



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

NURSING DIFFICULTIES IN COMMUNICATING BAD NEWS

Por

Inês Margarida Ruivo Dias

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, com a especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

NURSING DIFFICULTIES IN COMMUNICATING BAD NEWS

Por

Inês Margarida Ruivo Dias

Sob a orientação da Professora Doutora Maria de Lurdes Martins

Lisboa, 2023

*“Recomeça... se puderes Sem angústia
E sem pressa. E os passos que deres, Nesse
caminho duro Do Futuro Dá-os em Liberdade.
Enquanto não alcances Não descanses. De
nenhum fruto queiras só metade.”*

Miguel Torga

AGRADECIMENTOS

No findar deste percurso, um reconhecimento especial...

À **Professora Lurdes Martins**, pela orientação, disponibilidade, compreensão e encorajamento ao longo de todo o percurso,

Às **Enfermeiras Orientadoras**, pela constante disponibilidade e motivação, e pelos exemplos que são na Prática Clínica enquanto Enfermeiras Especialistas,

A todos os **Profissionais de Saúde** das Práticas Clínicas pela forma como me acolheram,

Aos **Colegas** do XV Curso de Mestrado EEEMC-PSC pelo companheirismo e motivação,

À **Equipa** da Medicina 1 e 3.1, pela compreensão e apoio em todo este percurso,

Aos meus **pais, irmãs e sobrinho**, pelos valores que me transmitiram e que me permitem ser a Pessoa que sou, tendo como base o amor que nos une. Por compreenderem os períodos de maior ausência, sendo a minha grande fonte de apoio,

À **Gabriela**, pela amizade, o constante incentivo, confiança, apoio incondicional e compreensão. Por fazer todo este percurso comigo,

A toda a minha **Família e Amigos**, pelo carinho, incentivo e compreensão,

A **Todos** os que contribuíram, de forma direta e indireta, para que este caminho se tornasse mais leve,

O meu sincero, **Muito Obrigada!**

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Pessoa em Situação Crítica onde se pretende refletir o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências nesta área de especialidade. Estas competências foram desenvolvidas em contexto de gabinete de segurança do doente e cuidados intensivos.

No presente documento estão apresentados os objetivos planeados e concretizados, as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas, utilizando uma descrição do vivido de forma crítico-reflexiva. Durante a sua elaboração foi necessário recorrer a evidência científica atual para fundamentar a tomada de decisão. Como complemento, constam ainda os objetivos definidos para a unidade curricular, os projetos de estágio com os objetivos pessoais e respetivos trabalhos elaborados no decorrer da prática clínica.

O documento tem por base a reflexão sobre temas como: o processo de aprendizagem e aquisição de competências, a contextualização dos locais de estágio, a descrição do processo de aquisição de competências na área do doente crítico, a análise global do percurso de aprendizagem e as suas implicações para a prática profissional. Consta ainda uma *scoping review* sobre as dificuldades dos enfermeiros na comunicação de más notícias com o objetivo de mapear o conhecimento existente sobre este tema. A comunicação de más notícias, em especial no contexto de doença incurável é uma das tarefas mais exigentes e complexas que se coloca aos profissionais de saúde. Também é exposto um Projeto de Investigação no âmbito da preparação e administração de medicamentos de alerta máximo, tendo em vista a adoção de práticas seguras nesta área. Neste documento são ainda abordadas áreas fulcrais como a ética, a deontologia, a comunicação e a relação terapêutica.

Tendo em vista o crescimento enquanto enfermeira especialista, este relatório permite o desenvolvimento de capacidades de reflexão e gestão na prestação de cuidados, a realização de intervenções baseadas na evidência científica, assim como a humanização dos cuidados. Em suma, a investigação é importante para a evolução de cuidados de enfermagem e o desenvolvimento da profissão, criando enfermeiros mais capacitados e atualizados com foco na melhoria da qualidade dos cuidados.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Comunicação em Enfermagem; Más Notícias; Medicação de Alerta Máximo

ABSTRACT

The present report comes as part of the curricular unit "Final Apprenticeship and Report", integrated in the Masters Course in Nursing with Specialization in Medical and Surgical Nursing, focused on the critically ill patient, and aims to reflect on the process of acquisition and development of skills in this specialty area. These competencies were developed in the context of a patient safety office and an intensive care unit.

In the present document, it is shown the planned and implemented objectives, the activities that were carried out and the acquired competencies using a critical and reflective attitude. Over the course of its elaboration, it was necessary to invoke scientific evidence to support the decision-making process. In addition, there are the objectives defined for the curricular unit, the apprenticeship projects with personal objectives, and their assignments elaborated during the clinical practice.

The document is based on reflection on topics such as: the process of learning and competency acquisition, contextualising the apprenticeship locations, describing the process of acquiring competencies specific to the critically ill patient and the global analysis of the path of learning and its implications for professional practice. There is also a scoping review about the nurses' difficulties in communicating bad news, aiming to map the existing knowledge on this topic. The communication of bad news, especially in the context of an incurable disease, is one of the most demanding and complex tasks that faces healthcare professionals. It is shown, as well, an investigation project in the context of the preparation and administration of high-alert drugs, taking into account the adoption of safe practises in this area. Throughout this report, it is also possible to note areas such as ethics, deontology, communication and the therapeutic relationship.

Considering the professional growth as a specialist nurse, this report enabled the development of reflection and management skills in the provision of care, the implementation of interventions based on scientific evidence, as well as the humanization of care. In short, the investigation is important for the evolution of nursing care and the development of the profession, enabling more qualified and up-to-date nurses to focus on providing better quality care.

Keywords: Medical and Surgical Nursing; Critically Ill Patient; Communication in Nursing, Bad News, High-Alert Drugs

LISTA DE SIGLAS

DGS – Direção Geral de Saúde

ECMO – *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

EEEMC-PSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica

EOT – Entubação Orotraqueal

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

GSD – Gabinete de Segurança do Doente

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SUG – Serviço de Urgência Geral

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1 AS DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NA COMUNICAÇÃO DE MÁSNOTÍCIAS.....	21
1.1 Teoria das Transições de Afaf Meleis	25
2 PROJETO DE INVESTIGAÇÃO “PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS DE ALERTA MÁXIMO”	29
3 CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	31
3.1 Gabinete de Segurança do Doente.....	31
3.2 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	33
4 ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	35
4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem	36
4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem	47
CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

APÊNDICES

Apêndice I - Projeto de Investigação “Preparação e Administração de Medicamentos de Alerta Máximo”

Apêndice II – Base de dados do projeto de investigação

Apêndice III – Cartaz “Dupla Verificação Independente - Medicamentos de Alerta Máximo”

Apêndice IV – Monitorização a Atualização dos Rótulos

Apêndice V – Cartaz “Medicamentos de Alerta Máximo

Apêndice VI – Rúbrica “12 Certos na preparação e administração de medicamentos”

Apêndice VII – Apresentação do projeto à equipa do GSD e na ação de formação “Segurança na Preparação e Administração de Medicamentos”

Apêndice VIII– Projeto de estágio GSD

Apêndice IX– Projeto de estágio UCI

Apêndice X- *Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO)*

Apêndice XI – Póster “As Dificuldades dos Enfermeiros na Comunicação de Más Notícias”

ANEXOS

Anexo I – Certificado de participação do póster científico

Anexo II – Sessão de Formação “2022 Dia Mundial da Segurança dos Doentes da OMS – Projecto ECHO”

Anexo III – Sessão de Formação “*Medication Without Harm – Supporting good medication medication practice in Nursing* – Projecto ECHO”

Anexo IV - Evento Comemorativo do Dia Mundial da Segurança do Doente “Medicação Sem Dano”

Anexo V – Cinco Videoconferências sobre “Segurança na Identificação do Doente”

Anexo VI - Duas ações de formação sobre “Segurança na Identificação do Doente”

Anexo VII - Certificado de participação na rúbrica semanal “Segurança do Doente: da teoria à prática” com o tema “12 Certos na Preparação e Administração de Medicamentos”

Anexo VIII - Certificado de participação como preletora na ação de formação “Segurança na Preparação e Administração de Medicamentos” com o tema “Preparação e Administração segura de medicamentos de alerta máximo – Relato de experiência”

Anexo IX - V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Esquematização dos resultados.....	23
Figura 2 – Representação da Teoria das Transições.....	27

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, integrado no XV Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Área de Especialização na Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Lisboa.

Este documento reflete uma descrição e uma reflexão crítica e fundamentada das atividades desenvolvidas nesta unidade curricular, de forma a justificar o desenvolvimento e aquisição de competências de Mestre em Enfermagem, competências comuns e específicas do enfermeiro especialista tendo em vista a obtenção do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC), assim como o grau de Mestre em Enfermagem, após discussão e aprovação em provas de defesa pública.

O relatório foi elaborado através de uma metodologia reflexiva, onde estão descritas e analisadas criticamente as atividades desenvolvidas ao longo dos vários locais da prática clínica, bem como o processo formativo realizado. Para isto, foi crucial a elaboração de dois projetos de estágio onde foram expostas as atividades a desenvolver, tendo como objetivo a aquisição de competências presentes no Regulamento nº140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Regulamento nº429/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, e por último as Competências de Mestre em Enfermagem, de acordo com o Decreto-Lei nº115/2013 de 7 de agosto de 2013, que regula os graus académicos e diplomas do ensino superior, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº65/2018. Constam também documentos que orientam a prática clínica como o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o Código Deontológico dos Enfermeiros e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área da Pessoa em Situação Crítica.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define enfermeiro especialista “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2019a, p. 4744). O EEEMC-PSC deve basear a sua tomada de decisão

em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes, de forma a ganhar competências para, em equipa, discutir e refletir sobre as opções terapêuticas, minimizando os impactos que as intervenções complexas têm nos cuidados prestados ao doente crítico (OE, 2018). Desta forma, o EEEMC-PSC presta cuidados à pessoa em situação crítica sendo esta “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” (OE, 2018, p.19362). A existência de enfermeiros com cuidados especializados à pessoa em situação crítica na equipa de enfermagem está associado a melhores resultados na pessoa internada e à diminuição do tempo e de recurso a equipamentos de ventilação durante o internamento (Fukuda, Sakurai & Kashiwagi, 2020).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis realça o papel do enfermeiro na estabilidade da pessoa que presencia processos de transição ao longo da vida, através da análise da natureza das transições e suas condicionantes, bem como padrões de resposta dos indivíduos (Meleis *et al.*, 2000). Desta forma, a comunicação em meio hospitalar é muito importante, na medida em que é a base do estabelecimento de relações terapêuticas entre o enfermeiro e a família/cuidador. Espera-se então, que o enfermeiro tenha conhecimentos para implementar estratégias facilitadoras de comunicação nas situações de transição existentes.

