investigação, engloba a Teoria Ambientalista (Florence Nightingale) e Teoria das Transições (Afaf Meleis). Revelou-se um pilar orientador em todo este processo, no qual os seus pressupostos permitiram uma reflexão fundamentada da prática.

As diversas situações experienciadas contribuíram para a aquisição e desenvolvimento das competências enquanto futura enfermeira especialista.

Os dois contextos foram muito enriquecedores, permitindo a aquisição de múltiplos conhecimentos no cuidado ao doente em situação crítica na UCI e efetuar diversas atividades elaboradas no Gabinete de Segurança do Doente.

Contudo, também houve partilha de saberes entre colegas e profissionais de saúde pertencentes à equipa multidisciplinar, tendo em conta as situações com as quais fui deparando.

As atividades desenvolvidas, foram sempre ao encontro das necessidades dos serviços, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Foi possível desenvolver formações, Newsletter, instruções de trabalho e pósteres, com base em pesquisa bibliográfica, procurando evidência científica atualizada.

Em ambos os estágios demonstrei iniciativa e vontade de fazer mais e melhor, tendo aproveitado todas as situações, de forma a crescer como futura Enfermeira Especialista. Mantive uma postura cordial, responsável e respeitadora, interventiva e participativa com a minha visão e saberes.

Nos estágios tive contacto com realidades bastantes diferentes, contudo muito desafiantes.

No estágio da UCI, fui confrontada com situações complexas e alterações súbitas da situação clínica do doente, havendo uma necessidade constante de avaliar as prioridades dos nossos cuidados, por forma a dar resposta eficaz e eficiente em todas as situações.

Na minha prestação de cuidados mobilizei os conhecimentos adquiridos na parte teórica para a prática, para a prestação de cuidados, facilitando a tomada de decisão. Contudo, durante o estágio, ainda pude focar-me nos aspetos relacionais com o doente e a família, revelando-se enriquecedoras todas as experiências, a nível profissional.

No estágio do Gabinete de Segurança do Doente, foi muito enriquecedora a possibilidade de adquirir conhecimentos numa área pouco desenvolvida por mim, o qual exigiu uma atitude dinâmica, proativa nas várias atividades desenvolvidas no gabinete, tendo como foco a prestação de cuidados seguros.

Foi um longo trajeto de aprendizagem e enriquecimento profissional e pessoal, que face as competências adquiridas e apesar das dificuldades sentidas muito contribuíram para melhorar o meu desempenho profissional.

As dificuldades sentidas deveram-se sobretudo a dificuldade de conciliar o tempo de estágio e a elaboração de relatório, com a atividade profissional.

Em relação aos aspetos facilitadores, posso referir o acolhimento por parte de todos os profissionais do serviço e a colaboração e disponibilidade dos enfermeiros orientadores nos locais de estágio, e a professora orientadora.

Refletindo sobre as ameaças ao meu percurso, posso salientar os recursos de pessoal (enfermeiros), o que faz com que aumente a sobrecarga de trabalho.

Seguindo o raciocínio de Benner (2010), o percurso realizado durante a realização do estágio foi projetado de forma a potenciar a progressão de principiante, a principiante avançado, a competente e depois de proficiente até ao nível de perito.

Ao nível do estudo de investigação realizado, deu-me um enorme prazer todo o processo. Os resultados obtidos possibilitaram desenvolver estratégias como formação sobre as boas práticas na prevenção da infeção na preparação e administração do medicamento endovenoso, Newsletter e póster e uma instrução de trabalho.

De forma a desenvolver conhecimento foram realizados dois pósteres em congressos científicos sobre a adesão ao feixe de intervenções da prevenção de infeção do local cirúrgico e a espiritualidade na UCI.

Tive muitos momentos de cansaço, mas findo este trajeto, reconheço que valeu a pena. Socorri-me, nesses momentos, na minha motivação, empenho, capacidade de iniciativa e disponibilidade para crescer e alcançar todos os meus objetivos a que me tinha proposto.

Após a reflexão crítica efetuada sobre as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica e competências de Mestre em Enfermagem, considero ter demonstrado a aquisição e desenvolvimento das mesmas, atingindo os objetivos propostos.

Inicia-se agora um novo caminho repleto de novos desafios, oportunidades de mudança, de aprendizagem, de uma responsabilidade acrescida e assumida de vir a ser agente potenciador de mudança.

Referências Bibliográficas

- Alligood, M. R. (2018). *Introduction to Nursing Theory: Its history and significance*
In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and their work* (pp.2 - 10). Elsevier.
- Alves, C., Costa, L. & Boução, D. (2016). Escala de Braden: a importância da avaliação do risco de úlcera de pressão em pacientes em uma unidade de terapia intensiva. *Revista Científica de Enfermagem*, 6 (17), pp.36-44.
- Assembleia Geral das Nações Unidas (1948). Declaração Universal Dos Direitos Do Homem. Consultado a 21 de outubro de 2022.
<https://dre.pt/dre/geral/legislacao-relevante/declaracao-universal-direitos-humanos>
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care*. Springer Publishing Company, LLC.
- Bernardino, A. (2020). *Carga de trabalho de enfermagem* In J. A. Pinho (Ed.) *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 124 – 133). Lidel.
- Caldas, L. & Gomes, L. B. (2021). *Comunicação eficaz nas transições de cuidados* In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Eds.) *Guia prático para a segurança do doente* (pp.79-88). Lidel.
- Camponogara, S. (2012). Saúde e meio ambiente na contemporaneidade: o necessário resgate do legado de Florence Nightingale. *Escola Anna Nery*. 16 (1). Consultado a 18 de dezembro de 2022.
<https://www.scielo.br/j/ean/a/vp8H67GrdQjqr5TqsTDRYRf/abstract/?lang=pt>
- Carrada, D., Strabelli, T. M. V. & Uip, D. E. (2017). *Controlo de infeção. A prática no terceiro milênio*. Guanabara Koogan.

- Centers for Disease Control and Prevention (2007). Guidelines for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. Consultado a 17 de dezembro de 2022. <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>
- Conishi, R. M. & Gaidzinski, R. R. (2007). Nursing Activities score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 41(3). 346-354. doi: 10.1590/s0080-62342007000300002.
- Conselho da Europa (1997). Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina. Consultado a 21 de outubro de 2022. <https://www.ministeriopublico.pt/instrumento/convencao-para-proteccao-dos-direitos-do-homem-e-da-dignidade-do-ser-humano-face-22>
- Costa-Dias, J., Magalhães, G. & Correia, A. (2021). *Prevenção de quedas no adulto* In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Eds.), Guia prático para a segurança do doente (pp. 275 – 287). Lidel.
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade profissional em Enfermagem: valoração da sociedade*. Almedina.
- Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem do problema aos fundamentos para o agir*. Almedina.
- Direção-Geral da Saúde (2003). Circular normativa nº9/DGCG de 14/06/2003 - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Consultado a 24 de setembro de 2022. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>)
- Direção-Geral de Saúde (2010). Guia geral para a elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. Consultado a 25 de setembro de 2022. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2011a). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do doente. Consultado a 16 de dezembro de 2022.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoSegDoente_Final.pdf

Direção-Geral da Saúde (2011b). Orientação nº 017/2011 Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Consultado a 17 de setembro de 2022.

https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx

Direção-Geral de Saúde (2011c). Orientação nº 018/2011 – Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Consultado a 17 de setembro de 2022.

https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient_018_2011.pdf

Direção Geral da Saúde. (2013). Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) atualizada a 31/10/2013. Consultado a 15 de outubro de 2022.

<https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2014a). Incidentes; Notificação; Gestão do Risco; Segurança do Doente. Consultado a 12 de novembro de 2022.

https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistema-nacional-de-notificacao-de-incidentes_notifica.pdf

Direção-Geral da Saúde (2014b). Norma 018/2014 - Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Consultado a 12 de novembro de 2022.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a>

[metilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf](#)

Direção-Geral da Saúde (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Consultado a 24 de setembro de 2022. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>

Direção-Geral de Saúde (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Consultado a 23 de outubro de 2022. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Consultado a 17 de setembro de 2022. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>

Deus, M. G. & Trindade, L. (2021). *Segurança transfusional* In Barroso, L. Sales & S. Ramos (Eds.), Guia prático para a segurança do doente (pp. 265 – 274). Lidel.

Duarte, L. (2006). *Índice Bispectral – BIS. Capítulo 32* In Cavalcanti I. Cantinho F., Assad A. (Eds), Medicina Perioperatoria (pp. 209 – 232). Sociedade Anestesiologistas do Rio de Janeiro.

Elliot, Z. & Elliot, S. (2018). An overview of mechanical ventilation in the intensive care unit. *Nursing Standard*, 28 (32), pp. 41-49. doi: <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e10710> .

Emidio, A. C., Faria, R., Bispo, B. Vaz-Pinto, V. Messias, A. & Meneses-Oliveira, C. (2021). GlucoSTRESS - Projeto de otimização do controle glicêmico em uma unidade de cuidados intensivos portuguesa nível C (III) *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 33(1). doi: 10.5935/0103-507X.20210015 pp. 138-145.

- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação*. Lusociência.
- Fragata, L.J. (2011). *Segurança dos doentes – Uma Abordagem Prática*. Lidel.
- Gomes, J. & Romão, M. (2018). Information system maturity models in healthcare. *Journal of Medical Systems*. 42 (12). doi: 10.1007/s10916-018-1097-0.1 -14
- Gomides, M. D. A., Fontes, A. M. de S., Silveira, A. O. S. M., & Sadoyama, G. (2019). Patient safety culture in the intensive care unit: cross-study. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 13(06), 496-503. <https://doi.org/10.3855/jidc.11166> .
- Haddad, V. C. N. & Santos, T.C.F. (2011). A teoria ambientalista de Florence Nightingale no ensino da escola de enfermagem Anna Nery (1962 - 1968) *Escola Anna Nery*. 15 (4). Consultado a 18 de dezembro de 2022. <https://www.scielo.br/j/ean/a/DPf34fZ4r6L7npSSs3V9BFS/?lang=pt>
- Im, E-O. (2018). *Transitions Theory* In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and their work* (pp.309 - 322). Elsevier.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2017). Manual de Suporte Básico de Vida – Adulto. Consultado a 22 de outubro de 2022. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-com-Desfibrilha%C3%A7%C3%A3o-Autom%C3%A1tica-Externa.pdf>
- Lecour, H. (2010). Infecção em cuidados de saúde: perspectiva actual. *Cadernos de Saúde*, 3 (Especial), 17-23. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2010.2987> .
- Lito, L. M. (2010). Epidemiologia da infecção hospitalar. *Cadernos de Saúde*, 3 (Especial), 25-31. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2010.2988> .
- Lobo (2000). *Florence Nightingale* In J. B. George (Ed.), *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional* (33-44). Artes Médicas.

- Lopes, M. (2021). *Modelos de triagem em situações de catástrofe* In N. Coimbra (Ed.), *Enfermagem de urgência e emergência* (pp. 351-357). Lidel.
- Kant, I. (2001). *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Edições 70, p. 69.
- Medeiros, A. B. A., Enders, B. C. & Lira, A. L. B. C. (2015). Teoria ambientalista de Florence Nightingale: uma análise crítica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 19 (3).
<https://www.scielo.br/j/ean/a/9zrz7LrWzWGJhjJ7BdZDHXG/?lang=pt&format=pdf>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*. 23 (1) 12-28.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-SPECIFIC Theories*. In A. I. Meleis (Ed.) *Nursing Research and Practice*. Springer Publishing company.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2018). Decreto de Lei nº 65/2018 de 16 de agosto de 2018. Consultado a 17 de novembro de 2022.
<https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Ministério da Saúde (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Consultado a 21 de outubro de 2022.
<https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Ministério da Saúde (2018). Diário da República, Despacho n.º 9639/2018, de 15 de outubro. Consultado a 18 de setembro de 2022.
<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
- Ministério da Saúde (2021). Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República, 2ª Série, nº 187. Consultado a 22 de outubro de 2022.
<https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>

Ministério Público (1995). Código Penal. Consultado a 17 de setembro de 2022.
https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=109&tabela=leis

Ministério Público (2022). Código Civil. Consultado a 4 de dezembro de 2022.
https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=775&tabela=leis&so_miolo=

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Ordem dos Enfermeiros.

Nunes, L. (2017). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. Lusodidacta.

Oliveira, A., Kovner, C. & Souza da Silva, R. (2010). Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 18 (2). 97-104. Consultada a 17 de novembro de 2022.
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/8qbHRdwYM9n8M9gNjqQnPSM/?format=pdf&lang=pt>

Ordem dos Enfermeiros (2001a). PARECER CJ/20 – 2001 - Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. Consultado a 17 de setembro de 2022.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2001b). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual enunciados descritivos. Consultado a 13 de novembro de 2022.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2018a). Parecer nº 15/2018 – Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. Consultado a 1 de setembro de 2022.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer->

[n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf](#)

Ordem dos enfermeiros (2018b) Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº 429/2018. Diário da República, 2ª Série. Nº 135. Consultado a 1 de maio de 2022. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2019a) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº 140/2019. Diário da República, 2ª série. Nº26. Consultado a 1 de maio de 2022. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.

Ordem dos enfermeiros (2019b). Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. Consultado a 19 de setembro de 2022. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Pereira, A. G. (2019). *Conceito de infeção hospitalar* In A. Duarte & O. Martins (Eds.) *Controlo da infeção hospitalar* (pp. 15-19). Lidel.

Pfetscher, S. A. (2002) *Florence Nightingale. Enfermagem Moderna* In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (Modelos e teorias de enfermagem) (pp. 73-86). Lusodidacta

Pintado, M. M. E. (2010). O ambiente na transmissão da infecção. *Cadernos de Saúde*, 3 (Especial), 41-45. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2010.2997>

Public Health Agency (2022). *Aseptic Non Touch Technique (ANTT)*. Consultada a 27 de outubro de 2022. <https://www.niinfectioncontrolmanual.net/antt>

Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M. A. R. & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 19 (1). 31-46.

- Sales, L., Barroso, F., & Ramos, S. (2021). *Identificação inequívoca do doente*. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Eds.), *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 209 – 216). Lidel.
- Sales, L., Coelho, A., Graça, A & Paulino, E. (2021). *Segurança na medicação*. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Eds.), *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 249 – 264). Lidel.
- Schumacker, K. & Meleis, A. (2010). *Transitions: a central concept in nursing*. In A. I. Meleis (Eds) *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp.38-51). Springer Publishing Company.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transporte de doente crítico – Recomendações. Consultada a 17 de novembro de 2022. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Tomey, A.M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*. Lusodidacta
- Torres, G. (1993). *Florence Nightingale*. In J. B. George (Ed.), *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional* (pp. 38-48). Artes Médicas.
- Vasconcelos, J. & Caliri, E. M. (2017). Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem*. 21 (1), pp. 1-8. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170001>
- Vieira, S. M. (2018). *Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem: Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Braga.

Apêndices

**Apêndice I – Grelha de observação sobre
a prevenção da infecção na preparação e
administração do medicamento
endovenoso**

Grelha de observação

Caracterização do sujeito			Código _____
Idade _____	Género Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Tempo de exercício profissional _____	

Caracterização do tipo de técnica de preparação/administração do medicamento endovenoso			
Diluição Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Administração Direta <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/>	Cateter venoso periférico <input type="checkbox"/>	Cateter venoso central <input type="checkbox"/>

1 Higiene das mãos na preparação e administração do medicamento endovenoso		
	Sim	Não
1.1 - As mãos e antebraços estão isentos de joias ou outros adornos		
1.2 - Mantém as unhas limpas, curtas e sem verniz ou unhas artificiais		
1.3 - Realiza todos os passos da técnica de higienização das mãos de acordo com a norma da DGS		
1.4 - Realiza a higiene das mãos antes da preparação do medicamento		
1.5 - Realiza a higiene das mãos após a preparação do medicamento		
1.6 - Realiza a higiene das mãos antes da administração do medicamento		
1.7 - Realiza a higiene das mãos após a administração do medicamento		

2 Procedimentos de prevenção de infeção na preparação do medicamento endovenoso			
	Sim	Não	N/A
2.1 - Prepara o medicamento em superfície limpa			
2.2 - Desinfeta o gargalo ou tampa de borracha do frasco do medicamento/solução para diluição com compressa embebida em álcool a 70°			
2.3 - Quebra a ampola do medicamento protegendo o gargalo com a compressa			
2.4 - A solução para diluição do medicamento é de uso único			
2.5 - O medicamento é diluído na ampola/frasco sem contaminar agulha/ <i>transfer</i>			
2.6 - O medicamento é diluído na ampola/frasco sem contaminar o corpo do êmbolo da seringa			
2.7 - O medicamento é aspirado/transferido da ampola/frasco sem contaminar a agulha/ <i>transfer</i>			
2.8 - O medicamento é aspirado da ampola/frasco sem contaminar o corpo do êmbolo da seringa			
2.9 - Perfura o frasco de multidoses com agulha estéril (agulha deve ser retirada após a diluição do medicamento)			
2.10 - Coloca de imediato as agulhas e cortantes em contentores de corto-perfurantes			

3 Procedimentos de prevenção de infeção na administração do medicamento endovenoso em dispositivo intravascular			
	Sim	Não	N/A
3.1 - No transporte do medicamento entre o local da preparação e o doente, a extremidade da seringa ou do sistema de perfusão está protegida			
3.2 - Transporta o medicamento e administra-o de imediato			
3.3 - Antes da administração do medicamento desinfeta com álcool a 70° da torneira de três vias ou válvula anti refluxo			
3.4 - Antes da administração do medicamento desinfeta com álcool a 70° a válvula anti refluxo com movimentos de fricção e espera que o desinfetante seque			
3.5 - Manuseia a tampa da torneira de três vias sem a contaminar			
3.6 - Coloca de imediato as agulhas e cortantes em contentores de corto-perfurantes			

Observações:

Apêndice II – Análise causa raiz

Curso de Mestrado Em Enfermagem Médico – Cirúrgica: Na
Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ANÁLISE CAUSA RAIZ


ESTUDANTE: ANA LÚCIA FERNANDES BARRETO, Nº 150221050
TUTª ORIENTADORA: ANA MARINHO
PROFª DOUTORA MARIA LUCES MARTINS

LISBOA, 2022

IDENTIFICAÇÃO DO INCIDENTE

Procedimento simples

Administração de vaselina por via endovenosa em criança de 12 anos que recorre ao serviço de urgência por gastroenterite



MOTIVO DE INVESTIGAÇÃO

 **Morte da criança**

COLHEITA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

- Processo clínico e outros registos do serviço**
 - Registo clínico
 - Registo de enfermagem
- Sistema documental**
 - Protocolos
 - Normas
- Entrevista aos profissionais, visita, conversar com a mãe**
 - Relatos
 - Narrativa dos acontecimentos
 - Reconstituição dos acontecimentos
 - Visita aos locais

CRONOLOGIA DO INCIDENTE

MORTE

Criança levada ao hospital pela mãe por vômitos

Observada pelo médico que prescreve soro endovenoso

Criança vai para sala de hidratação

Auxiliar de enfermagem inicia a administração de soro

Criança melhora o estado clínico

Auxiliar de enfermagem vai buscar 3º balão de soro ao armário

Inicia a administração de soro que foi buscar

Auxiliar de enfermagem vai atender outras crianças

Após 30 minutos do início da administração do soro a mãe da criança chama auxiliar de enfermagem referido que filha começa a vomitar, formigões na boca e na garganta

Auxiliar de enfermagem vai observar criança

Auxiliar de enfermagem chama enfermeira e médico

Médico observa a criança e ela tem uma crise

Médico questiona a auxiliar de enfermagem sobre a medicação que a criança está a fazer

Auxiliar de enfermagem confirma que a criança está a fazer soro

Enfermeira olha para rótulo é idêntica o frasco como vaselina

Minutos foi para UCI

PORQUÊ?

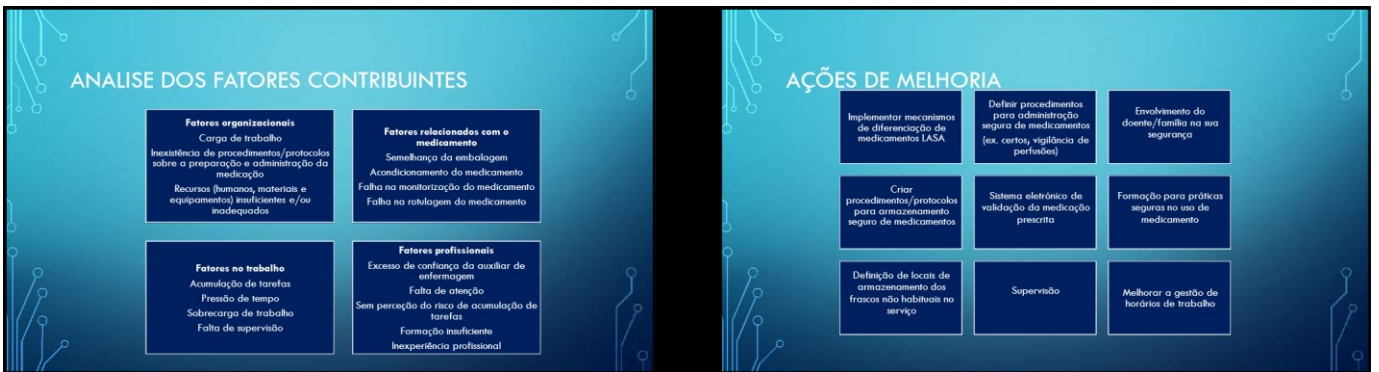
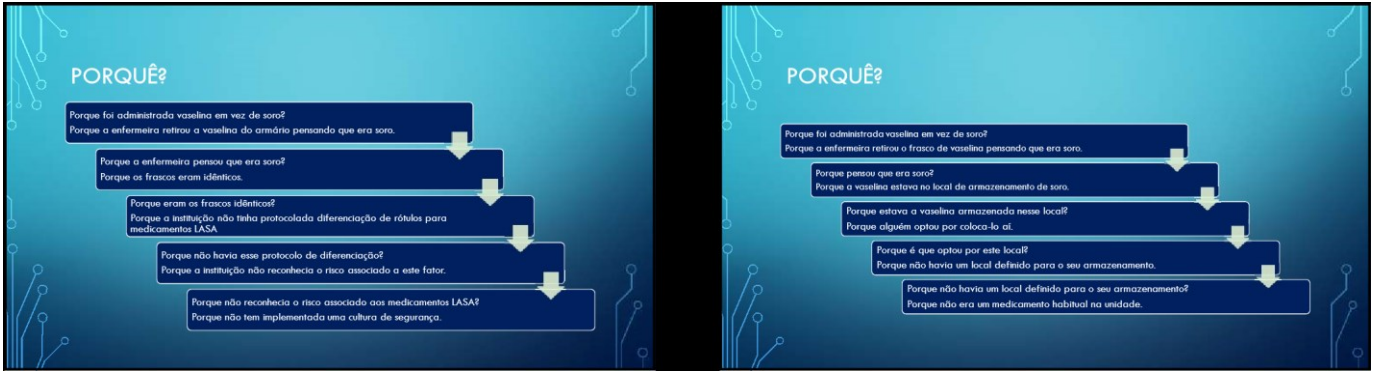
Porque foi administrada vaselina em vez de soro?
Porque a enfermeira retirou a vaselina do armário pensando que era soro.

Porque a enfermeira pensou que era soro?
Porque os frascos e a rotulagem eram idênticos.

Porque eram os frascos idênticos?
Porque a farmácia não fez a diferenciação da rotulagem.

Porque não fez essa diferenciação?
Porque a instituição não tinha implementado protocolos de diferenciação para medicamentos LASA e vias de administração distintas.

Porque não havia esses protocolos de diferenciação?
Porque a instituição não reconhecia o risco associado a estes fatores.



**Apêndice III– Newsletter sobre
segurança do doente no uso de
medicamentos “off-label”**

Segurança do doente no uso de Medicamentos “off-label”

A segurança no uso da medicação é um desafio global para as organizações e equipas de saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde, os erros de medicação são uma das causas de danos evitáveis.¹ O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 reconhece a importância de práticas seguras na utilização de medicamentos.

Em Portugal, os medicamentos só podem ser utilizados após aprovação da Agência Europeia do Medicamento. Para tal, é requerida a realização de ensaios clínicos que demonstrem a sua eficácia e segurança. Todavia, existem casos em que se constata que o medicamento é também eficaz noutras situações, que não as aprovadas, designando-se esta utilização “off-label”².

O medicamento “off-label” é um fármaco que pode ser prescrito para indicação, dosagem, via de administração/frequência e população diferentes das aprovadas (ex. pediatria; geriatria; oncologia, psiquiatria, doenças raras, obstetrícia)³.