O estágio referente à unidade curricular “Estágio Final e Relatório” realizou-se no Gabinete de Segurança do Doente (GSD) e numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Durante os mesmos foi desenvolvida uma *scoping review* sobre a dificuldade dos enfermeiros na comunicação de más notícias e, ainda, um Projeto de Investigação sobre “Preparação e Administração de Medicamentos de Alerta Máximo”.

O tema da *scoping review* proveio do facto de as más notícias fazerem parte do dia-a-dia dos enfermeiros, podendo causar *burnout*. Como os enfermeiros são os profissionais de saúde que passam mais tempo com a pessoa em situação de doença é importante identificar as suas dificuldades na comunicação de más notícias (Emold *et al.*, 2011). No que concerne ao tema do Projeto de Investigação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que todas as pessoas, em algum momento da sua vida, irão tomar medicamentos para prevenir ou tratar doenças, contudo existem falhas e/ou erros que acontecem no circuito do medicamento (OMS, 2022), sendo que após observação de relato de incidentes, foi possível encontrar algumas destas falhas e/ou erros surgindo o tema “Preparação e Administração Segura de Medicamentos de Alerta Máximo”.

Desta forma, o objetivo geral é executar uma análise crítica reflexiva sobre o processo formativo realizado ao longo das práticas clínicas e no restante curso de Mestrado, assim como identificar a importância do desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do EEEM-PCS e de Mestre em Enfermagem. Quanto aos objetivos específicos pretende-se expor as principais conclusões relativamente à revisão realizada; descrever o Projeto de Investigação desenvolvido; caracterizar os contextos de estágio; assim como realizar uma análise crítica do processo de desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas do EEEM-PCS e Mestre em Enfermagem.

Deste modo, o relatório está dividido em quatro capítulos. O primeiro compreende uma síntese da *scoping review* “As dificuldades dos enfermeiros na comunicação de más notícias” e o segundo capítulo aborda o Projeto de Investigação desenvolvido, relacionado com a preparação e administração de medicamentos de alerta máximo. Em seguida, o terceiro capítulo apresenta a descrição e apreciação dos contextos clínicos onde foram desenvolvidos os estágios. E, por fim, o quarto capítulo apresenta uma análise crítica reflexiva do processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do EEEM-PCS e de competências de Mestre em Enfermagem. O presente documento termina com uma breve conclusão sobre todo o percurso realizado, a apresentação das referências bibliográficas e alguns documentos elaborados no decorrer do processo de aprendizagem.

Este relatório foi elaborado de acordo com as normas *American Psychological Association*, 7ª edição, (2020), e está redigido em consonância com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1 AS DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NA TRANSMISSÃO DE MÁSS NOTÍCIAS

Segundo o Despacho n.º 9390/2021, melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados é um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. A sua eficácia é essencial para que a troca de informação seja segura entre profissionais de saúde e entre profissionais e a pessoa internada e respetiva família. Neste capítulo será apresentado um resumo da *scoping review*, bem como descrito, de forma sucinta, a teoria de médio alcance que fundamentou e orientou a prática realizada.

A comunicação em saúde, nos últimos anos, passou a ser objeto de investigação e a fazer parte das competências dos enfermeiros, sendo fulcral no cuidado à pessoa em situação crítica e sua família. Segundo o REPE, o enfermeiro é "...o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidades..." (OE, 1996, p.3), estando desta forma, o mesmo, presente em vários momentos de comunicação de informações em saúde.

Segundo a Lei nº 15/2014, artigo nº 7, a pessoa tem direito a ser informada sobre a sua situação de saúde, e esta informação deve ser prestada de forma acessível, objetiva, completa e inteligível (AR, 2014). O Código Deontológico do Enfermeiro, no artigo nº 1054, refere que o enfermeiro tem o dever de informar o doente e família relativamente aos cuidados de prestados, e de responder e explicitar todas as dúvidas existentes relacionadas com os cuidados de enfermagem (OE, 2015).

As más notícias são descritas como qualquer informação que produza uma alteração negativa nas expectativas da pessoa sobre o seu presente e futuro (Buckman, 1984). Estas podem englobar um diagnóstico severo, uma incapacidade ou perda funcional, um tratamento doloroso ou uma intervenção cirúrgica. Frequentemente, as más notícias estão associadas à existência de um diagnóstico reservado ou falecimento de uma pessoa (Pereira, 2008).

A morte é considerada uma transição, pelo que se recorreu aos pressupostos da Teoria das Transições de Afaf Meleis, cujo objeto de estudo são as respostas humanas aos processos de

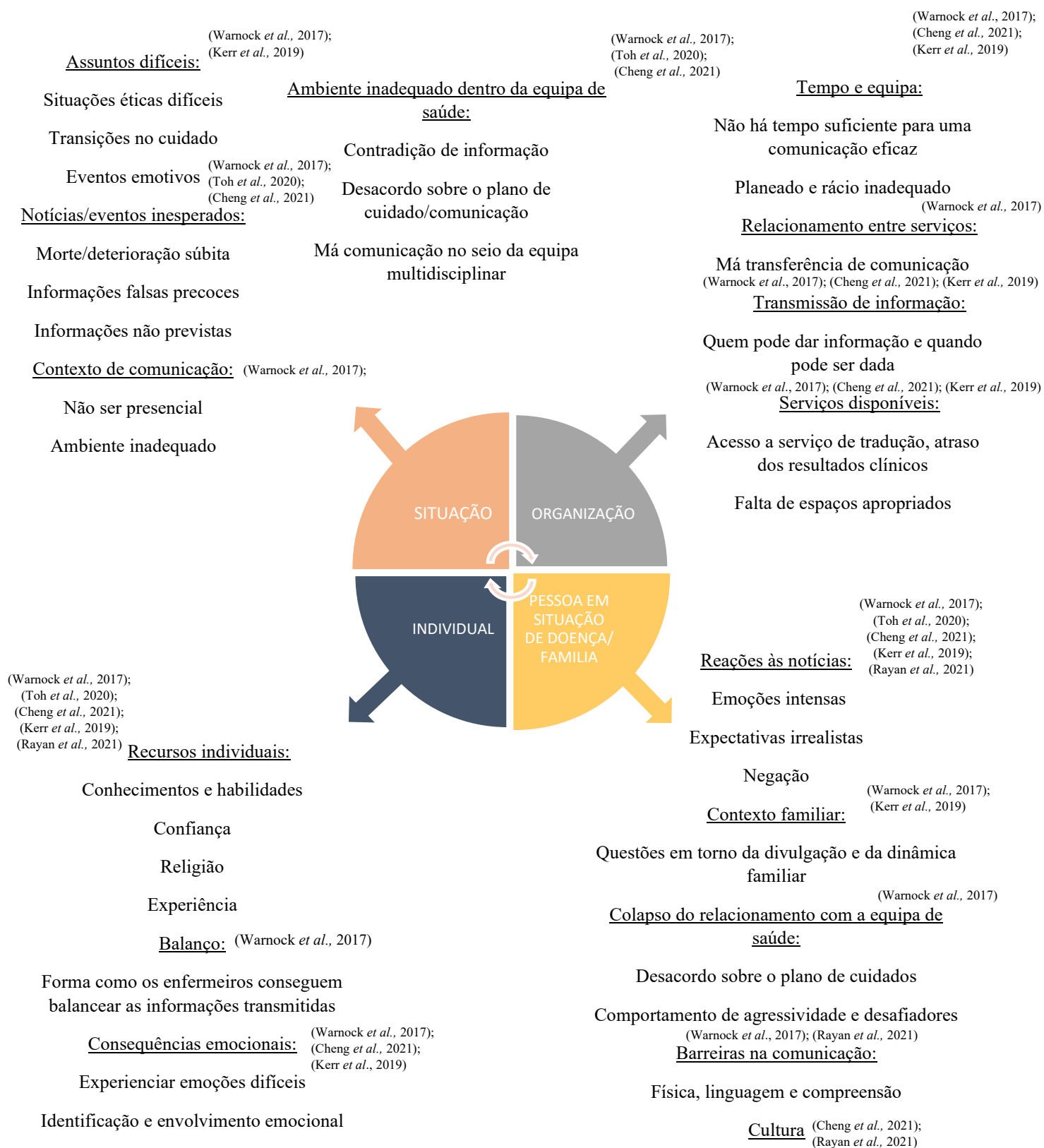
desenvolvimento ou eventos significativos que exigem a transição de um estado instável para um estado estável (Meleis, 2012).

Os critérios de inclusão são todos os estudos que respondam à questão “Quais as dificuldades dos enfermeiros na comunicação de más notícias” no contexto pré e intra hospitalar.