EXEMPLOS DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS “OFF-LABEL”		
	MEDICAMENTO	UTILIZAÇÃO “OFF-LABEL”
INDICAÇÃO	Risperidona - antipsicótico	Doenças de comportamento alimentar
	Clorpromazina – Neuroléptico	Tratamento de soluços persistentes
	Gabapentina - antiepiléticos	Depressão e enxaqueca
	Propranolol – anti-hipertensor	Ansiedade
	Acetilcisteína - Expectorante	Profilaxia da nefropatia por contraste
VIA DE ADMINISTRAÇÃO	Diazepam - Injetável	Via oral
	Dexametasona - Injetável	Via oral
	Cetorolac – Injetável	Via oral
	Ceftriaxone - Injetável (Via intravenosa)	Via Subcutânea
DOSAGEM/ FREQUÊNCIA	Eritromicina - antibacteriano	Efeito pró-cinético em dose inferior à recomendada
POPULAÇÃO	Tansulosina – Sintomas do trato urinário associados a hiperplasia benigna da próstata	Tratamento de problemas urinários em mulheres
	Morfina– analgésico usado em crianças a partir dos 6 anos por via oral	Morfina - Usado em crianças com idade inferior a 6 anos por via intravenosa

O uso dos medicamentos “off-label” na União Europeia, varia de 7 a 95% em hospitais e 6 a 72% no domicílio.⁴

A prescrição de medicamentos “off-label” baseia-se em evidência científica, diretrizes internacionais e nacionais autorizadas, devendo apenas ocorrer quando o benefício supera o risco da sua utilização.⁵

O Tribunal de Justiça Europeu confirmou que não há normas jurídicas que impeçam a prescrição de um medicamento para indicações diferentes daquelas para as quais foi autorizado.⁴ No entanto, deverá ser solicitada autorização da Comissão de Farmácia e Terapêutica da organização de saúde, que poderá solicitar parecer à Comissão de Ética.^{2,3} Requer ainda que seja sempre pedido ao doente, o seu consentimento informado e esclarecido sobre benefícios e riscos, bem como medicação alternativa.⁶

Um estudo sobre as reações do doente caso fosse tratado com um medicamento “off-label” sem o seu conhecimento⁶, identificou que:

- 8,8% mudava de médico;
- 67,6% pedia explicação para decidir se mudava ou não de médico;
- 2,8% ignorava a situação e permanecia com o mesmo médico;
- 11,7% processava o médico;
- 9,11% não sabe o que faria.

É fundamental envolver o doente no processo de tomada de decisão sobre o seu tratamento, bem como promover a sua capacitação para uma administração segura.

Referências Bibliográficas:

- 1 - World Health Organization (2017a). Medication without harm. Disponível a 6 de novembro de 2022 em <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1083775/retrieve>
- 2 - Carneiro, A. V. & Costa. J. (2013) A prescrição fora das indicações aprovadas (off-label): prática e problemas. *Revista Portuguesa Cardiologia*. 32 (9) 681-686 Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2013.01.006>
- 3 – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (2021). Procedimento multisectorial MED 113 - Aquisição/utilização de medicamentos “off label”.
- 4- European Commission (2017). Study on off-label use of medicinal products in the European Union. Disponível a 6 de novembro de 2022 de <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/ecf85>
- 5 - Liu L, et al (2018). Off-label prescriptions in intensive care unit: the Chinese experience. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 14.195-202. Doi: 10.2147/TCRM.S146425.
- 6 - Ćurković M & Gorjanski D. (2018). Knowledge and attitudes of patients in primary care on off-label treatment. *The International Journal of Risk & Safety in medicine*. 29(3-4):181-192. Doi: 10.3233/JRS-180019.

Autoria: Ana Lúcia Barreto- Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica da UCP, em estágio no Gabinete de Segurança do Doente.

Orientação: Professora Doutora Maria de Lurdes Martins

Revisão: Gabinete de Segurança do Doente

Medicamento "off-label"



O que é?

- Medicamento que é prescrito com indicação de administração diferente da descrita na bula

O que pode ser diferente das indicações descritas na bula?

- Motivo
- Dosagem
- Via de administração
- Frequência
- População (ex. idade; género)

Porque é prescrito se não está prevista a sua utilização?

- Porque existem casos em que se constata que o medicamento também é eficaz noutras situações, que não as aprovadas



Se é eficaz, porque não está ainda aprovada a sua utilização?

- Ainda está em estudo
- O processo de autorização da sua introdução no mercado ainda não está concluído

É seguro utilizar?

- A prescrição baseia-se em estudos científicos, orientações internacionais e nacionais
- Apenas são recomendados quando os benefícios superam os riscos.
- É recomendado que os doentes tenham um acompanhamento próximo

Como saber se a utilização do medicamento é off-label?

- O uso destes medicamentos requer o consentimento da pessoa
- O médico deve informar e esclarecer sobre os benefícios e riscos, bem como medicação alternativa

**Apêndice IV– Newsletter sobre ANTT –
*Aseptic Non Touch Technique***

ANTT – Aseptic Non Touch Technique

Aseptic Non Touch Technique (ANNT) é uma técnica asséptica específica, apresentada por Rowley, no final da década de 90. Esta teoria descreve uma prática única, referente ao conceito de proteção de *key-parts* e/ou *key-sites*¹.

- **key-parts** - partes críticas de qualquer equipamento que entre em contato com soluções endovenosas e *key-sites*.¹
- **key-sites** - feridas e/ou locais de inserção de dispositivos médicos invasivos.¹

A utilização desta técnica pretende evitar infeções, mantendo a assepsia durante procedimentos invasivos, como sejam a colocação de dispositivos endovenosos ou cateteres urinários.

Um estudo, sobre a implementação da ANTT na manutenção do cateter intravascular, evidenciou uma redução das infeções associadas aos cuidados de saúde em mais de 70%.²

A implementação desta técnica promove³:

- Melhoria da técnica asséptica praticada pelos profissionais de saúde;
- Uniformização da sua aplicação;
- Orientação dos profissionais para práticas seguras;
- Prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde;
- Aumento da segurança do doente.

A aplicação da ANTT requer o cumprimento de recomendações de segurança expressas no cartaz⁴.



Autoria: Ana Lúcia Barreto- Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica da UCP, em estágio no Gabinete de Segurança do Doente.

Revisão: Gabinete de Segurança do Doente

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1 - Rowley, S., Clare, S. (2019). Right Asepsis with ANTT® for Infection Prevention. In: Moureau, N. (eds) Vessel Health and Preservation: The Right Approach for Vascular Access. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-03149-7_11

2 - Shettigar S et al (2021) Reducing healthcare-associated infections by improving compliance to aseptic non-touch technique in intravenous line maintenance: a quality improvement approach. *BMJ Open Quality*. 10(Suppl 1). Disponível em 14 de novembro de 2022 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8336114/pdf/bmjog-2021-001394.pdf>

3 – Public Health Agency (2022). Aseptic Non Touch Technique (ANTT). Disponível em 27 de outubro de 2022 de <https://www.niinfectioncontrolmanual.net/antt>

4 - Public Health Wales (2017). Aseptic Non Touch Techniques (ANTT): Principles for the implementation and application of asepsis in clinical care. Disponível em 28 de outubro de 2022 de

<http://www.gpone.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1000/ANTT%20IPC%20Policy%20FINAL%20May%202017%20V1pdf.pdf>

**Apêndice V – Apresentação da formação
prevenção da infecção na preparação e
administração de medicamentos
endovenosos**

Curso de Mestrado Em Enfermagem Médico – Cirúrgica:
Na Área de Enfermagem a Pessoa em Situação Crítica

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DO PORTUGAL

**Prevenção da
infecção na
preparação e
administração de
medicamentos
endovenosos**


Estudante: Ana Lúcia Fernandes Barreto, nº 192021010
Enfª Orientadora: Ana Marinho
Profª Doutora Maria Lurdes Martins

Lisboa 2022



Objetivo

- Divulgar recomendações para práticas seguras para a prevenção da infecção na preparação e administração de medicamentos endovenosos.



Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)

Infeção que ocorre num doente durante a prestação de cuidados num hospital ou outra instituição prestadora de cuidados de saúde, que não estava presente nem em incubação, à data de admissão. Inclui ainda infeções adquiridas no hospital, mas que se detetam após a alta, assim como infeções de natureza ocupacional que surgem nos profissionais da instituição.

(tradução World Health Organization, 2011)

Diário da República, 1ª série
N.º 167
24 de setembro de 2021
PÁG. 92

SÁUDE
Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde
Despacho n.º 1900/2021
Assunto: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

Segurança do doente

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

Objetivo estratégico:
Reduzir as IACS e as resistências aos antimicrobianos (RAM)

(Assembleia da República, 2021)

Higiene das mãos



Boas práticas

- Remover joias e adornos das mãos e antebraços antes do início do turno;
- Manter as unhas limpas, curtas e sem verniz;
- Não usar unhas artificiais na prestação de cuidados de saúde.

(DGS, 2019)

Numa investigação, verificou-se que o microrganismo presente numa hemocultura foi ainda encontrado na unha artificial de uma enfermeira, a qual tinha usado a unha para abrir tampas de frascos de medicamentos.

(Gordin et al, 2007)

Preparação de medicamentos endovenosos



Boas práticas

- Desinfetar as superfícies do local onde se vai preparar os medicamentos endovenosos

(Pugliese et al, 2010)
(Doan et al, 2016)
(Bastos & Figueiredo, 2020)

Riscos:

- Contaminação ?
- Transmissão da infeção ?

Preparação de medicamentos endovenosos



Boas práticas

- Preparar a medicação o mais próximo possível do horário de administração

Riscos:

- Contaminação ?
- Perda de estabilidade ?
- Exposição à luz e temperatura ambiente ?
- Erro ou troca de medicamento ?

(Pugliese et al, 2010)
(Dolan et al, 2016)

(Bastos & Figueiredo, 2020)

Preparação de medicamentos endovenosos



Boas práticas

- Desinfetar a borracha dos frascos de medicação imediatamente após a remoção da tampa ou o gargalo das ampolas de vidro com álcool a 70° antes de inserir uma agulha ou de partir a ampola

Num estudo, das 227 oportunidades da desinfecção da borracha dos frascos da medicação, apenas 121 foram realizadas.
(Hering et al, 2018)

(Pugliese et al, 2010)
(Dolan et al, 2016)

(Bastos & Figueiredo, 2020)

Preparação de medicamentos endovenosos



Boas práticas

- Utilizar soluções de uso único

(Pugliese et al, 2010)
(Dolan et al, 2016)

(Bastos & Figueiredo, 2020)

Numa investigação, 65,6% dos profissionais de saúde usavam frascos multidosados em mais do que um doente.

(Pugliese et al, 2010)

Preparação de medicamentos endovenosos

Numa investigação, foi aplicada artificialmente uma cultura bacteriana no êmbolo ou lúmen da seringa ou luva do participante, mostrando ocorrer a passagem das bactérias para o líquido que se encontra dentro da seringa



Boas práticas

- Diluir e aspirar o medicamento sem contaminar a agulha e o corpo do êmbolo da seringa

(Pugliese et al, 2010)
(Dolan et al, 2016)

(Bastos & Figueiredo, 2020)

(Kawakami & Tagami, 2021)

Preparação de medicamentos endovenosos



Boas práticas

- Usar seringa e agulha estéril para cada punção do frasco da solução endovenosa

(Pugliese et al, 2010)
(Dolan et al, 2016)

(Bastos & Figueiredo, 2020)

Num estudo, 15,1% dos entrevistados indicaram que "às vezes ou sempre", reutilizam uma seringa para doses adicionais do mesmo frasco multidosado, para o mesmo doente.

(Pugliese et al, 2010)

Preparação de medicamentos endovenosos



Boas práticas

- Se estritamente necessária a utilização de frasco multidosado, desinfetar a borracha e usar sempre uma agulha nova em cada punção do frasco de medicação/solvente.
- Não deixar agulha colocada em frasco multidosado.
- Rotular (data e hora de abertura, identificação do profissional)

(Pugliese et al, 2010)
(Dolan et al, 2016)

(Bastos & Figueiredo, 2020)

Riscos:

- Contaminação ?
- Rotulagem | Erro de medicamento ?

Preparação de medicamentos endovenosos



Boas práticas


- Descartar a agulha imediatamente após o uso no contendor de cortopurantes

Riscos:

- Contaminação ?
- Risco de picada do doente?
- Risco de acidente de trabalho?

(Pugliese et al., 2010)
(Dolan et al., 2016)
(Bastos & Figueiredo, 2020)

Administração de medicamentos endovenosos



Boas práticas

- No transporte do medicamento a extremidade da seringa ou sistema de perfusão deve estar protegida e não deve ser realizado dentro dos bolsos ou nas mãos

Riscos:

- Contaminação ?
- Risco de acidente de trabalho?

(Dolan et al., 2016)
(Bastos & Figueiredo, 2020)

Administração de medicamentos endovenosos



Boas práticas

- Desinfetar com álcool a 70° a torneira de três vias ou o obturador

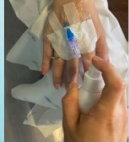
Riscos:

A desinfecção do obturador não é efetuada por 30,5% dos profissionais de saúde, pois acreditam não ser necessário realizar essa técnica.

(Cardoso et al., 2006)

(Dolan et al., 2016)
(Bastos & Figueiredo, 2020)

Administração de medicamentos endovenosos



Boas práticas

- Desinfetar o obturador com álcool a 70° com movimentos de fricção e deixar secar antes de administrar a medicação endovenosa

Riscos:

Num estudo, foi obtido 4,6% de desinfecção da válvula anti refluxo antes da administração da medicação.

(Mendonça et al., 2014)

(Dolan et al., 2016)
(Bastos & Figueiredo, 2020)

Administração de medicamentos endovenosos



Boas práticas


- Administrar soro fisiológico (10 mL) antes e após a administração do medicamento endovenoso

Riscos:

- Contaminação ?
- Flebite ?
- Interações medicamentosas ?