Esta revisão foi realizada por dois investigadores e seguiu a metodologia padronizada pela *Joanna Briggs Institute*, onde foram utilizados os motores de busca, *PubMed* e *EBSCHost*. Os termos utilizados foram: *nurs* AND breaking bad news AND difficulties* para as bases de dados *MEDLINE Complete*, *CINAHL Complete*, *Academic Search Complete*. Para a *PUBMed* foram usados os termos *nurs* AND breaking bad news*. A pesquisa foi realizada entre julho e setembro de 2022, e foram selecionados os estudos disponíveis *online* durante o período temporal 2017-2022 em Português, Inglês e Espanhol, disponíveis de forma integral.

Após a leitura do título, *abstract*, aplicação dos critérios de inclusão e leitura do texto integral foram selecionados 5 artigos científicos para a construção da revisão. Um dos artigos foi utilizado como ponto de partida para a discussão dos resultados, por ser o que apresentava os resultados mais completos e de forma mais simplificada. A Figura 1 esquematiza os resultados da pesquisa.

Figura 1 – Esquematização dos resultados



Tendo em conta os resultados dos artigos obtidos verificou-se que as maiores dificuldades sentidas pelos enfermeiros estão relacionadas com os recursos individuais do profissional, ou seja, com o seu conhecimento/habilidade relativamente à comunicação de más notícias, a sua religião e a sua experiência. No entanto, a reação dos familiares às notícias, isto é, a gestão de emoções intensas, expectativas irrealistas e a negação, constituem, também, um desafio ao desempenho dos mesmos.

Para além disso, foram expostas dificuldades ao nível de notícias/eventos inesperados, associadas à morte ou deterioração súbita e a informações falsas precoces, bem como ao nível das consequências emocionais, ou seja, o experienciar emoções difíceis e o envolvimento emocional que pode acontecer. Encontra-se ainda, relatos de dificuldades em relação à transmissão de informação, isto é, quem pode dar a informação e quando pode ser dada, considerando as questões éticas, assim como os serviços disponíveis, como a falta de serviços de tradução ou a falta de espaços apropriados.

Os autores salientam também como dificuldades o contexto familiar (questões em torno da divulgação e da dinâmica familiar); as barreiras na comunicação (físicas, linguagem, compreensão); a cultura; os assuntos difíceis (situações éticas difíceis e eventos emotivos); bem como, os contextos de comunicação (ser não presencial ou num ambiente inadequado).

Por último, foram explanadas dificuldades relacionadas com o balanço, isto é, a forma como os enfermeiros conseguem balancear/gerir as informações transmitidas, e ainda com o relacionamento entre serviços, ou seja, quando a transferência na comunicação não é realizada corretamente. Não obstante foram ainda referidas dificuldades relacionadas com o colapso do relacionamento com a equipa de saúde associado ao desacordo sobre o plano de cuidados e a existência de comportamentos agressivos e desafiadores.

Em jeito de conclusão, foi possível perceber diversas dificuldades dos enfermeiros na comunicação de más notícias, que foram divididas em 4 fontes (situação, individual, organização e pessoa em situação de doença/família), sendo condicionadas pelos múltiplos fatores supracitados. Considerando as recomendações de alguns autores, é fulcral a aquisição de competências na área da comunicação de más notícias e na ética, através da formação individual e em equipa, de modo a colmatar as dificuldades individuais, assim como as relacionadas com a organização dos próprios serviços.

1.1 Teoria das Transições Afaf Meleis

A teoria de médio alcance desenvolvida por Meleis *et al.* (2000), designada Teoria das Transições, refere que as pessoas/família vivenciam processos intitulados de transições, pela influência que exercem na vida pessoal, familiar ou social dos mesmos. A teoria é constituída pela natureza das transições, fatores facilitadores e inibidores das mesmas, pelos padrões de resposta e intervenções ou terapêuticas de enfermagem.

Meleis (2010) definiu transição como um processo de passagem entre estados razoavelmente estáveis desencadeados por uma mudança, tendo em conta que todos os tipos de mudanças podem desencadear oportunidades de melhoria ou vulnerabilidade. As transições requerem que os indivíduos integrem novos conhecimentos, modifiquem comportamentos e definam as suas necessidades internas e externas o que influencia o seu estado de saúde.

As transições podem ser de diversos tipos: desenvolvimentais, que se relacionam com mudanças no ciclo vital; situacionais, que estão relacionadas com alterações de papéis; organizacionais, que se relacionam com o ambiente, mudanças sociais, políticas e económicas e de saúde/doença, que resultam numa alteração entre um estado de saúde e um estado de doença, que pode ser aguda ou crónica.

As dificuldades sentidas pelos enfermeiros na transmissão de más notícias podem ser despoletadas por qualquer destes tipos, sendo as mais frequentes as do tipo saúde/doença. Em contrapartida, os familiares vivenciam maioritariamente transições do tipo situacional.

A natureza das transições pode apresentar diferentes padrões, ou seja, simples ou múltiplas; sequenciais ou simultâneas; relacionais ou não relacionadas entre elas; são complexas, multidimensionais e possuem propriedades essenciais à experiência de transição, como a consciencialização, empenho, mudança e diferença, espaço temporal da transição, eventos e pontos críticos (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010). Enquanto a consciencialização da transição não acontecer, significa que a experiência dessa transição não foi iniciada, pois encontra-se relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento da mesma. O empenho, manifestado pela procura de informações e proatividade, está relacionado com o processo de transição, pois o indivíduo só pode envolver-se depois de se consciencializar das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais. As transições levam a mudanças, por esse motivo é importante identificar os seus significados, tendo em conta as expectativas pessoais, familiares e sociais. As mudanças podem ser influenciadas pelo desequilíbrio ou eventos críticos que potenciam alterações na perceção, identidade, relações e rotinas do

indivíduo (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010). O espaço temporal também caracteriza as transições, desde os sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança e estendem-se a períodos de instabilidade, confusão e *stress* até findar, onde é atingida novamente a estabilidade. No que respeita aos eventos críticos, estes estão na sua maioria relacionados com a consciência de mudança e com a experiência de transição, podendo ocorrer em momentos como o nascimento, a morte ou o diagnóstico de doença. Estes pontos de viragem, por serem períodos de maior vulnerabilidade para a pessoa, exigem do enfermeiro conhecimento, experiência e atenção para apoiar no autocuidado, para cuidar e ser parte integrante do processo de transição (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010).

O processo de transição tem elementos que o facilitam ou dificultam e que são descritos como condições da transição. Estas podem ser pessoais, da comunidade ou da sociedade. As condições pessoais constituem os significados atribuídos a eventos que precipitam estas transições, as crenças e atitudes que se encontram relacionadas com a expressão de emoções, sendo que as condicionantes da sociedade e comunidade incluem o apoio familiar, a representação social e os estereótipos (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010).

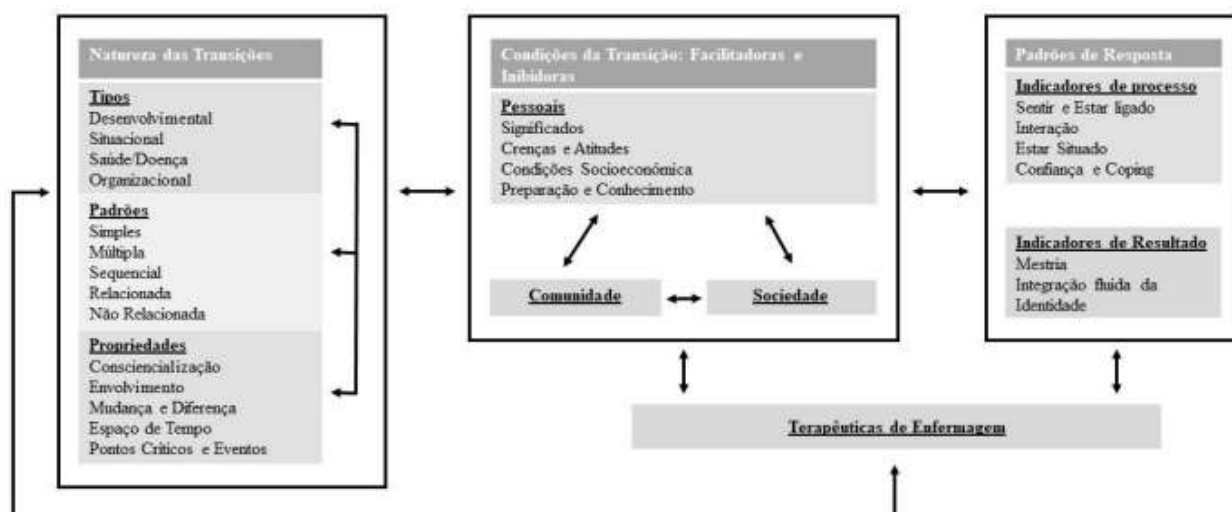
Desta forma, uma transição saudável é influenciada por padrões intrínsecos à pessoa, que se relacionam com os indicadores de processo e indicadores de resultado. Os indicadores de processo estão relacionados com as redes de apoio, interação com outros indivíduos na mesma situação ou com profissionais de saúde para adequar comportamentos de resposta, desenvolvimento de confiança e estratégias de *coping*, utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para ultrapassar a transição. No que respeita aos indicadores de resultado, estes referem-se ao domínio de novas competências (mestria) e à reformulação de identidade (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010).

De modo a promover tal processo de transição, com foco na prática de enfermagem humanizada, holística e técnico-científica, o enfermeiro é responsável por determinar o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e da sua família em todo o ciclo vital, tendo em conta que as adaptações e as dificuldades sentidas geram sentimentos de instabilidade e insegurança e são diferentes para os diversos indivíduos. As intervenções de enfermagem são assim, uma ação contínua ao longo de todo o processo de transição, auxiliando quem a vivencia com conhecimento e desencadeando respostas positivas às mesmas para garantir o bem-estar. Desta forma e à luz da teoria é importante referir que as intervenções de enfermagem constituem o suporte de todo o processo (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010).

Na maioria das vezes os enfermeiros são os principais cuidadores das pessoas e das suas famílias durante o processo de transição, preparando e facilitando a aprendizagem de novos conhecimentos e competências relacionados com mudanças necessárias. Contudo, os cuidados de enfermagem só são possíveis na relação e interação entre o enfermeiro e as pessoas (Meleis, 2010; Barimani *et al.*, 2017), o que pressupõe uma comunicação eficaz.

A Teoria das Transições tem definida uma metodologia que permite compreender, sintetizar e avaliar as interações entre os vários elementos que compõem a transição. A metodologia foi concebida tendo por base os conceitos centrais definidos e explorados anteriormente, como a natureza das transições, condições facilitadoras ou inibidoras da transição e padrões de resposta, relacionando com as terapêuticas ou intervenções de enfermagem, apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Representação da Teoria das Transições



Fonte: Traduzido e adaptado de Meleis *et al.* (2000); Meleis (2010)

Após a breve fundamentação apresentada e reportando para a *scoping review*, a abordagem da Teoria das Transições de Afaf Meleis torna-se então pertinente e adequada.

A prática clínica desenvolvida foi norteadada neste modelo teórico, uma vez que como referem Santos *et al.*, (2018) a prática de enfermagem e a autonomia profissional consolidam-se no saber próprio da profissão, e esse “saber” relaciona-se com o “ser”, e é sustentado pelas teorias de enfermagem. Para tal, os autores referem que o enfermeiro deve ter a capacidade de reconhecer os significados conceituais das teorias de enfermagem desde o início da sua formação, contribuindo para dar sentido à sua prática assistencial. Esta possibilita a

diferenciação na construção do raciocínio e do julgamento clínico, a escolha das melhores intervenções de enfermagem e a identificação dos fenómenos pelos quais é responsável (Santos *et al.*, 2018), isto é, a presença desta consciência desde a formação inicial permite que a prática clínica seja desde o início assente numa teoria de enfermagem e numa reflexão diária das intervenções.

2 PROJETO DE INVESTIGAÇÃO “PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS DE ALERTA MÁXIMO”

O presente projeto de investigação (Apêndice I) surge no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” num hospital da região de Lisboa entre 5 de setembro e 26 de outubro de 2022 no GSD.

Em 2017 a OMS lançou o seu terceiro desafio global em segurança do doente: Medicação sem danos. Em consonância com essas orientações, o Despacho nº 9390/2021 publicou o novo Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026, o qual refere que a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade nos sistemas de saúde modernos. Desta forma, torna-se fundamental a implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais evitáveis, conduzindo a ganhos em saúde.

A Direção Geral de Saúde (DGS) refere que os medicamentos de alerta máximo ou alto risco são medicamentos que possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização. Assim, torna-se fundamental reforçar a utilização sistemática de estratégias de segurança como a dupla verificação independente (DGS, 2015). Para isso, recomenda-se que as instituições desenvolvam estratégias e, que implementem medidas que minimizem a ocorrência de erros com este tipo de medicamentos.

No hospital onde se realizou o projeto constatou-se a existência de múltiplos procedimentos multissetoriais relativamente à medicação, nos quais os profissionais de saúde devem basear as suas práticas. Contudo, percecionou-se, através da análise dos relatos de incidentes realizados no aplicativo de notificação de incidentes do hospital, falhas e riscos que acontecem no circuito do medicamento, assim como uma subnotificação nesta tipologia de incidente. Deste modo, pretendeu-se observar as práticas na preparação e administração de medicamentos de alerta máximo na área da Medicina, tendo como objetivo desenvolver um Projeto de Melhoria Contínua para a adoção de práticas seguras.

Os aspetos éticos foram garantidos através do fornecimento do termo de consentimento livre e esclarecido aos enfermeiros observados e, em nenhum momento foi realizada a identificação do doente e/ou profissionais intervenientes. O protocolo deste estudo foi

submetido ao Centro de Investigação, Comissão de Ética para a Saúde e Conselho de Administração, que ainda aguarda parecer. Deste modo foi possível apenas desenvolver alguns dos materiais e algumas ações, sendo um projeto que se pretende dar continuidade.

O objetivo geral deste projeto é contribuir para a melhoria contínua da qualidade sobre as práticas na preparação e administração segura de medicamentos de alerta máximo, cujos objetivos específicos são: 1) estabelecer um diagnóstico situação/problema sobre as práticas na preparação e administração segura dos medicamentos de alerta máximo; 2) observar as práticas na preparação e administração desses mesmos medicamentos; 3) identificar oportunidades de melhoria na preparação e administração de medicamentos de alerta máximo.

Para a concretização dos mesmos foi utilizada uma metodologia transversal, quantitativa e descritiva. Numa primeira fase a recolha de dados iniciou-se pela observação da preparação e administração dos medicamentos de alerta máximo com o preenchimento de uma *checklist* pré-concebida. Seguidamente, elaborou-se uma base de dados (Apêndice II) com diferentes variáveis, tanto na validação como na administração destes medicamentos, e colocaram-se os dados recolhidos nessa mesma base de dados. A segunda fase seria a análise dos resultados obtidos, que não foi possível concretizar, devido ao reduzido tempo deste estágio. Por este mesmo motivo algumas medidas promotoras também ainda não foram desenvolvidas.

No que concerne às medidas promotoras desenvolvidas como a síntese do procedimento multisectorial de administração de medicamentos e gestão de medicamentos de alerta máximo foi elaborado um cartaz (Apêndice III). Quanto ao procedimento relativo às orientações para a rotulagem no armazenamento dos medicamentos foi realizada a monitorização e atualização dos rótulos (Apêndice IV) e, foi ainda, desenvolvido um cartaz com os medicamentos de alerta máximo mais usados naquela unidade (Apêndice V). Foi concebida uma rúbrica com o tema “12 Certos na preparação e administração de medicamentos” (Apêndice VI) que foi publicada na rúbrica semanal do hospital. Relativamente à divulgação dos resultados, foi realizada uma sessão informativa com os dados já recolhidos à equipa do GSD e também foram apresentados numa ação de formação sobre “Segurança na Preparação e Administração de Medicamentos” (Apêndice VII).

3 CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

Neste percurso de aquisição do grau de Mestre em Enfermagem na área de especialização da pessoa em situação crítica aconteceram vários momentos de prática clínica, dando enfoque aos que se realizaram no âmbito da unidade curricular “Estágio final e Relatório”.

A OE refere que perante a exigência e complexidade de conhecimentos, práticas e contextos, a crescente diferenciação das áreas de conhecimento em enfermagem é notória, sendo de extrema importância o desenvolvimento e certificação de competências, de forma a responder adequadamente às necessidades e expectativas de cuidados de saúde da população (OE, 2019).

Desta forma, estes períodos de prática clínica são cruciais para a aquisição de competências, como a autonomia, a iniciativa, o comprometimento, a criatividade e o poder de tomada de decisão, permitindo a mobilização de conhecimentos apoiados num pensamento crítico-reflexivo. Neste capítulo será feita uma breve descrição dos contextos clínicos, revelando características gerais da instituição, uma descrição específica do serviço, da equipa e da organização das atividades.

3.1. Gabinete de Segurança do Doente

A unidade curricular “Estágio final e Relatório” tem 360 horas de contacto em contexto clínico, no entanto dividiu-se em dois locais de estágios diferentes, sendo um deles o GSD correspondendo a 180 horas de contacto. Decorreu num centro hospitalar de Lisboa no período decorrido entre 5 de setembro e 26 de outubro de 2022. A decisão de realizar este estágio neste local deveu-se à possibilidade de desenvolver competências de pesquisa e mobilização de evidência científica, capacidade de diagnóstico e juízo clínico, de comunicação e fundamentação de raciocínio.

O GSD é uma estrutura de apoio do Conselho de Administração, integrando o Sistema de Qualidade e Segurança deste centro hospitalar, e participa na Comissão de Qualidade e Segurança. Atualmente, o GSD conta com uma equipa multidisciplinar constituída, nomeadamente, por seis enfermeiras que desenvolvem funções a tempo exclusivo e seis em tempo parcial, quatro médicos e dois técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica. Para além destes elementos, tem uma rede de interlocutores nas áreas clínicas e não clínicas, contando com mais de 400 profissionais do centro hospitalar.

A estratégia de segurança do doente neste centro hospitalar “visa contribuir para a deteção, prevenção e controlo de fatores de risco, de forma a desenvolver sistemas de trabalho, práticas e instalações mais seguras” (CHULC, 2022). Para isto, a equipa desenvolve a sua atividade com base nos vários desafios da OMS e no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes da DGS integrando dimensões como: Cultura de Segurança no 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 Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde; e Sistema de Relato de Incidentes. Deste modo, os riscos podem ser reduzidos e controlados assumindo os valores que orientam as práticas seguras na área de gestão do risco e segurança do doente (CHULC, 2022).

Este centro hospitalar integra um Projeto-piloto coordenado pela DGS “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde” (Despacho nº 6430/2017) onde foram definidas seis áreas prioritárias: 1) Promoção da higiene das mãos; 2) Segurança Cirúrgica; 3) Segurança na Utilização da Medicação; 4) Prevenção de Quedas; 5) Prevenção de Úlceras de Pressão; 6) Prevenção de Infecções e de Resistência aos Antibióticos.

Assim, o GSD desenvolve a sua estratégia de segurança do doente com base nestes pressupostos e iniciativas promovidas pela OMS e pela DGS implementando mecanismos que permitem avaliar o progresso em segurança do doente; trazer a evidência para a prática clínica; avaliar e melhorar a cultura de segurança e comunicação; identificar, analisar e mitigar os riscos e os incidentes com dano a nível local, institucional e na comunidade e avaliar as características da organização que se associam positiva ou negativamente com os objetivos de segurança estabelecidos (CHULC, 2022).