(Dolan et al., 2016)
(Bastos & Figueiredo, 2020)

Administração de medicamentos endovenosos



Boas práticas


- Não utilizar a mesma agulha e/ou seringa em mais do que um doente

Riscos:

- Contaminação ?
- Infeção cruzada ?

(Dolan et al., 2016)
(Bastos & Figueiredo, 2020)

Administração de medicamentos endovenosos



Boas práticas


- Vigiar local de inserção do cateter venoso, para despiste precoce de sinais inflamatórios
- Utilizar penso estéril e transparente

(Dolan et al, 2016)
(Bastos & Figueiredo, 2020)

Riscos:

- Contaminação ?
- Flebite ?

Administração de medicamentos endovenosos



Boas práticas

- Descartar as agulhas e seringas imediatamente após o uso e no local que foi utilizado em conteúdos de corto-perfurantes

(Dolan et al, 2016)
(Bastos & Figueiredo, 2020)

Riscos:

- Contaminação ?
- Risco de picada do doente?
- Risco de acidente de trabalho?

Referências Bibliográficas

- Assembleia da República (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Consultado a 01 de novembro de 2022 em <https://www.assembleia.pt/pt/pt/legislacao/legislacao-2021-2026>
- Bastos, C. & Figueiredo, M.C.A.B. (2020). Administração de medicação intravenosa nos hospitais: contributos para uma prática segura baseada na evidência. *Milieuam*, 2 (1), 49-55. doi: <https://doi.org/10.3939/milieu2.1126.00.000>
- Cardoso, S. R., Pereira, L. S., Sousa, A. C. S. e, Tópelo, A. F. V., Pereira, M. S. & Junqueira, A. L. N. (2006). Avaliação para administração de medicamentos por via endovenosa e intramuscular. *Revista Brasileira de enfermagem*, 8 (1), 75-81. <https://doi.org/10.5216/rbe.v8i1.530>
- Dolan, S. A., et al (2016). APIC position paper: Safe injection, infusion, and medication vial practices in health care. *American Journal of Infection Control*, 44 (7), 750-757. doi: [10.1016/j.ajic.2016.01.033](https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.01.033).
- Gordis, E. M., Schwab, M. E., Hubert, R., Zuhairi, S., Stock, F. & Kariuki, J. (2007). A cluster of hemodialysis-related bacteremia linked to artificial fingernails. *Infection control and hospital epidemiology*, 28(6), 743-744. <https://doi.org/10.1086/517977>
- Harting, J. B., Dignan, D. D., Scott, C. R., Lanz, J. R., Li, X. & Anderson, C. M. (2018). A Comparison of Error Rates Between Intravenous Push Methods: A Prospective, Multisite, Observational Study. *Journal of Patient Safety*, 14(1), 60-65. doi: [10.1097/PTS.00000000000000419](https://doi.org/10.1097/PTS.00000000000000419)
- Kawakami, Y. & Tagami, T. (2021). Pumping infusions with a syringe may cause contamination of the fluid in the syringe. *Scientific Reports*, 11(1), 1-8. doi: [10.1038/s41598-021-04745-1](https://doi.org/10.1038/s41598-021-04745-1).
- Mendonça, K. M., Tópelo, A. F. V., Rezende, F. R., Sousa, A. C. S. & Pereira, M. S. (2014). Risco biológico nas etapas finais do sistema de medicação nos hospitais de urgência e emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 16(3), 570-582. <https://doi.org/10.5216/rbe.v16i3.27436>
- Pugliese, G., Covelli, C., Barley, J. M. & Robinson, S. (2010) Injection practices among clinicians in United States health care settings. *American Journal of Infection Control*, 38(10), 789-798. doi: [10.1016/j.ajic.2010.09.003](https://doi.org/10.1016/j.ajic.2010.09.003).
- Slater, K., Cooke, M., Swales, E., & Rickard, C. M. (2019). Hand hygiene and sensitive connector decontamination for peripheral intravenous catheter care—time and motion observational study. *American Journal of Infection Control*, 47 (8), 1017-1019. doi: [10.1016/j.ajic.2019.01.022](https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.01.022).
- World Health Organization (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide. Consultado a 23 de setembro de 2022 em <https://www.who.int/publications/m/item/report-on-the-burden-of-endemic-health-care-associated-infection-worldwide>



Obrigado

**Apêndice VI – Formação sobre “Feixe de
Intervenções” para a prevenção da
infecção relacionada com o cateter
venoso central (CVC)**

Curso de Mestrado Em Enfermagem Médico – Cirúrgica:
Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE

**“FEIXE DE INTERVENÇÕES” PARA
A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO
RELACIONADA COM O CATETER
VASCULAR CENTRAL**

Estudante: Ana Lúcia Fernandes Barreto, nº 192021010
Enfº Orientador: Tiago Mineiro
Profª Doutora Maria Lardes Martins

Lisboa 2022

Sumário

- Infecção associada aos cuidados de saúde
- Feixe de Intervenções
 - Colocação do cateter vascular central
 - Manutenção do cateter vascular central
- Conclusão

Objetivo

- **Objetivo geral:**
 - Atualizar os conhecimentos dos enfermeiros para o cumprimento do procedimento sobre a operacionalização do “feixe de intervenções” na prevenção da infecção relacionada com o cateter vascular central.
- **Objetivos específicos:**
 - Reconhecer a importância da prevenção da infecção relacionada com o cateter vascular central;
 - Apresentar o feixe de intervenções relacionado com a manutenção e a otimização do cateter vascular central;
 - Promover a reflexão crítica acerca da importância da intervenção enquanto enfermeiros, na prevenção da infecção associada ao cateter vascular central.

Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

Uma infecção que ocorre num doente durante a prestação de cuidados num hospital ou outra instituição prestadora de cuidados de saúde que não estava presente nem estava em incubação à data de admissão. Inclui ainda infeções adquiridas no hospital, mas que se detetam após a alta, assim como infeções de natureza ocupacional que surgem nos profissionais da instituição.

(traduzido World Health Organization, 2011)

Feixe de Intervenções

- Conjunto de medidas, que, quando são totalmente implementadas originam um melhor resultado do que quando aplicadas individualmente.
- Estas medidas devem ser todas realizadas para o sucesso ser garantido, pois se alguma não for aplicada o resultado não será o mesmo

(Direção-Geral da Saúde, 2015)

Feixe de Intervenções

The diagram consists of two rectangular boxes stacked vertically. The top box is orange with the word 'Colocação' in white text. The bottom box is white with an orange border and the word 'Manutenção' in orange text.

Colocação do cateter vascular central

- Avaliar a necessidade de colocação e seleção do cateter vascular central
- Realizar a higiene das mãos

(Direção-Geral da Saúde, 2015)

Central line bundle maintenance among adults in a university hospital intensive care unit in São Paulo, Brazil: a best practice implementation project

Karina Sichieri¹, Luciana Inaita Semyer Iida¹, Isa Rodrigues da Silveira Cabral de Menezes², Paulo Carlos Garcia³, Tatila Rogueli Santos⁴, Emília Freitas⁵, Graciela Tsuchida Shimoda⁶, Flávia de Oliveira Maia Haddad⁷, Sílvia Regina Sacchi⁸, Valencio Aires de Araújo Pinheiro^{8,9}

(Sichieri *et al.*, 2018)

Colocação do cateter vascular central

- Usar barreira de proteção máxima

Bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara Campos cirúrgicos estéreis de grandes dimensões

(Direção-Geral da Saúde, 2015)

Effect of Central Line Bundle Compliance on Central Line-Associated Bloodstream Infections

Kyoung Hwa Lee^{1,5}, Nam Hyoung Cho², Su Jin Jeong³, Mi Na Kim⁴, Sang Hoon Han⁵, and Young Goo Song⁶

(Lee *et al.*, 2018)

Colocação do cateter vascular central

- Realizar antisepsia da pele com clorexidina a 2% alcoólica

(Direção-Geral da Saúde, 2015)

Central Venous Catheter bundle: professional knowledge and behavior in adult Intensive Care Units*

Bundle de Cateter Venoso Central: conhecimento e comportamento de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva adulto

(Costa *et al.*, 2020)

Skin antiseptics with chlorhexidine-alcohol versus povidone iodine-alcohol, with and without skin scrubbing, for prevention of intravascular-catheter-related infection (CLEAN): an open-label, multicentre, randomised, controlled, two-by-two factorial trial

Oliver Arntsen^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100}

(Mimoz *et al.*, 2015)

Colocação do cateter vascular central

- Evitar acesso femoral

(Direção-Geral da Saúde, 2015)

APSC guide for prevention of Central Line Associated Bloodstream Infections (CLABSI)

Mae Lin Ling¹, Anucha Nantaratjanakul², Parvati Jodhp³, Ghorya Hantingbo⁴, Kalia Moberg⁵, Le Thi Anh Thu⁶, Patricia Chang⁷, Victoria Villanueva⁸, Shihong Jiang⁹, Jun Sun Jeong¹⁰ and Chuanfeng Luo¹¹

(Ling *et al.*, 2016)

Manutenção do cateter vascular central

- Avaliar diariamente a possibilidade de remoção do cateter vascular central;
- Realizar higiene das mãos antes de manipulação do cateter vascular central;
- Descontaminar os pontos de acesso com antisséptico.

(Direção-Geral da Saúde, 2015)

Peripheral intravenous catheter needleless connector decontamination study—Randomized controlled trial

Karen Slater MBPhD^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100}

(Slater *et al.*, 2020)

Manutenção do cateter vascular central

- Usar técnica asséptica na realização do penso;

Mudança do penso com compressa de 48/48 horas
Mudança do penso transparente de 7/7 dias

- Desenvolver treino e competência na manutenção do cateter vascular central.

(Direção-Geral da Saúde, 2015)

Feixe de Intervenções

- Feixe de intervenções permite reduzir a taxa de infecção



Conclusão

O feixe de intervenções são um conjunto coeso de medidas que têm de ser implementadas em conjunto para o sucesso ser atingido

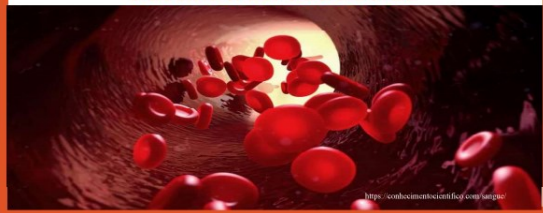
Bibliografia

- Costa, C. A. B., *et al.* (2020). Central Venous Catheter bundle: professional knowledge and behavior in adult Intensive Care Units. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 19 (54), 148. doi: 10.1590/S1980-220X2019011203629.
- Direção-Geral da Saúde (2015). "Feixe de Intervenções" para a prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central. Retirado em 06/05/2022 de https://normas.dgs.pt/view_content.do?tipo=0112/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-da-infeccao-relacionada-ao-cateter-de-arteria-central.pdf.
- Fortunati, C. F. P. (2017). Impacto de dois bundles na infeção relacionada a cateter central em pacientes críticos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 1-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S1683-3425.2100.1951>
- Lee, K. H., *et al.* (2018). Effect of Central Line Bundle Compliance on Central Line-Associated Bloodstream Infections. *Yonsei Medical Journal*, 59 (3), 376 – 382. doi: 10.3349/ymj.2018.59.3.376.
- Ling, M. L., *et al.* (2016). APSIC guide for prevention of Central Line Associated Bloodstream Infections (CLABSIs). *Antimicrobial resistance and infection control*, 5 (16), 1-9. doi: 10.1186/s13752-016-0116-z.

Bibliografia

- Mimos, O., *et al.* (2015). Skin antiseptics with chlorhexidine-alcohol versus povidone-iodine-alcohol, with and without skin scrubbing, for prevention of intravascular-catheter-related infection (CLEAN): an open-label, multicentre, randomised, controlled, two-by-two factorial trial. *Lancet*, 386 (10008), 2069-2077. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00244-5.
- Sichiari, K., *et al.* (2018). Central line bundle maintenance among adults in a university hospital intensive care unit in São Paulo, Brazil: a best practice implementation project. *Joanna Briggs Institute database of systematic reviews and implementation reports*, 16 (6), 1454-1473. doi: 10.1124/JBISRIR-2017-003561.
- Slater, K., *et al.* (2020). Peripheral intravenous catheter needleless connector decontamination study-Randomized controlled trial. *American Journal of Infection Control*, 48 (9), 1013-1018. doi: 10.1016/j.ajic.2019.11.030.
- World Health Organization (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide. Retirado 23/09/2022 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO RELACIONADA COM O CATETER VASCULAR CENTRAL DEPENDE DE TODOS NÓS



**Apêndice VII– Newsletter sobre
segurança do doente na preparação e
administração do medicamento
endovenoso**

Segurança do doente na preparação e administração do medicamento endovenoso

A segurança dos doentes, durante a prestação dos cuidados de saúde, pode ser colocada em causa devido a eventos adversos, como uma infeção associada aos cuidados de saúde (IACS). Quando ocorre uma falha nas práticas de prevenção e controlo de infeção, a segurança dos cuidados de saúde fica comprometida.

Em Portugal, no Relatório Anual do Programa Prioritário das Infeções e Resistentes aos Antimicrobianos de 2018, verificou-se uma redução da prevalência das IACS em meio hospitalar (para 7,8%) e em unidades de cuidados continuados integrados (para 4,0%).¹ Esta redução surge na sequência da implementação das precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), das quais fazem parte a higiene das mãos e a vigilância epidemiológica de infeções associadas aos cuidados de saúde.¹

Em 2021, foi desenvolvida a Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, através do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, o qual se encontra estruturado em 5 pilares que suportam 14 objetivos estratégicos. Um dos objetivos estratégicos, pretende reduzir as IACS e as resistências aos antimicrobianos (RAM).²

As IACS podem estar associadas, entre outros fatores, a dispositivos e procedimentos invasivos que os doentes estão sujeitos no hospital. Um desses dispositivos é o intravascular, o qual é colocado por necessidade de o doente realizar medicamentos por via endovenosa. Na preparação e administração do medicamento endovenoso, devem-se cumprir as boas práticas da prevenção de infeção, com o objetivo de evitar a transmissão de microrganismos. O incumprimento das medidas, acarreta elevados riscos para o doente, como aumento da morbidade, mortalidade, tempo de internamento e custos na saúde.³

Por esse motivo, deve-se implementar as medidas que se encontram destacadas no seguinte cartaz.

Referências Bibliográficas:

- 1 - Direção Geral de Saúde. Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. 2018. Consultado a 15 de agosto de 2022. https://www.anci.pt/sites/default/files/ppcirarelanual2018_v3.215112018_0.pdf
- 2 – Ministério da Saúde (2021). Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República, 2ª Série, nº 187. Consultado a 15 de outubro de 2022. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- 3 - Duarte, A. & Martins, O. *Controlo da infeção hospitalar* Lisboa: Lidel; 2019

<p>Autoria: Ana Lúcia Barreto- Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica da UCP, em estágio no Gabinete de Segurança do Doente. Revisão: Gabinete de Segurança do Doente</p>

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

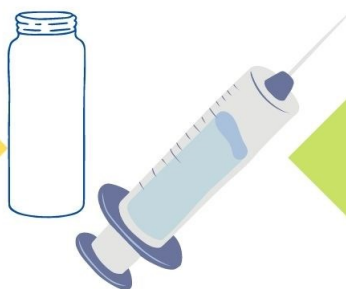


Higiene das mãos



Desinfetar as superfícies de preparação de medicamentos

Utilizar soluções de uso único



Não contaminar agulha e seringa

Desinfetar a borracha dos frascos e ampolas com álcool a 70°

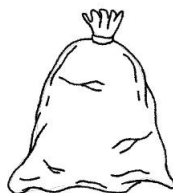
Transportar o medicamento num tabuleiro limpo e desinfetado



Desinfetar as torneira de três vias ou válvula anti refluxo com álcool a 70° e deixar secar

Administrar soro fisiológico antes e após a administração do medicamento

Vigiar a presença de sinais inflamatórios na inserção do cateter venoso



Descartar agulhas nos contentores de cortoperfurantes e seringas no saco branco

**Apêndice VIII– Instrução de trabalho
sobre prevenção da infecção na
preparação e administração de
medicamentos endovenosos**

	ÁREA CIRURGICA
	Prevenção da infecção na preparação e administração de medicamentos endovenosos
	IT

1 DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJETIVO

Uniformizar o procedimento de prevenção da infecção na preparação e administração de medicamentos endovenosos, na unidade de cirurgia 7B.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os profissionais de saúde na unidade de Cirurgia 7B.

3 INSTRUÇÃO DE TRABALHO

- a. Higienizar as mãos antes da preparação e administração de medicamentos endovenosos (PM CIRA102).

3.1 - Preparação dos medicamentos endovenosos

- a. Desinfetar as superfícies onde se preparam os medicamentos endovenosos com álcool a 70°;
- b. Preparar os medicamentos próximo do horário de administração;
- c. Utilizar soluções de uso único;
- d. Desinfetar a borracha dos frascos dos medicamentos após a remoção da tampa ou o gargalo das ampolas de vidro com álcool a 70° antes de inserir uma agulha ou de partir a ampola;
- e. Partir a ampola com uso de compressa;
- f. Diluir e aspirar o medicamento sem contaminar a agulha e o corpo do êmbolo da seringa;
- g. Puncionar o frasco de solução/medicamento com seringa e agulha estéril;
- h. Se for usado frasco multidose, em cada punção do frasco deve-se usar uma agulha nova a qual deve ser retirada de seguida;
- i. Descartar a agulha após o uso, no contentor corto perfurantes.

3.2 - Administração dos medicamentos endovenosos

- a. Proteger a extremidade da seringa ou sistema de perfusão no transporte;
- b. Efetuar o transporte do medicamento num tabuleiro limpo e desinfetado;
- c. Usar dispositivos sem agulha na administração do medicamento;
- d. Não usar a mesma agulha e/ou seringa em mais do que um doente;
- e. Desinfetar com álcool a 70° a torneira de três vias ou a válvula anti refluxo antes da sua utilização;
- f. Desinfetar a válvula anti refluxo com álcool a 70° com movimentos de fricção, durante 15 segundos, e deixar secar antes de administrar o medicamento endovenoso;
- g. Administrar soro fisiológico (10mL) antes e após a administração do medicamento endovenoso;
- h. Vigiar a presença de sinais inflamatórios no local de inserção do cateter venoso periférico ou central;
- i. Descartar as agulhas e seringas após o seu uso, em contentores de corto-perfurantes e saco branco respetivamente.

4- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bastos, C. & Figueiredo, M.C.A.B. (2020). Administração de medicação intravenosa nos hospitais: contributos para uma prática segura baseada na evidência. *Millenium*. 2 (11), 49-55 Doi: <https://doi.org/10.29352/mill0211.05.00260>
- Dolan, S. A., et al (2016). APIC position paper: Safe injection, infusion, and medication vial practices in health care. *American Journal of Infection Control*. 44 (7). 750-757. Doi: 10.1016/j.ajic.2016.02.033.
- Direção Geral de Saúde (2018) - Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. Retirado em 15 de agosto de 2022 de <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>
- Pugliese, G., et al (2010) Injection practices among clinicians in United States health care settings. *American Journal of Infection Control*. 38(10):789-798. Doi: 10.1016/j.ajic.2010.09.003.

Apêndice IX– Apresentação da formação sobre medicamentos “off-label”

Curso de Mestrado Em Enfermagem Médico – Cirúrgica: Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

UNIVERSIDADE CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



Medicamentos “off-label”

Estudante: Ana Lucia Fernandes Barreto, nº 192021010
 ENº Orientadora: Ana Marinho
 Profª Doutora Maria Lurdes Martins

Lisboa 2022

Objetivo

- Divulgar informação sobre medicamentos “off-label” aos profissionais de saúde

Medicação

Organização Mundial da Saúde (OMS)

Principais causas de danos evitáveis em saúde

- Práticas inseguras
- Erros de medicação

(World Health Organization, 2017a)

Medicação

Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021 – 2026

Objetivo estratégico:
 Aumentar a segurança na utilização da medicação

Estado da República, 27 de maio de 2021, Pág. 36
 SAÚDE
 Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde
 Despacho n.º 10860/2021
 Saúde: Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026 (PNSD) (2021)

(Ministério da Saúde, 2021)


O que é exigido para um medicamento ser usado em Portugal?

Aprovação da Agência Europeia do Medicamento (Europa)

Autorização de Introdução no Mercado pelo Infarmed

(Carneiro & Costa, 2013)

O que é um medicamento “off-label” ?



(França & Litwack, 2019)

Os medicamentos "off-label" são muito usados?

União Europeia	Estudo numa Unidade de Cuidados Intensivos na Índia	Portugal
<ul style="list-style-type: none"> 7 a 95% em hospitais 6 a 72% no domicílio 	<ul style="list-style-type: none"> 3574 medicamentos prescritos 1453 foram medicamentos "off-label" (41%) 	<ul style="list-style-type: none"> Não há um registo
(European Commission, 2017)	(Raut, et al, 2021)	(Peralta, et al, 2021)

7

Em Portugal não há estudos?



Prescrição Off-Label em Cuidados Palliativos Off-Label Prescribing in Palliative Care

Yana Peraltá peralta@med.upp.edu.br, Paula Rosa Pinheiro rosapinheiro@med.upp.edu.br,
Sérgio Antônio Pinheiro pinheiro@med.upp.edu.br, André Brandão brandao@med.upp.edu.br,
Sérgio José de Sá sas@med.upp.edu.br

(Peralta, et al, 2021)

• Uso de medicamentos "off-label" por via subcutânea

Ética no Tratamento da Dor na População Pediátrica The Ethics of Pain Management in the Pediatric Population

Alana Pinto Coelho, Hugo Trindade

Alana Pinto Coelho alana.pinto@ua.pt, Hugo Trindade hugo.trindade@ua.pt

(Pinto-Coelho & Trindade, 2016)

• Inacessível elaborar ensaios clínicos de novos medicamentos em crianças.
• Farmacocinética diferente do adulto

Que medicamentos são prescritos "off-label"?

EXEMPLOS DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS "OFF-LABEL"	UTILIZAÇÃO "OFF-LABEL"
Amiglicast (antipsicótico)	Doença de Alzheimer, demência
Albuterol (antiasmático)	Toux crónica
Lansolol (antiagripic)	Depressão, doença hepática, estabilização do humor
Tigaglitina (antiagripic)	Depressão, estabilização do humor
Citalopram (antiagripic)	Depressão, dor neuropática, enxaqueca
Topiramato (antiagripic)	Enxaqueca, depressão, dor neuropática, enxaqueca
Risperidona (antipsicótico)	Doença de Alzheimer, demência, doenças do comportamento atípicas
Lisdexem (para o cuidado para o herpes zoster)	Lombalgia, dor muscular, colvete de lesões
Trazodolol (antidepressivo)	Insónia
Prasopamil (antihipertensivo e antiemético)	Asnequia
Meclozina (antiemético)	Insónia
Modafinil (estimulante)	Aumento da atenção
Estimulantes (adrenérgicos)	Aumento de performance sexual em indivíduos sem disfunção erétil
Etanercepta (antineoplásico)	Depressão crónica moderada da idade

(Carneiro & Costa, 2013)

EXEMPLOS DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS "OFF-LABEL"	UTILIZAÇÃO "OFF-LABEL"
Clonazepam + Neuroleptico	Tratamento de sintomas persistentes
INDICAÇÃO	<p>Acetaminofeno + Etoricoxibano Tratamento da nefropatia por contraste</p> <p>Diapirren + Trifluoperidol Via oral</p> <p>Diazepam + Trifluoperidol Via oral</p> <p>Cetorolac + Trifluoperidol Via oral</p> <p>Clonazepam + Trifluoperidol (Via intravenosa) Via Subcutânea</p>
VIA DE ADMINISTRAÇÃO	
DOSE/TEMPO/FREQUÊNCIA	<p>Eritromicina + ampicilina Efeito pró-biótico em dose inferior à recomendada</p> <p>Tenoxicam + Simvastatina Tratamento de problemas urinários em mulheres</p>
POPULAÇÃO	<p>Morfina - analgésico usado em crianças a partir dos 6 anos por via oral</p> <p>Morfina - Usado em crianças com idade inferior a 6 anos por via intravenosa</p>

(Barreto, 2022)

9

Em que se baseia a prescrição?

Quando os benefícios superam os riscos



Prescrição baseada em:

- Estudos científicos
- Orientações internacionais
- Diretrizes nacionais



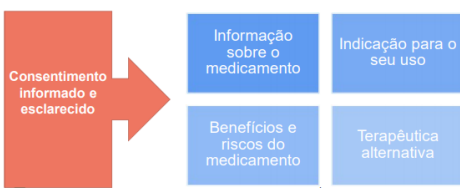
Farmacovigilância do medicamento é essencial



(Carneiro & Costa, 2013)

10

O que é necessário para o uso do medicamento "off-label" ?



(Čurković & Gorjanski, 2018)
(World Medical Association, 2013)
(Direcção Geral de Saúde, 2015)

11

Como reagem os doentes?

Reações que o doente apresenta, se fosse tratado com um medicamento "off-label" sem o seu conhecimento:

- 8,8% mudava de médico;
- 67,6% pedia uma explicação para decidir se mudava ou não de médico;
- 2,8% ignorava a situação e permaneciam com o mesmo médico;
- 11,7% processaria o médico;
- 9,11% não sabiam o que fazer.

(Čurković & Gorjanski, 2018)

12

Que vantagens e desvantagens?