A sua implementação prevê o envolvimento de todos os profissionais, dos doentes e das famílias, e uma cultura aberta, centrada no doente e com liderança eficaz na promoção da qualidade e segurança, sendo que desenvolvem atividades como:

- ✓ O estabelecimento, no mínimo anual, de objetivos prioritários na melhoria da segurança do doente e a monitorização de medidas de processo e resultado que permitam avaliá-los;
- ✓ Colheita e análise de dados relacionados com a segurança:
 - Relatos de incidentes de segurança do doente;
 - Vigilância e controlo de infeção;

- Vigilância da segurança das instalações;
 - Sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança dos doentes;
 - Visão e sugestões dos doentes e famílias sobre a melhoria da segurança.
- ✓ Avaliação do risco:
 - Identificação e análise dos processos de cuidados de alto risco;
 - ✓ Abordagem sistemática e revisão dos indicadores clínicos relacionados com a segurança do doente;
 - ✓ Elaboração de plano de intervenção após a ocorrência de evento adverso grave incluindo comunicação e apoio físico e psicológico ao doente e família afetados e apoio emocional aos profissionais envolvidos.

(CHULC, 2002)

3.2 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A segunda parte da unidade curricular “Estágio final e Relatório” decorreu numa unidade de internamento com tipologia UCI Polivalente, nível III, no mesmo centro hospitalar, correspondendo às restantes 180 horas.

A medicina intensiva é uma área diferenciada das ciências médicas que aporta a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentem falência de uma ou mais funções vitais (ACSS, 2017).

No que respeita à equipa de enfermagem deste serviço, esta é constituída por cerca de 115 pessoas, 30 das quais especialistas (20 em enfermagem médico-cirúrgica, 8 em reabilitação e 1 em saúde mental). Ao nível da gestão, para além da enfermeira chefe, existem quatro elementos de apoio à gestão que se encontram em horário fixo em dias úteis. A restante equipa de enfermagem presta cuidados aos doentes e está distribuída em 5 equipas em horário rotativo, assegurando a distribuição de um enfermeiro por cada duas pessoas de nível III, excetuando os que encontram com doentes conectados a *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), em que o rácio é diferente por haver maior complexidade de cuidados. Para além destes, existe ainda, profissionais com formação específica, escalados em turnos rotativos, responsáveis por resgatar pessoas conectadas a ECMO, independentemente do hospital que faça essa referenciação, de modo a garantir a continuação de cuidados nesta UCI.

Cada equipa possui quatro elementos que podem assumir funções de chefe de equipa, sendo que em cada turno dois desses elementos assumem essas mesmas funções, ficando responsáveis pela gestão de recursos humanos e materiais, organização do serviço e apoio a procedimentos e situações complexas que possam existir. A equipa de enfermagem trabalha em parceria com a equipa de assistentes operacionais, que exerce funções igualmente em horário rotativo e, encontram-se inseridos numa vasta equipa multidisciplinar. Esta última engloba, nomeadamente: equipa médica, maioritariamente das especialidades de Medicina Interna e Medicina Intensiva, mas suportados por outras especialidades sempre que necessário, e, dois fisioterapeutas em dias úteis, no período da manhã, e ao fim de semana e feriados por um fisioterapeuta que garante o tratamento a pessoas referenciadas.

Quanto ao funcionamento, a UCI tem 22 camas, sendo que no momento do estágio eram todas de nível III, porque se encontrarem em modificações nas infraestruturas da unidade. Estas vagas podem ser convertidas em nível III ou I, de acordo as necessidades e com os recursos humanos disponíveis. Duas destas camas são exclusivas para doentes com covid19.

O internamento divide-se em 5 quartos, quatro dos quais possuem 4 camas e um possui entre 5 a 6 camas. Existem duas salas, uma delas reservada para a admissão de pessoas através do programa de *Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation*, onde a pessoa é admitida em paragem cardiorrespiratória (PCR), acompanhada pela equipa de emergência pré-hospitalar e durante as manobras de Suporte Avançado de Vida (SAV). A outra sala é utilizada apenas para realização de técnicas de substituição da função renal, onde se deslocam as pessoas que se encontram no serviço de urgência, ou pessoas internadas neste hospital que não apresentem estabilidade clínica para se descolar ao serviço de hemodiálise do centro hospitalar, que é localizado noutra hospital. Nos dias úteis, a esta sala, está alocado um enfermeiro em tempo permanente, nos restantes turnos é assegurada habitualmente pelo segundo elemento chefe de equipa. Nesta UCI são, ainda, realizados determinados procedimentos, como a colocação de eletrocatéter de emergência ou colocação de pacemaker realizados a pessoas que recorram ao Serviço de Urgência Geral (SUG) e em que seja identificada esta necessidade, sendo a equipa multidisciplinar da UCI responsável por assegurar estes cuidados.

4 ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O Regulamento nº 140/2019 refere que o enfermeiro especialista é aquele “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, e foi-lhe atribuído nos termos do disposto na alínea i) do nº 3 do artigo 3º do Estatuto da OE, em conjunto com o Regulamento nº 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 40º do Estatuto da OE.” (OE, 2019a, p.4744).

A atribuição do título de enfermeiro especialista presume a aquisição e validação das competências expressas em cada um dos regulamentos específicos, sendo que, neste caso importa realçar o Regulamento nº 429/2018, assim como a aquisição de competências comuns a todas as áreas de especialidade.

No que toca ao grau de mestre, o enfermeiro tem de: demonstrar um aprofundamento ao nível do seu conhecimento do primeiro ciclo de qualificação; saber aplicar os conhecimentos e ter capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações diversas não familiares relacionadas com a área de estudo; deter a capacidade para integrar os conhecimentos com vista ao desenvolvimento de soluções para os problemas complexos identificados; comunicar as conclusões, os conhecimentos e os raciocínios de forma clara e deter as competências que lhe permitissem uma aprendizagem prolongada de forma autónoma e auto-orientada (Decreto-Lei n.º 65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

A aquisição e desenvolvimento de competências é um processo de aprendizagem caracterizado pela mobilização de conhecimentos para a prática clínica, refletindo-se em mudanças no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados. Assim, neste capítulo pretende-se refletir sobre este processo, tendo por base as competências descritas no Regulamento nº 140/2019, no Regulamento nº 429/2018 e, ainda as de grau de Mestre descritas no Decreto – Lei nº 65/2018. Para o processo supracitado contribuíram as experiências vivenciadas ao longo do ensino clínico, assim como a participação em múltiplos eventos. Importa, por fim,

realçar que no início de cada estágio foram elaborados projetos de estágio (Apêndice VIII e Apêndice IX), com intuito de orientar a prática clínica ao longo de todo o percurso.

Seguidamente, ao longo deste capítulo, considerando a transversalidade das competências de Mestre em Enfermagem com as competências comuns do enfermeiro especialista, optou-se por abordá-las em simultâneo.

4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem

É inerente a qualquer uma das áreas de especialidade em enfermagem que existem competências comuns à atuação de todos os enfermeiros e aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados. Assim, estas competências estão organizadas em quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e as aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

A profissão de enfermagem é autorregulada pela Deontologia Profissional que detém todos os princípios ético-legais e deontológicos a cumprir no exercício da profissão, um instrumento fundamental para o agir profissional (OE, 2015).

- **Competências comuns do enfermeiro especialista**

“A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (OE, 2019a, p.4745).

- **Competências de Mestre em Enfermagem**

c) Capacidade para integrar 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 (Decreto-Lei n.º 65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

A profissão de enfermagem é uma profissão autorregulada, regendo-se pelas bases legais descritas no REPE (OE, 1996) e também pela Deontologia Profissional, publicada nos Estatutos da OE, artigos 95º ao 113º (OE, 2015). Torna-se igualmente importante referir os conteúdos teóricos lecionados na unidade curricular de Ética em Enfermagem e Direito da

Saúde, que também contribuíram para o entendimento e enquadramento das diversas dimensões da responsabilidade intrínseca ao exercício profissional.

Os cuidados à pessoa em situação crítica são habitualmente prestados em contexto de grande complexidade, e por vezes o foco é centrado na manutenção e/ou substituição de funções vitais, habitualmente num local com inúmeros equipamentos e alarmes sonoros. Tudo isto põe em causa a autonomia da pessoa, e leva ao sentimento de fragilidade motivado pela condição de saúde vulnerável. Estas situações podem causar na pessoa o sentimento de que o seu corpo é tratado como um objeto, desprovido de identidade, como por exemplo, a necessidade de substituir a totalidade do seu vestiário por roupa hospitalar. Nestes momentos através do diálogo, procurou-se ouvir os receios e sentimentos da pessoa, e dar respostas às suas decisões e vontades, sempre que possível.

A comunicação foi utilizada como estratégia terapêutica possibilitando a transmissão de segurança e de promoção de um ambiente com cuidados seguros, permitindo uma transição saúde/doença saudável. Em situações em que o diálogo não foi possível, houve sempre em consideração a privacidade da pessoa, promovendo o respeito pela dignidade humana. Em relação à sala de emergência do SUG, houve situações em que a pessoa é admitida inconsciente, não sendo possível apurar as vontades e decisões. Em algumas destas situações efetuou-se a consulta do portal RENTEV – Registo Nacional de Testamento Vital, de forma a apurar a existência de alguma Diretiva Antecipada de Vontade ou Testamento Vital, garantindo o respeito pela autonomia da pessoa.

O Artigo 99.º, do Código Deontológico, refere que as “intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015, p. 77).