Vantagens

- Melhor acesso a tratamentos inovadores
- Acesso a medicamentos mais baratos

(European Commission, 2017)

Desvantagens

- Responsabilidade civil/criminal
- Deficiente farmacovigilância

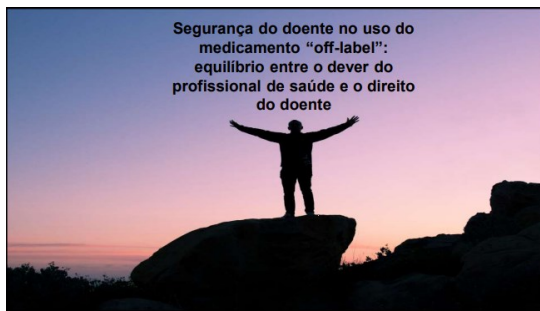
(Bosak & McCaffrey, 2017)

13

Referências Bibliográficas

- [European Commission \(2017\). Off-label use of medicines. Disponível em 10 de novembro de 2022 em \[https://ec.europa.eu/health/off-label-use_en\]\(https://ec.europa.eu/health/off-label-use_en\)](#)
- [Bosak, A. J. \(2022\). Reporting on issues related to the involvement of "off-label" medications. CMAA-CMAA. Disponível em 10 de novembro de 2022 em <https://www.cmaa-cmaa.org/Portals/0/2022-01-10-Off-Label-Use-Report.pdf>](#)
- [Carmelo, A. V. & Costa, Z. \(2018\). A prescrição fora das indicações aprovadas \(off-label\) prática e problemática. Revista Portuguesa de Farmácia, 37 \(9\) 847-850. Disponível em 10 de novembro de 2022 em <https://www.rpf.pt/revista/37-9-847-850>](#)
- [Cohen, M. & Gagnon, D. \(2018\). Knowledge and attitudes of patients in primary care on off-label treatment. The International Journal of Health Services, 28\(2\) 191-195. Disponível em 10 de novembro de 2022 em <https://doi.org/10.1177/0020717918784443>](#)
- [European Commission \(2017\). Off-label use of medicines. Disponível em 10 de novembro de 2022 em \[https://ec.europa.eu/health/off-label-use_en\]\(https://ec.europa.eu/health/off-label-use_en\)](#)
- [European Commission \(2017\). Study on off-label use of medicinal products in the European Union. Disponível em 10 de novembro de 2022 em \[https://ec.europa.eu/health/files/eudra/2017/04/170401_en.pdf\]\(https://ec.europa.eu/health/files/eudra/2017/04/170401_en.pdf\)](#)
- [International Pharmaceutical Federation \(2018\). Off-label use of medicines. Disponível em 10 de novembro de 2022 em <https://www.ifpp.org/Portals/0/2018-01-10-Off-Label-Use-Report.pdf>](#)
- [Liu, L. et al. \(2019\). Off-label prescriptions in medicine care with the Chinese experience. Therapeutic and Clinical Risk Management, 14 \(10\) 2022-2031. Disponível em 10 de novembro de 2022 em <https://doi.org/10.1016/j.tcr.2019.10.005>](#)
- [Medicines for Europe \(2017\). Off-label use of medicines. Disponível em 10 de novembro de 2022 em <https://www.medicinesforeurope.com/Portals/0/2017-01-10-Off-Label-Use-Report.pdf>](#)
- [Pereira, T. et al. \(2017\). Prescrição Off-label em Consultas Primárias. Medicina Moderna, 24\(1\), 189-190. Disponível em 10 de novembro de 2022 em <https://www.medicinamoderna.com.br/revista/24-1-189-190>](#)
- [Pinto-Costa, A. J. \(2018\). Off-label use of medicines in primary care. Disponível em 10 de novembro de 2022 em <https://www.medicinamoderna.com.br/revista/24-1-189-190>](#)
- [Rosa, A. et al. \(2022\). Off-label Drug Prescription Patterns and Related Adverse Drug Reactions in the United States: A Case Study. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 47 \(1\) 1-10. Disponível em 10 de novembro de 2022 em <https://doi.org/10.1111/jcpt.12600>](#)
- [World Health Organization \(2017\). The practice of off-label use of medicines: sharing and learning from country experiences. Disponível em 10 de novembro de 2022 em <https://www.who.int/publications/m/item/off-label-use-of-medicines>](#)
- [World Medical Association \(2017\). Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Disponível em 10 de novembro de 2022 em <https://www.wma.net/wma/press-room/2017/07/20170701-declaration-of-helsinki>](#)
- [World Health Organization \(2017\). Medication without harm. Disponível em 10 de novembro de 2022 em <https://www.who.int/publications/m/item/medication-without-harm>](#)
- [World Health Organization \(2017\). WHO Guidelines on the Rational Use of Antimicrobials and Antifungals for the Treatment of Respiratory Tract Infections. Disponível em 10 de novembro de 2022 em <https://www.who.int/publications/m/item/who-guidelines-on-the-rational-use-of-antimicrobials-and-antifungals-for-the-treatment-of-respiratory-tract-infections>](#)

14



**Apêndice X– Póster “Adesão à bundle da
prevenção de infecção do local cirúrgico
entre 2019-2020”**



ADESÃO À BUNDLE DA PREVENÇÃO DE INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO ENTRE 2019 -2020

INTRODUÇÃO

As infeções associadas aos cuidados de saúde são uma causa significativa de mortalidade, morbilidade e aumento dos custos económicos das instituições, bem como na qualidade de vida da pessoa e da sua família (DUARTE & MARTINS, 2019).

Em Portugal, no inquérito de prevalência de 2017 a infeção do local cirúrgico (ILC) da cirurgia do colon e reto foi de 16,23 % e da cirurgia biliar foi de 2,11 % (DGS, 2018).

Para reduzir a ILC foi implementada a bundle da prevenção de ILC, na qual devem ser cumpridas um conjunto de 5 intervenções que são o banho pré-cirúrgico, a avaliação e controlo da temperatura corporal e da glicémia capilar, a tricotomia e a profilaxia antibiótica (DGS, 2015). Estima-se, que com estas medidas se consiga prevenir 60% das ILC (DGS, 2016).

OBJETIVO E METODOLOGIA

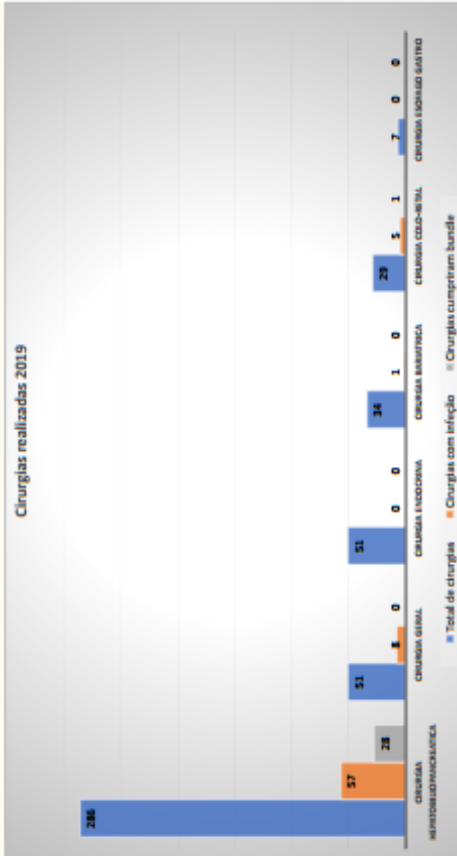
Objetivo: Comparar a adesão à bundle da prevenção de infeção do local cirúrgico num serviço de cirurgia entre 2019 e 2020.

Metodologia:

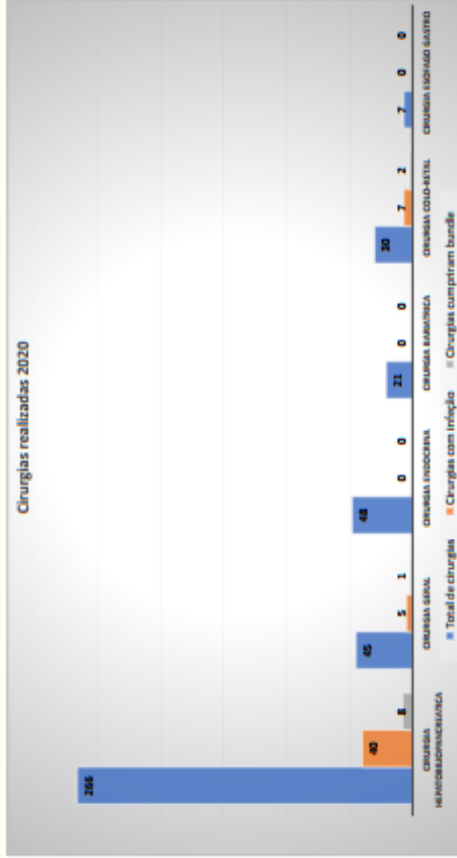
O estudo é do tipo comparativo de abordagem quantitativa, retrospectivo e transversal. A população e a amostra são todos os doentes operados num serviço de cirurgia de um hospital de Lisboa entre 2019 e 2020.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

Cirurgias realizadas 2019



Cirurgias realizadas 2020



Conclusão:

No trabalho apurou-se uma redução da adesão à bundle da ILC em 2020 comparando com 2019. Nestes dois anos, mais de metade das cirurgias não cumpriram a bundle, afetando a taxa de ILC. Uma das medidas de melhoria para aumentar a taxa de adesão dos profissionais de saúde à bundle será recorrer à formação em serviço. Outra estratégia poderá passar pela informatização do formulário no SCINico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DGS (2015). Norma nº 02/2015: "Sistema de Intervenção" de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico. Lisboa: DGS;
 DGS (2016). "Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos em humanos - 2016. Lisboa: DGS;
 DGS (2018). Inquérito e relatório aos hospitais. Relatório anual do programa prioritário - 2018. Lisboa: DGS;
 Duarte, A. & Martins, G. (2019). Control de Infeção Hospitalar. Lisboa: UPEL.

**Apêndice XI– Póster “Necessidades
espirituais do doente em Unidades de
Cuidados Intensivos: *Scoping Review*”**

NECESSIDADES ESPIRITUAIS DOS DOENTES EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: SCOPING REVIEW

Autoras: Ana Lúcia Barreto¹; Margarida Cortez²; Rita Victor³; Lurdes Martins⁴
¹Estudantes XV Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área Pessoa em Situação Crítica. ²Professora Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa

Introdução:

Falar em espiritualidade é falar do sentido da vida, valores, transcendência, relação e transformação (Caldreira, 2009; Kolodly & Sousa Pontífice, 2019). A sua definição é complexa e incorpora uma ampla variedade de conceitos, está ligada à subjetividade humana, na conexão com um contexto maior e significativo. A dimensão espiritual, sendo considerada como algo intrínseco, é afetada e torna vulnerável a pessoa que se encontra internada, especialmente numa Unidade Cuidados Intensivos (UCI). Esta dimensão influencia a capacidade de lidar com a doença. Segundo Kolodly & Sousa Pontífice (2019, p. 57), os "profissionais de enfermagem têm o dever de colocar a espiritualidade como foco do diagnóstico, instituir intervenções direcionadas e avaliar a ação das mesmas através de indicadores de saúde..."

Objetivo:

Mapear na literatura científica as intervenções de Enfermagem para a satisfação das necessidades espirituais do doente internado numa UCI.

Materiais e Métodos:

Questão de investigação: **Quais as intervenções de enfermagem para a satisfação das necessidades espirituais do doente, internado numa UCI?**

- Scoping review, seguindo metodologia PCC.
- Bases de dados: MEDLINE, COCHRANE, CINAHL (através da plataforma EBSCOhost) descritores combinados com carácter booleano: "Spiritual needs" OR "Spiritual dimension" OR "Spiritual" AND "Intensive care unit" OR "Intensive care" AND "Nurse" OR "Nursing care".
- Critérios de inclusão: Artigos publicados entre 2015 e 2022, de acesso livre ao texto integral, nos idiomas Inglês, Português e Espanhol.
- Critérios de exclusão: Crianças e internamentos noutros contextos que não UCI.

Identificação

Artigos
Identificados
N = 40

Excluídos pelo ano,
disponíveis em
língua completa
N = 10

Excluídos após
leitura do resumo
N = 20

Excluídos após
leitura do texto
N = 14

Artigos
 Incluídos
N = 3

Seleção e Avaliação

Excluídos após
leitura do texto
N = 20

Excluídos após
leitura do texto
N = 20

Excluídos após
leitura do texto
N = 20

Excluídos após
leitura do texto
N = 20

Excluídos após
leitura do texto
N = 20

Excluídos após
leitura do texto
N = 20

Resultados:



Conclusão:

Na UCI, a intervenção do Enfermeiro no cuidado à pessoa com necessidades espirituais é ainda desvalorizada (Bone, et al, 2018; Rahman, et al, 2021).

Estudos e reflexões acerca das necessidades espirituais do doente e de intervenções a realizar pelo Enfermeiro são necessários para guiar a prática assistencial e promover uma melhor compreensão do papel da Enfermagem no cuidado integral e humanizado.

Bibliografia:

Bone, A. A. (2018). The development of spiritual nursing care theory using evidence-informed approaches. *Nursing Inquiry*, 25(1), 10-17. <https://doi.org/10.1177/1049909117710308>

Bone, A. A., Barreto, A. L., Cortez, M., & Victor, R. (2022). Cuidado com as necessidades espirituais em unidades de cuidados críticos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(1), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0100>

Caldreira, S. (2009). Cuidado espiritual em unidades de cuidados críticos: um estudo exploratório. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 1-10. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100001>

Kolodly, S., & Sousa Pontífice, R. (2019). A espiritualidade em unidades de cuidados críticos: um estudo exploratório. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0100>

Victor, R., Barreto, A. L., Cortez, M., & Victor, R. (2022). The role of nurses in the spiritual aspects of patients in the ICU in an exploratory study. *South African Journal of Nursing*, 36(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/00220179.2021.2017000>

Victor, R., Barreto, A. L., Cortez, M., & Victor, R. (2022). Factors that predict the perception of spirituality and spiritual care of nurses working in intensive care and the effect of study design. *Psychologia: Teoria e Pesquisa*, 38(1), 1-10. <https://doi.org/10.11933/ptps20210101>

Victor, R., Barreto, A. L., Cortez, M., & Victor, R. (2022). O cuidado espiritual em unidades de cuidados críticos: um estudo exploratório. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0100>

**Apêndice XII– Instrução de trabalho
sobre o plano de evacuação da Cirurgia**

	ÁREA CIRURGICA
	Plano de evacuação da Cirurgia
	IT

1. DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJETIVO

Uniformizar o procedimento de atuação e antecipar cenários suscetíveis de emergência, no serviço de Cirurgia 7B, segundo o Plano de Catástrofe do CHULC.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os profissionais de saúde no Serviço de Cirurgia 7B.

3. PLANO DE EVACUAÇÃO

O plano de evacuação, tem como objetivo estabelecer os procedimentos a adotar, de forma a promover a evacuação rápida e segura, de todos os ocupantes da Unidade, no caso de ocorrência de uma situação de emergência.

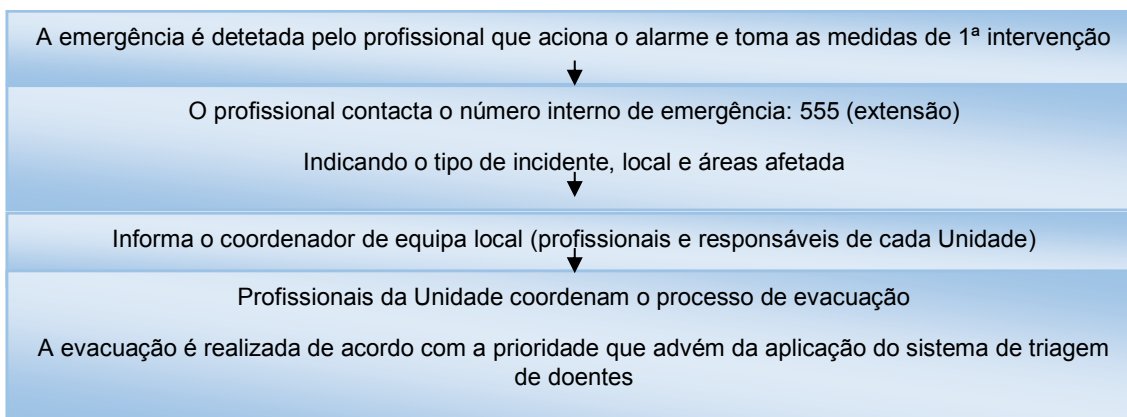
As plantas de emergência estão afixadas em locais apropriados (ANEXO 1). As saídas de emergência/percursos de evacuação devem estar sempre desobstruídas.

4. METODOLOGIA DE EVACUAÇÃO DOS DOENTES

A evacuação de pessoas, deverá ser efetuada de forma rápida, organizada, procurando cumprir as seguintes indicações (Palacios et al, 2010):

- Manter a calma;
- Utilizar a linha telefónica apenas quando estritamente necessário;
- Evacuar com rapidez, sem gritos nem aglomerações, guiando e prestando auxílio aos ocupantes, até às vias de evacuação;
- Não levar consigo objetos pessoais, nem tentar recuperar se caírem;
- Não voltar a entrar numa área evacuada;
- Acompanhar as pessoas evacuadas até ao ponto de encontro;
- Manter a ordem e tranquilidade nas áreas seguras;
- Deverá ficar uma pessoa na saída das zonas evacuadas, para impedir a entrada de pessoas que não pertençam à equipa de emergência;
- Terminada a evacuação, verificar se não existem ausências e comunicar o final da mesma.

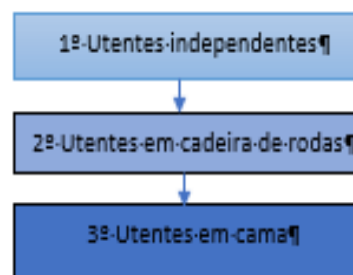
4.1 - Fluxograma de evacuação



4.2 - Sistema de triagem de doentes

Priorizar os doentes de acordo com as suas necessidades e hipóteses de sobrevivência.

Os doentes com maior possibilidade de sobrevivência e que necessitem de um menor suporte vital, deverão ser evacuados primeiro.



5. DEFINIÇÃO DE PAPEIS E RESPONSABILIDADES

5.1 Coordenador da equipa

Se detetar ou for informado de uma situação de emergência:

- 1 – Emite o alarme ao Centro de Controlo de Emergência (Operadores da Central Telefónica - Responsável pela receção e transmissão de todos os alarmes), pelo 555 e informa os profissionais da Unidade.
- 2 – Tenta controlar o sinistro;
- 3 – Coordena o processo de evacuação da Unidade para a Cirurgia A pelo corredor, seguindo a Ordem do fluxograma de triagem de doentes para a evacuação.
- 4 – Se a evacuação para a Cirurgia A não for possível, utilizar a Unidade alternativa 2 UCA pela escada de emergência de acesso ao piso térreo.
- 5 – Apoia o Coordenador de Intervenção.
- 6 – Marca todos os espaços evacuados com adesivo ou etiquetas após a saída do último elemento e dirige-se para a unidade alternativa.

Aguarda que seja declarado o fim da emergência

5.2 – Médico/ Enfermeiro/ Assistente Operacional

Se detetar uma situação de emergência:

- 1 – Dá o alarme ao Coordenador da Equipa Local.
- 2 – Tenta controlar o sinistro;
- 3 – Coordena na evacuação da Unidade para a Cirurgia A pelo corredor, seguindo a Ordem do fluxograma de triagem de doentes para a evacuação.
- 4 – Se a evacuação para a Cirurgia A não for possível, utiliza a unidade alternativa 2 UCA pela escada de emergência de acesso ao piso térreo.
- 5 – Aguarda que seja declarado o fim da emergência.

Nota: se for informado de uma situação de emergência cumpre os pontos de 3 a 5.

5.3 – Assistente Técnico

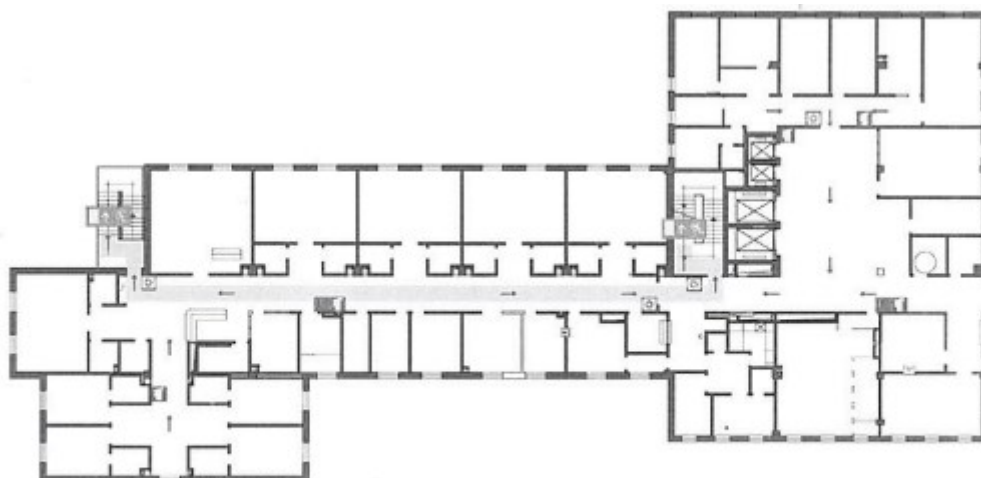
Se detetar uma situação de emergência:


- 1 – Dá o alarme ao Coordenador da Equipa Local.
- 2 – Tenta controlar o sinistro.
- 3 – Colabora na evacuação, segundo as orientações do Coordenador da Equipa Local.
- 4 – Aguarda que seja declarado o fim da emergência.

Referências Bibliográficas:

- Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (2018) Plano de Emergência Interno: Instrução Especial de Segurança - Cirurgia B.
- Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (2021) Plano de Catástrofe.
- Direção Geral da Saúde (2010). Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. Disponível em 03 de novembro de 2022 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>.
- Pereira, S. & Coimbra, N. (2021) Planos de Emergência Interno In A. Duarte & O. Martins (Eds.), Enfermagem de urgência e emergência (pp.363- 367). Lisboa: Lidel.
- Palacios, M. S. et al (2010) – Plan de Evacuación de la Unidad de Cuidados Intensivos: un nuevo indicador de calidad? *Medicina Intensiva*. 34 (3). 198-202.

Anexo 1 - Planta de emergência simplificada



LEGENDA	
	Extintor de incêndio
	Botão de alarme
	Boca de incêndio
	Manta de incêndio
	Saída de emergência
	Percurso de evacuação
	Elevador
	Escadas

Anexos

**Anexo I – Grelha de auditoria sobre as
boas práticas na utilização segura dos
medicamentos estupefacientes e
psicotrópicos**

Íd	Boas Práticas na Utilização Segura dos Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos		Audição: Recebido por:	Número de Conferências				
	Tema	Data		Recebido por:	S	R	MA	MO
		24 e 25 de novembro de 2022		Conotações				
	Âmbito	Unidade Clínica: Pólo:						
	N.º	Críticos						
Armazenamento								
1	A sala de armazenamento dos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos (EP) tem registos e monitorização de temperatura < 25°C. Orientação: Pedir evidências							
2	A sala de armazenamento dos medicamentos Especiais é Psicotrópicos tem registo e monitorização de humidade < 60%. Orientação: Pedir evidências							
3	Os medicamentos EP estão armazenados em armário/cofre ligo com fechadura, com acesso restrito e exclusivo aos profissionais autorizados.							
4	O armazenamento dos medicamentos EP está claramente individualizado por medicamento.							
5	Os medicamentos EP estão devidamente classificados, identificados e rotulados como "Medicamentos de Alerta Máximo".							

6	Boas Práticas na Utilização Segura dos Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos		A auditor: Recebido por:		Nível de Conformidade					
Tema					Constatações					
Data	24 e 25 de novembro de 2022									
Âmbito	Unidade Clínica:	Pólo:								
N.º	Críticas									
9	<p>Existe evidência de controlo regular de todos os movimentos de medicamentos Estupefacientes realizados (entradas, saídas e outros movimentos: devoluções, inutilizações, empréstimos, transferências).</p> <p>Orientação: Pedir evidências.</p> <p>(Obs: Os registos manuais e informáticos são comparados e estão em conformidade com as evidências físicas).</p>									
10	<p>Os formulários específicos em vigor para a utilização de medicamentos Estupefacientes são preenchidos de forma completa, com letra legível, datados e assinados por todos os profissionais responsáveis envolvidos no processamento.</p> <p>Orientação: Pedir evidências.</p>									
11	<p>As devoluções são registadas no Anexo N.º X, com registo da quantidade a devolver, justificação da devolução, assinatura do Enfermeiro Responsável, N.º mecanográfico e data.</p> <p>Orientação: Pedir evidências.</p>									
12	<p>O motivo da inutilização dos medicamentos Estupefacientes, sempre que se justifique (ex. ampolas partidas, validade ultrapassada, rótulo ilegível), está devidamente registado no anexo N.º X.</p> <p>Orientação: Pedir evidências.</p>									
					S	N	NA	MO	C	C
										25

ID	Boas Práticas na Utilização Segura dos Medicamentos Estupefacientes e Psicoestrópicos		Auditor:		Níveis de Conformidade						
	Tema	Recebido por:								B	R
			24 e 25 de novembro de 2022		Constatatórias						
			Unidade Clínica:	Pólo:							
			N.º	Critérios							
13				Cinco momentos (emissões e transfusões) estão devidamente registados e justificados no anexo N.º X. Orientação: Pedir evidências.							
14				Os anexos N.º X são guardados durante 5 anos. Orientação: Pedir evidências.							
Total Parcial da Dimensão											
Conformidade Parcial da Dimensão											
Prescrição											
15				A prescrição de medicamentos EP é efectuada no N.º Anexo X de forma completa, legível, devidamente datada e assinada (assinatura legível, N.º Macanográfico do Médico (Coordenador da UF ou seu legal substituto). Orientação: Pedir evidências.							
16				A prescrição de medicamentos EP é efectuada no sistema eletrónico de prescrição de forma concordante com o registado no Anexo N.º X. Orientação: Pedir evidências.							
Total Parcial da Dimensão											