Em todos os contextos da prática clínica existiram inúmeras situações complexas de prestação de cuidados alvo de reflexão com as enfermeiras orientadoras. Alguns dos acontecimentos foram discutidos em equipa multidisciplinar, principalmente em momentos de discordância sobre algumas decisões, como por exemplo a obstinação terapêutica *versus* uma abordagem paliativa. A reflexão ética sobre esta dualidade de ideias trouxe à discussão a dicotomia entre os princípios da beneficência e da não-maleficência. Assim, nestes momentos de discussão multidisciplinar tornou-se possível a partilha da opinião fundamentada e, conseqüentemente, a responsabilidade na tomada de decisão, tornando-se assim importante o enquadramento da deontologia profissional.

Em contexto de UCI houve necessidade de transmitir más notícias aos familiares da pessoa internada. Estes são momentos vulneráveis, onde para além do transversal respeito pela dignidade humana, denota-se a importância de uma comunicação assertiva e empática com a família da pessoa, bem como o fornecimento de suporte emocional, sendo estes, importantes marcos para um processo de transição e de luto saudáveis.

O sentido da responsabilidade dos profissionais aumenta em situações críticas e de emergência, exigindo decisões de elevada complexidade em curtos espaços de tempo, priorizando aspetos que têm por objetivo a preservação da vida ou restabelecimento de funções vitais (Nunes, 2015). Desta forma, o enfermeiro especialista procura constantemente uma reflexão ética profunda sobre cada situação, para que se sinta cada vez mais preparado para a tomada de decisão ética em situações de emergência.

A participação no projeto de investigação supramencionado implica o consentimento livre e esclarecido dos participantes, aquando da colheita de dados (Apêndice I). Desta forma, foi garantida a preservação de dados e anonimato dos participantes. À Comissão de Ética para a Saúde, Centro de Investigação e Conselho de Administração do hospital também foi solicitada uma autorização para a realização desse mesmo projeto.

Após o explanado, considera-se que as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, bem como a competência de Mestre referida anteriormente, foram adquiridas.

- **Competências comuns do enfermeiro especialista**

“B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.” (OE, 2019a, p.4745).

- **Competências de Mestre em Enfermagem**

b) Saber aplicar os seus 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. (Decreto-Lei n.º 65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

Os sistemas de qualidade implementados pela OE (2001) estabeleceram os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que pretendem a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, e conseqüentemente a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Por este motivo a sua consulta foi importante para orientar a prática clínica. No Despacho nº 9390/2021 relativo ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, o quinto pilar refere que “o contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos, daí a reconhecida importância que este representa para os resultados em saúde, nomeadamente no que respeita à qualidade e segurança.” (Despacho nº 9390/2021, p. 102). A OMS (2021) publicou o *Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Zero Patient Harm in Health Care* onde se percebe a qualidade como indissociável da segurança dos cuidados prestados. Importa ainda destacar, a importância da unidade curricular Gestão de Serviços de Enfermagem na transmissão do conhecimento e entendimento destas estratégias.

Em todos os estágios, na fase inicial, procurou-se conhecer a estrutura física, valências, protocolos, assim como projetos em desenvolvimento. Tudo isto foi facilitador para a integração nas práticas implementadas e garantiu a qualidade e segurança do trabalho realizado. Através da *intranet* do centro hospitalar existiu a possibilidade de consultar os seus planos, procedimentos e protocolos. Este centro hospitalar possui uma Comissão da Qualidade e Segurança do Doente que pretende, através dos vários gabinetes e grupos, inclusive o GSD, implementar diversas normas e protocolos que garantem cuidados seguros.

Na prestação de cuidados e no exercício da profissão de Enfermagem, o enfermeiro procura um ambiente seguro. A OE refere que num “ambiente de prática profissional de qualidade, as necessidades e objetivos dos enfermeiros são cumpridos e os doentes são assistidos na satisfação dos seus objetivos individuais de saúde” (OE, 2007, p.12). Assim, este ambiente influencia diversos fatores, nomeadamente a qualidade e segurança dos cuidados prestados. A OE afirma que “um ambiente de trabalho seguro é um pré-requisito para um ambiente favorável à prática” (OE, 2007, p.25).

Relativamente ao SU, o número de enfermeiros presente em cada turno é calculado com base no Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Uma dotação adequada de profissionais, assim como o seu nível de qualificação e de competências apresentadas, são importantes fatores para alcançar índices de segurança e de

qualidade nos cuidados de saúde para a população alvo e para a própria organização. O Regulamento nº 743/2019 diz que a composição da equipa do serviço de urgência, relativamente ao posto de triagem e salas de trauma deve ser assegurado preferencialmente por EEEMC-PSC, sendo que, no primeiro, o enfermeiro deve ter formação específica em Sistema de Triagem de Prioridade. Nos restantes setores, a equipa deve ser constituída por cerca de 50% de EEEMC-PSC e com formação de SAV (OE, 2019b).

Todos os contextos de estágio têm interesse na melhoria da qualidade dos cuidados. Existem grupos de trabalho sobre o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, que colaboram com o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA). Existem também grupos relacionados com a intervenção na prevenção de quedas, prevenção de úlceras por pressão, segurança cirúrgica, entre outros. No contexto de UCI, existem ainda grupos, relacionados com temas como gestão térmica na pessoa após PCR e cuidados à pessoa em ECMO. Todos estes grupos de trabalho têm na sua constituição pelo menos um elemento de cada equipa, para garantir que existe um elemento dinamizador em todas as equipas, para promover a implementação de boas práticas e esclarecimento de dúvidas que vão surgindo.

Quanto à segurança do doente, foram utilizadas estratégias que possibilitam a transição segura dos cuidados, nomeadamente através do registo das intervenções de enfermagem que foram realizadas, assim como a utilização da ferramenta ISBAR para realizar a passagem de turno. Esta ferramenta permite a “padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.” (DGS, 2017a, p.4).

O desenvolvimento do Projeto de Investigação (Apêndice I) “Preparação e Administração Segura de Medicamentos de Alerta Máximo” no âmbito do estágio no GSD, facilitou o desenvolvimento de competências neste domínio, uma vez que foi entendido e aceite como uma oportunidade de melhoria.

O acompanhamento dos enfermeiros supervisores de cada serviço foi importante para apoiar a aquisição de competências de gestão de equipa (equipa de enfermagem e equipa de assistentes operacionais) e articulação com a restante equipa multidisciplinar.

Todos os momentos de reflexão crítica com os enfermeiros supervisores ao longo dos estágios foram ricos para a aquisição de competências de EEEMC-PSC, permitindo a

mudança de comportamentos de hábitos e práticas já enraizadas, tanto na prática clínica, como em contexto de trabalho.

Desta forma, considera-se que as competências relacionadas com o domínio da melhoria da qualidade e competência de Mestre anteriormente referidas foram desenvolvidas e adquiridas.

- **Competências comuns do enfermeiro especialista**

“C – Domínio da gestão dos cuidados

C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa;

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.” (OE, 2019a, p.4745).

- **Competências de Mestre em Enfermagem**

d) Ser capazes 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 (Decreto-Lei n.º 65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

O enfermeiro especialista exerce um importante papel na gestão dos cuidados de saúde, e de forma a desenvolver as competências anteriormente referidas, optou-se por se proceder à observação, análise e reflexão das funções assumidas pelos responsáveis de turno/chefes de equipa. O seu acompanhamento foi fundamental para conhecer as dinâmicas dos serviços e contactar com tomadas de decisão de gestão de recursos humanos e materiais, assim como refletir se foram ou não adequadas a cada contexto e necessidade. Para além disso, foram ainda abordadas várias estratégias de gestão de conflitos.

Correia *et al.* (2020) referem que a comunicação é essencial, uma vez que perante situações adversas e de gestão de conflitos, uma comunicação aberta facilita a sua resolução, tendo os enfermeiros com funções de gestão uma forte influência nestas situações. O acompanhamento de vários enfermeiros em funções de chefia permitiu visualizar vários tipos de liderança, e, com todos eles, foi possível refletir sobre diferentes tomadas de decisão, que variaram de acordo com a situação, as necessidades, papéis e funções de cada membro da equipa. A sua presença constante junto da equipa de enfermagem e a sua postura de

sensibilização e motivação com o trabalho em equipa e com a partilha de ideias, dificuldades e possíveis erros, fomentam uma cultura de segurança e constante evolução profissional. A supervisão por parte dos enfermeiros chefes foi comum no dia-a-dia dos mesmos, desta forma conseguem garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Correia *et al.*, 2020).

Na UCI o enfermeiro responsável de turno é selecionado pela enfermeira gestora tendo em consideração o grau de especialização. Esta atribuição acontecia mais vezes aos enfermeiros especialistas ou enfermeiros peritos, pois possuíam mais experiência, competência e conhecimentos para o exercício destas funções. Benner (2001) descreve os enfermeiros peritos como os que têm capacidade de identificar respostas clínicas inesperadas e potenciais problemas e que, através de uma compreensão intuitiva, compreendem a situação no seu todo reagindo de forma rápida e eficiente.

A transmissão de informação entre enfermeiros chefes de equipa na UCI realiza-se apenas entre eles e com a enfermeira chefe do serviço e com os enfermeiros de apoio à gestão quando estão presentes. Nestas alturas é executada a transmissão de informação clínica sobre as pessoas internadas no serviço, como o plano previsto para cada uma (por exemplo: realização de exames, procedimentos invasivos, transferências) e informações relevantes quanto à gestão de recursos (por exemplo: avaria de equipamentos). São os momentos de transmissão de cuidados que permitem a qualidade dos cuidados e a diminuição de eventos adversos (DGS, 2017a). Após a passagem de turno, o enfermeiro chefe de equipa faz um levantamento das necessidades e uma breve avaliação das pessoas internadas, deslocando-se a cada uma das salas.