ID	Boas Práticas na Utilização Segura dos Medicamentos Estupefacientes e Psicotrópicos		Auditor:		Níveis de Conformidade					
	Tema	Recebido por:	Constatções							
	Data:	24 e 25 de novembro de 2022								
	Âmbito	Unidade Clínica:	Pólo:							
	N.º	Critérios								
					Conformidade Parcial da Dimensão					
					Preparação e administração					
17	A preparação e administração de medicamentos EP é realizada conforme a prescrição estando evidenciadas através do registo de administração pelo profissional que o faz. <i>Orientação: Pedir evidências.</i>									
18	A preparação e administração de medicamentos EP foram verificadas por outro profissional, estando registado no processo clínico do doente, a identificação do profissional que participou na dupla verificação independente. <i>Orientação: Pedir evidências.</i>									
					Total Parcial da Dimensão					
					Conformidade Parcial da Dimensão					
					Formação					

**Anexo II – Certificado “Curso suporte
básico de vida com desfibrilhação
automática externa (DEA)”**



**EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL**
www.erc.edu

European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Ana Lucia Barreto

29/05/1984

Received the ERC qualification
Basic Life Support (BLS)

Provider

In Lisboa, Portugal

Ricardo BRAGA
lead instructor



Ricardo Braga

Date last course: 17/11/2021

The holder of this certificate is responsible for the periodical update of their knowledge, skills and retraining.
To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-153-275251

**Anexo III – Certificado do IV Seminário
Internacional do Mestrado em
Enfermagem “Enfermagem
Especializada: um valor em saúde”**



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **ANA LÚCIA FERNANDES BARRETO**, estudante n.º 192021010, participou no **IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **26 de novembro de 2021**, Auditório 2, *Campus da Palma de Cima*, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar

l_u_c_l_a_barreto@hotmail.com

**Anexo IV – Certificado do VIII Congresso
Internacional de Cuidados Intensivos**



CERTIFICADO

PARTICIPAÇÃO

Ana Barreto

Certifica-se para os devidos efeitos que **Ana Barreto**, esteve presente no **VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**, realizado Online, nos dias a 19 e 20 de fevereiro de 2022. (Duração:20horas).

19 e 20 Fev 2022




António Marinho


José António Pinho



ORGANIZAÇÃO:

**Anexo V– Certificado do Congresso
Internacional de Controlo de Infeção**

Congresso Internacional de **Controlo de Infecção**

31 de março e 1 de abril

2022

ORGANIZADO POR
ixus
Instituto de Investimentos em Saúde

Certificado

Para os devidos efeitos, certifica-se que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a)

Ana Lucia Fernandes Barreto

Participou no **Congresso Internacional de Controlo de Infecção 2022**


Que se realizou via On-Line, ZOOM, nos dias 31 de Março e 01 de Abril de 2022,

com a duração total de 16 horas.

Porto, 04 de abril de 2022



A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira



O Diretor da Entidade Formadora
José Morais



**Anexo VI– Certificado do Encontro do
Mestrado em Enfermagem da pessoa em
situação crítica – O cuidado de
enfermagem à pessoa em situação
crítica**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

CERTIFICADO

A Escola Superior de Saúde - UTAD certifica que, Ana Lucia Fernandes Barreto, esteve presente no Encontro do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica – O Cuidado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com a duração de 6 horas, que decorreu através da plataforma de vídeo e audioconferência online Zoom, no dia 30 de abril 2022.

Vila Real, 30 de abril de 2022.

P'la Comissão Científica P'la Comissão Organizadora

Cristina Luagimário Duarte Romão



**Anexo VII– Certificado do Congresso
Internacional de Controlo de Infeção e
Resistência Antimicrobiana Luz Saúde
2022**

Ana Fernandes Barreto

Congresso Internacional de Controlo de Infecção e Resistência Antimicrobiana

Evento Clínico | 23 de Setembro de 2022 | 6 horas

Código de certificado: C-folrad862jkgc

Hospital da Luz Learning Health • hospitaldaluz.pt/learninghealth
Avenida Lusitana, 100, Edifício C, Piso -1 • 1500-650 Lisboa • Portugal
T. +351 217 104 544 • M. +351 967 072 745 • E. learninghealth@hospitaldaluz.pt

LUZ SAÚDE

**Anexo VIII – Certificado do Encontro de
Benchmarking do colégio da
especialidade de enfermagem médico-
cirúrgica**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA LÚCIA FERNANDES BARRETO

membro nº 54535 desta Ordem, participou no(a) "Encontro de Benchmarking do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica", realizado de 20 de Outubro de 2022 a 22 de Outubro de 2022, com duração total de 9 Horas, no(a) Centro de Congressos do LNEC.

Lisboa, 22 de Outubro de 2022

P.^a A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹ Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 6,76 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

² Conforme Despacho de Delegação de Competências de 31 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do nº30 nº) do Estatuto da Ordem dos

**Anexo IX – Formação segurança na
preparação e administração de
medicamentos**



DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANA LÚCIA FERNANDES BARRETO** frequentou a **Ação de Formação "Segurança na Preparação e Administração de Medicamentos"**, realizada no dia **4 de Novembro de 2022**, com a duração total de **6 horas**.

Lisboa, 23 de novembro de 2022

Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 13700/2022/LF

CIRURGIA B/HCC

Anexo X – Formação contensão mecânica e a segurança do doente



DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANA LÚCIA FERNANDES BARRETO** frequentou a **Acção de Formação "Contenção Mecânica e a Segurança do Doente"**, realizada no dia **15 de Dezembro de 2022**, com a duração total de **3 horas**.

Lisboa, 16 de Dezembro de 2022

Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 14602/2022/NC

CIRURGIA B/HCC

**Anexo XI – Certificado da formação
isolamento de contacto**



DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANA LÚCIA FERNANDES BARRETO** colaborou como formador(a) na **Ação de Formação em Serviço "Isolamento de Contacto"**, realizada pelo(a) **CIRURGIA B** no dia **10 de Novembro de 2021**, com a duração total de **2 horas**.

Lisboa, 29 de Novembro de 2021

Rel. A Área de Gestão da Formação

Cristina Cosme

CRISTINA COSME
Área de Gestão da Formação
CHULC, FPE

Declaração FS N.º 541/2021/MC/CC

**Anexo XII – Certificado da formação
controlo de infeção nos cuidados “post-
mortem”**



CERTIFICADO

Certifica-se que **ANA LUCÍA FERNANDES BARRETO** colaborou como Formador(a) no(a) **Ação de Formação "Controlo de infeção nos cuidados "post-mortem"**, realizada no dia **17 de Novembro de 2021**, com a duração total de **2 horas**.

Lisboa, 26 de Janeiro de 2022

Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior

Certificado N.º 1280/2021/LF

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)

**Anexo XIII– Certificado da formação
infecção nosocomial da corrente
sanguínea**



DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANA LÚCIA FERNANDES BARRETO** colaborou como formador(a) na **Ação de Formação em Serviço "Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea"**, realizada pelo(a) **CIRURGIA B** no dia **24 de Novembro de 2021**, com a duração total de **2 horas**.

Lisboa, 28 de Dezembro de 2021

Rel' A Área de Gestão da Formação
Cristina Cosme

CRISTINA COSME
Área de Gestão da Formação
CHULC, FPE

Declaração FS N.º 582/2021/MC/CC

**Anexo XIV– Certificado da formação
utilização de detergentes, desinfetantes
e antissépticos**



CERTIFICADO

Certifica-se que **ANA LUCÍA FERNANDES BARRETO** colaborou como Formador(a) na **Ação de Formação "Reunião Formativa dos Membros Dinamizadores do GCLPPCIRA : Utilização de detergentes, desinfetantes e antisepticos CIRA 115"**, realizada no dia **17 de Agosto de 2022**, com a duração total de **2 horas**.

Lisboa, 29 de Agosto de 2022

Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior

Certificado N.º 1062/2022/LP

**Anexo XV– Certificado da formação
atualização dos procedimentos sobre a
colheita de produtos**



DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANA LÚCIA FERNANDES BARRETO** colaborou como formador(a) na **Ação de Formação em Serviço "Atualização dos Procedimentos sobre a colheita de produtos"**, realizada pelo(a) **CIRURGIA B** no dia **15 de Março de 2022**, com a duração total de **2 horas**.

Lisboa, 30 de Novembro de 2022

Per A Área de Gestão da Formação

Cristina Cosme

CRISTINA COSME
Área de Gestão da Formação
CHULC, EPE

Declaração FS N.º 645/2022/MC/CC

**Anexo XVI– Certificado da formação
sensibilização da importância da higiene
das mãos**



DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANA LÚCIA FERNANDES BARRETO** colaborou como formador(a) na **Ação de Formação em Serviço "Sensibilização da Importância da Higiene das Mãos"**, realizada pelo(a) **CIRURGIA B** no dia **05 de Maio de 2022**, com a duração total de **2 horas**.

Lisboa, 30 de Novembro de 2022

Pa A Área de Gestão da Formação

Cristina Cosme

CRISTINA COSME
Área de Gestão da Formação
CHULC, EPE

Declaração FS N.º 846/2022/MC/CC

**Anexo XVII – Certificado do póster
“Adesão à *bundle* da prevenção de
infecção do local cirúrgico entre 2019-
2020”**

Congresso Internacional de Controlo de Infeção

31 de março e 1 de abril

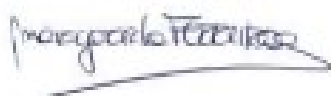
2022

Formada por
ixus
Formação e Consultoria, Lda

Certificado

Certifica-se que Ana Lúcia Fernandes Barreto, Maria José dos Santos Maia, apresentaram a *Comunicação Livre em forma de Poster*, **ADESÃO À BUNDLE DA PREVENÇÃO DE INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO ENTRE 2019-2020**, no Congresso Internacional de Controlo de Infeção, CICI2022, que se realizou On-Line, nos dias 31 de março e 1 de abril de 2022.

Porto, 04 de abril de 2022



A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira



O Diretor da Entidade Formadora
José Morais



**Anexo XVIII – Certificado V Seminário
Internacional do Mestrado em
Enfermagem (Uma voz para o
humanismo)**

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Ana Lúcia Fernandes Barreto**, estudante n.º **192021010** esteve presente no **V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **25 de novembro de 2022**, Auditório 1, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar



l.u.c.l.a._barreto@hotmail.com

**Anexo XIX – Certificado do póster
“Necessidades espirituais do doente em
Unidades de Cuidados Intensivos:
Scoping Review”**

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) **Enf.(a) Rita Víctor, Ana Barreto, Margarida Cortez, Sara Roseira e Prof. Dra. Lurdes Martins** apresentaram, em coautoria, o Poster n.º 13 com o tema **Necessidades espirituais dos doentes em Unidades de Cuidados Intensivos: Scoping review** no **V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **25 de novembro de 2022**, Auditório 1, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Amélia Simões-Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



**Anexo XX– Certificado de Comissão
Organizadora do V Seminário
Internacional do Mestrado em
Enfermagem (Uma voz para o
humanismo)**

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Ana Lúcia Fernandes Barreto**, mestranda no 15º curso do Mestrado em Enfermagem, área Médico-cirúrgica, à pessoa em situação crítica, integrou a Comissão Organizadora e participou no **V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia 25 de novembro de 2022**, Auditório 1, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



**Anexo XXI– Certificado do I Workshop
de Elos Unidade Local do Programa de
Prevenção e Controlo de Infeções e de
Resistência aos Antimicrobianos**

DECLARAÇÃO

Declaro-se que **ANA LÚCIA FERNANDES BARRETO** frequentou a **Ação de Formação "I Workshop de Elos UL-PPCIRA do CHULC"**, realizada no dia **14 de Dezembro de 2022**, com a duração total de **6 horas**.

Lisboa, 5 de janeiro de 2023


Área de Gestão da Formação



Catarina Soeiro
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 15914/2022/CF

CIRURGIA/HCC

**Anexo XXII – Certificado da
apresentação no I Workshop de Elos
Unidade Local do Programa de
Prevenção e Controlo de Infeções e de
Resistência aos Antimicrobianos**



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

Gestão da formação

CERTIFICADO

Certifica-se que **ANA LÚCIA FERNANDES BARRETO** colaborou como Formador(a) na **Ação de Formação "I Workshop de Elos UL-PPCIRA de CHULC"**, realizado no dia **14 de dezembro de 2022**, com a duração total de **6 horas**.

Lisboa, 17 de Janeiro de 2023

Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior

Certificado N.º 1728/2022/CF

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACS)

**Anexo XXIII– Certificado da formação
“Medidas de auto-proteção –
sensibilização geral”**



DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANA LUCIA FERNANDES BARRETO** frequentou a **Ação de Formação "Medidas de Auto Proteção - Sensibilização Geral"**, realizada no dia **22 de Novembro de 2022**, com a duração total de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 29 de novembro de 2022

A Área de Gestão da Formação

Rui Pereira
Técnico Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 13895/2022/LF

CIRURGIA B/HCC