Tanto no SU como na UCI foi possível acompanhar diversos momentos de gestão de recursos materiais, assim como de gestão de camas e alocação de pessoas internadas, por alteração da necessidade de níveis de cuidados (do balcão macas para a sala de emergência, no caso do SU, ou de nível III para nível I, no caso da UCI) ou por necessidade de implementação de medidas de controlo de infeção. Em ambos os serviços, cabe ao enfermeiro chefe de equipa avaliar e garantir todos os recursos necessários para a segurança no transporte intra-hospitalar.

Relativamente à gestão de recursos humanos, o enfermeiro chefe de equipa tem ainda como função assegurar a manutenção de dotações seguras. A OE refere que “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 de saúde” (OE, 2014, p.30247).

Na UCI existem dois instrumentos de registo de carga de trabalho: o *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28) e o *Nine Equivalent Of Nursing Manpower Use* (NEMS). Ambos têm em consideração a gravidade da condição clínica da pessoa. Para além destes, existe ainda o *Nurse Activities Score* (NAS) que, sendo preenchida diariamente, contabiliza o tempo despendido pelas atividades de enfermagem nas últimas 24 horas, desde que a pessoa tenha sido admitida há pelo menos seis horas. Desta forma consegue-se perceber o volume de trabalho existente na UCI, bem como as necessidades dos enfermeiros.

A distribuição da carga de trabalho pode potenciar conflitos entre os elementos da própria equipa. Por este motivo, os enfermeiros responsáveis de turno baseiam-se num estilo de liderança e utilizam estratégias de gestão de conflito para resolver estas situações. Strapasson & Medeiros (2009) referem que a liderança transformacional se relaciona com a área da saúde e tem como características principais a motivação e a comunicação individual, de forma a perceber a importância de cada pessoa, assim como fomentar uma relação de confiança no trabalho. Desta forma, o líder transformacional atua em parceria com a equipa para atingir os melhores resultados.

Para além dos conflitos provocados pelo plano de distribuição de trabalho, também o *stress* inerente à prestação de cuidados e à carga de trabalho excessivo levam a conflitos que são geridos pelo enfermeiro responsável de turno, sentimentos possíveis de observar durante a prática clínica no SUG.

O processo de gestão de conflitos tem de ser aplicado com efetividade e precisa de seguir alguns princípios indispensáveis para o sucesso da situação: credibilidade, imparcialidade, ser conhecedor da situação, lealdade, flexibilidade nas suas atitudes, linguagem clara e confidencialidade. Deste modo, as estratégias de gestão de conflitos podem ser várias: confrontação (na tentativa de resolução de problemas através de uma abordagem frontal entre as pessoas); abrandamento (ênfata os interesses comuns e procura minimizar as diferenças entre os sujeitos); negociação (cada um cede uma parte integrante na medida em que se devem conciliar as diferenças); evitar o conflito (o gestor procura constituir equipas por afinidades de valores e crenças); retirada (o gestor evita o confronto em vez de o

enfrentar); peso de autoridade (a última palavra é referida por uma autoridade competente) (Spagnol *et al.*, 2010).

Nos diferentes estágios houve necessidade de delegar tarefas, e nestas situações existiu sempre supervisão e avaliação, respeitando o artigo 10º do REPE (OE, 1996), nestes momentos tornou-se imprescindível promover o trabalho entre a equipa multidisciplinar.

No estágio realizado no GSD, o planeamento das sessões de formação permitiu desenvolver competências de gestão e liderança, uma vez que era necessário articular-nos com a coordenação do serviço e, com os enfermeiros responsáveis pela área da formação, de modo a encontrar estratégias e datas adequadas para a realização das mesmas. Foi ainda necessário divulgar e promover a sessão de formação junto da equipa de enfermagem, e por último liderar a sua concretização. Relativamente ao Projeto de Investigação já explanado foi assumida a liderança no planeamento e execução.

Quanto à consolidação e desenvolvimento destas competências é importante referir também a mobilização de conhecimentos da unidade curricular Gestão de Serviços de Enfermagem. Tendo em consideração o exposto, as competências do domínio da gestão de cuidados bem como a de mestre referida, foram adquiridas.

- **Competências comuns do enfermeiro especialista**

“D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.” (OE, 2019a, p.4745).

- **Competências de Mestre em Enfermagem**

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

- i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
- ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei n.º 65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

A Lei nº 156/2015, de 16 de setembro, artigo 109º do Código Deontológico, refere que o enfermeiro deve “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”, e tem o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015, p. 8078). Ou seja, o enfermeiro deve ter conhecimento de si, das suas capacidades e limitações, por forma a refletir e evoluir profissionalmente.

“A auto-reflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroacção pelos outros permite-nos descobrir bastante bem quem nós somos, como somos e o que precisaríamos de fazer para melhor nos actualizarmos” (Phaneuf, 2005, p.177). A reflexão esteve sempre presente na *praxis* ao longo destes 3 anos de prática profissional, tendo sido despoletada através de várias formações em diferentes áreas.

O desenvolvimento de autoconhecimento e todo o processo reflexivo são importantes para o progresso e estabelecimento de relação terapêutica com a pessoa em situação crítica/família. Através do autoconhecimento, os enfermeiros reconhecem a sua vulnerabilidade pessoal desenvolvendo aptidões que os auxiliam neste processo (Pereira & Botelho, 2014).

A OE refere que o enfermeiro especialista deve ser “dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados” (OE, 2019a, p.4749). Surgiram situações ao longo dos estágios que levaram a pesquisas bibliográficas em bases de dados científicas sobre diversos temas, e ao esclarecimento de dúvidas com a equipa multidisciplinar. De realçar que no estágio na UCI, existiram dificuldades em prestar cuidados à pessoa em ECMO, pelo que se recolheu informação sobre esta temática (Apêndice X) de forma a sintetizar ideias e esclarecer dúvidas existentes.

Durante as unidades curriculares de “Enfermagem Médico-Cirúrgica” e “Patologia e Terapêutica”, também se adquiriram conhecimentos especializados dos conteúdos lecionados. Também as competências de pesquisa da evidência científica atual foram desenvolvidas na unidade curricular “Investigação em Enfermagem” e “Análise da Dados” e, neste seguimento, foi realizada em coautoria uma *scoping review*, com o título “As dificuldades dos enfermeiros na comunicação de más notícias”. Neste contexto, elaborou-se

um póster que foi exposto e publicado no contexto do V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Especializada: Uma voz para o humanismo (Anexo I). Esta revisão integrativa da literatura permitiu basear a prática em conhecimentos atuais, continuar a promover a disseminação da investigação e, deste modo contribuir para a promoção da prática baseada em evidência. Para o planeamento de sessões de formação foram importantes os conhecimentos adquiridos na unidade curricular Supervisão de Cuidados.

A formação e constante atualização dos profissionais é essencial no desempenho das suas funções e fundamental para a melhoria da qualidade dos serviços (Ortega *et al.*, 2015). Assim, a prática foi baseada na evidência mais recente, através da participação em inúmeras sessões de formação como:

- “2022 Dia Mundial da Segurança dos Doentes da OMS – Projecto ECHO” (Anexo II);
- “*Medication Without Harm – Supporting good medication medication practice in Nursing* – Projecto ECHO” (Anexo III);
- Evento Comemorativo do Dia Mundial da Segurança do Doente “Medicação Sem Dano” (Anexo IV);
- Cinco videoconferências “Medicação Sem Danos – Vamos falar sobre...” (Anexo V);
- Duas ações de formação sobre “Segurança na Identificação do Doente” (Anexo VI).

Para além das formações elaborou-se a rúbrica semanal “Segurança do Doente: da teoria à prática” com o tema “12 Certos na Preparação e Administração de Medicamentos” (Anexo VII), e houve a possibilidade de ser preletora na ação de formação “Segurança na Preparação e Administração de Medicamentos” com o tema “Preparação e Administração segura de medicamentos de alerta máximo – Relato de experiência” (Anexo VIII). Em complemento, participou-se também, no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Anexo IX) com a exposição de um póster científico sobre o tema da *scoping review* (Apêndice XI).

O enfermeiro especialista “interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.” (OE, 2019a, p. 4749). Desta forma, o conhecimento não pode apenas ser acumulado teoricamente, necessita de ser integrado e mobilizado para o contexto da prática clínica (Netto *et al.*, 2018). Assim, promoveram-se diversos momentos de discussão com os enfermeiros supervisores e com alguns enfermeiros de referência, nomeadamente peritos (Benner, 2001), sendo que todos eles contribuíram para a evolução do processo de aprendizagem. Ou seja, os momentos de reflexão crítica e de *feedback* com os enfermeiros supervisores permitiram potenciar as

capacidades e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. As transições organizacionais vividas na adaptação a novos contextos de estágio foram desafiantes, mas com as condições facilitadoras supracitadas, culminaram em transições saudáveis (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010).

Desta forma, tanto as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, como as competências de Mestre referidas foram adquiridas.

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

O Regulamento nº 140/2019, da OE, tem as competências específicas definidas como “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.” (OE, 2019a, p.4745).

Desta forma, a OE para além do regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, emitiu o Regulamento nº 429/2018, que regula as competências do EEEMC-PSC que estão agrupadas em três domínios: cuidado com a pessoa e/ou família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe; maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e da 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 (OE, 2018).

Partindo do que está definido nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica “os enfermeiros especialistas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica serão reconhecidos como elementos-chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica e ou falência orgânica (OE, 2017, p.11).

Foi realizada uma análise, reflexão e fundamentação relativamente às competências específicas do EEEMC-PSC.

- **Competências específicas do EEMCPSC:**

- 1- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018, p.19363).

A OE define:

pessoa em situação crítica aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2018, p.19362).

A teoria de Meleis *et al.* (2000) refere que todos os processos de transição envolvem mudanças que podem estar relacionadas com eventos críticos. Desta forma, o cuidado à pessoa que experiencia processos de transição é o centro da *praxis* clínica.

O enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica/família é responsável por vivenciar processos de transição complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica e mobilizar “conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (OE, 2018, p.19363).

O cuidado à pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é o centro da nossa atuação no contexto dos estágios, porém, estes também são momentos que surgem no âmbito da prática diária no local de trabalho.

Perante processos de instabilidade é importante detetar e responder de uma forma antecipatória. Uma das formas de resposta é a abordagem ABCDE que consiste numa avaliação transversal da pessoa, que procura a identificação de lesões e o tratamento segundo a prioridade atribuída. Tudo isto facilita a atuação do enfermeiro na avaliação sistematizada da pessoa em situação crítica, bem como a deteção precoce e priorização de eventuais problemas com a resolução dos mesmos. A avaliação é realizada da seguinte forma: A (*Airway*) – Vias Áreas com controlo da coluna cervical; B (*Breathing*) – Respiração e Ventilação; C (*Circulation*) – Circulação com controlo da hemorragia; D – (*Disability*) – Estado Neurológico; E (*Exposure*) – Exposição e controle da temperatura (Rodrigues,

Santana & Galvão, 2017). A mnemónica ABCDE permite realizar uma avaliação da pessoa em situação crítica completa e de forma rápida, diminuindo as perdas de tempo (Howard & Steinmann, 2011). Em todos os estágios foi transversal o uso desta ferramenta para a avaliação da pessoa, bem como para documentar os cuidados prestados nos registos de enfermagem. Para além disso, sendo esta uma prática rápida e eficiente nas intervenções realizadas e nos registos, foi igualmente adotada para prática clínica diária. Ou seja, para além de melhorar a prática dos cuidados prestados, aumenta a confiança e assertividade do enfermeiro perante uma abordagem à pessoa em situação crítica. Desta forma, ao longo do percurso académico e profissional foram desenvolvidas competências relacionadas com a prestação de cuidados à pessoa de elevada complexidade.

O défice de oxigénio no corpo humano predispõe a um quadro de “hipoxemia”, assim os enfermeiros são elos muito importantes tanto na antecipação destas situações através de sinais e sintomas da pessoa, bem como na intervenção a desenvolver após o quadro de hipóxia. No cuidado à pessoa em situação crítica, frequentemente assistimos a esta problemática, sendo necessária, por vezes, a ventilação mecânica invasiva (VMI). As causas de insuficiência respiratória que poderão levar a pessoa a necessitar de VMI podem ser: manter a via aérea permeável (por exemplo: alteração do estado de consciência originada por uma patologia ou induzida por sedação ou por obstrução da via aérea); oxigenação insuficiente (como a pneumonia, em que existe perfusão dos alvéolos mas não há ventilação); ventilação ineficaz (pode ser originada por múltiplos fatores, como o derrame pleural, pneumotórax, hemotórax ou traumatismo vertebromedular) (Howard & Steinmann, 2011).

A experiência do cuidado ao doente com VMI era reduzida e tanto no estágio do SUG como na UCI houve oportunidade de prestar cuidados a estes doentes. Inicialmente sentiu-se a necessidade de discutir esta temática com as orientadoras, assim como basear o conhecimento na evidência científica atual, através de uma pesquisa bibliográfica. Por ter sido uma dificuldade sentida, foi encarada como um desafio para a melhoria de competências. Deste modo foi possível melhorar a destreza na prática clínica, através da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica durante entubação orotraqueal (EOT), e posteriormente sob VMI. A prática clínica na UCI teve uma relevância maior para adquirir conhecimentos nesta área, visto que a maioria dos doentes se encontravam sob VMI. Posto isto, consideraram-se a aplicação do feixe de intervenções para a prevenção da pneumonia associada à intubação (DGS, 2017b), sendo possível aprofundar conhecimentos em relação

aos modos ventilatórios, de acordo com os objetivos terapêuticos estabelecidos para cada pessoa.

A alteração do estado de consciência na pessoa em situação crítica, pode ser causada por múltiplos fatores como: traumatismo, intoxicações ou alterações metabólicas. É, deste modo, importante realizar uma avaliação sistematizada da pessoa para se descobrir a causa inicial desta alteração. Para além disso, é necessária a monitorização do estado de consciência com recurso à Escala de Coma de Glasgow. Para além deste instrumento, a avaliação do nível de sedação era feita com a escala de *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) é também fundamental, uma vez que, tanto pela situação de doença, como pelos procedimentos e rotinas realizados, o desconforto, a ansiedade e agitação eram frequentes. Assim, eram utilizados fármacos sedativos, nunca menosprezando o objetivo delineado para cada pessoa individualmente. Posto isto, ambas as avaliações supracitadas, bem como a avaliação neurológica, eram realizadas e registadas pela equipa de enfermagem pelo menos uma vez turno, ou sempre que existisse alteração do estado de consciência e/ou sedação.

A UCI permitiu contactar com inúmeras técnicas, equipamentos e cuidados inicialmente desconhecidos. A destacar as técnicas de substituição da função renal contínuas ou intermitentes e a circulação extracorporeal através de ECMO. De forma a ultrapassar as dificuldades sentidas foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre ECMO (Apêndice X), e relativamente às técnicas de substituição da função renal foi realizado um turno com um enfermeiro perito nesta área, permitindo o esclarecimento de dúvidas.

No que respeita ao transporte da pessoa em situação crítica, mesmo que intra-hospitalar constitui-se como um desafio, por este motivo, desde o primeiro estágio que houve interesse em colaborar no mesmo. Deste modo, surgiram inúmeras oportunidades, tanto no contexto da SUG como da UCI, permitindo aprofundar conhecimentos e esclarecer dúvidas. O transporte da pessoa em situação crítica deve ser ponderado tendo em consideração os potenciais riscos e benefícios, uma vez que está inerente o aumento do risco de complicações pelo transporte em si. A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos com a Ordem dos Médicos publicou um conjunto de recomendações para os diferentes tipos de transporte da pessoa em situação crítica e referem que:

A decisão de transportar um doente crítico é um acto médico. Como tal, a responsabilidade é, não só do médico que assiste o doente, mas também do chefe de equipa e do director de serviço. Devem ser equacionados os riscos inerentes ao

doente e ao processo de transporte, muito especialmente nas situações de hipoxia, hiper/hipocapnia, instabilidade hemodinâmica, hipertensão intra-craniana e agravamento de lesão vértebro-medular, ou sempre que a deslocação possa contribuir directa ou indirectamente para o agravamento da situação clínica sem mais valia aparente (OM & SPCI, 2008, p.9).

Assim, estes autores sugerem uma avaliação realizada com recurso a critérios objetivos. A preparação para um transporte passa por certificar a presença dos equipamentos médicos necessários com bateria suficiente para a deslocação, a preparação de fármacos suficientes, bem como preparação de medicação extra que prevemos que possam ser necessários, assim como garantir a correta colocação e permeabilidade de todos os dispositivos invasivos (OM & SPCI, 2008).

Existiu a oportunidade de desenvolver conhecimentos e habilidades em SAV e trauma, em ambos os contextos, colocando em prática a informação lecionada na unidade curricular “Enfermagem Médico-Cirúrgica I e II”.

As pessoas internadas em contexto de UCI devido à complexidade de patologias, assumem-se como complexas, e em momentos de maior instabilidade é importante que toda a equipa multidisciplinar saiba como agir, atuando segundo os protocolos instituídos. Uma das formas que a enfermagem tem para integrar a evidência científica na sua *praxis* clínica, é através da investigação de instrumentos que facilitam a sua prática, bem como a de toda a equipa. Os protocolos são instrumentos facilitadores destas práticas, “são construídos com base nas melhores evidências disponíveis, de acordo com a realidade local, com a experiência dos profissionais e com a preferência dos clientes” (Vieira *et al.*, 2020 p.2). Desta forma, os protocolos permitem a prestação de cuidados adequados, eficazes e efetivos de acordo com a situação da pessoa, levando a mais benefícios que danos, facilitando a tomada de decisão e proporcionando uma maior segurança a toda a equipa (Vieira *et al.*, 2020).

Ao longo do estágio na UCI existiu a necessidade de gestão de protocolos terapêuticos complexos permitindo o desenvolvimento de competências nesta área, são exemplos disso: protocolo de insulina, protocolo de gestão térmica após PCR, protocolo da técnica de substituição renal com anticoagulação com citrato, protocolo de heparina em doentes em ECMO, entre outros.

No contexto de SUG também são aplicados protocolos terapêuticos complexos, exemplo disso, a Via Verde AVC (DGS, 2017c). Segundo a DGS (2017c) as doenças

cerebrovasculares representam a principal causa de morte na União Europeia, sendo que, a implementação deste protocolo tem vindo a reduzir essa mortalidade. Assim, considera-se fundamental que todos os profissionais reconheçam a importância e tempos de atuação deste protocolo, assim como qual o seu papel na implementação do mesmo. Existiu a possibilidade de acompanhar o percurso de uma pessoa em todas as suas fases: desde a sua admissão na sala de emergência, avaliação inicial, acompanhamento aos exames complementares de diagnóstico, bem como o posterior transporte para a unidade intra-hospitalar onde iria realizar fibrinólise.

O algoritmo de SAV é um dos protocolos terapêuticos complexos reconhecidos internacionalmente e com aplicação transversal em toda as instituições de saúde, tendo existido a oportunidade de ser aplicado em contexto de estágio, assim como na prática clínica diária. Durante os estágios existiram momentos em que a existência de enfermeiros peritos na área facilitou a ação e a aquisição de competências, tendo acontecido reflexões após estas situações. Bortolato-Major *et al.* (2019) refere que o *debriefing* é importante para avaliar o que foi feito corretamente e o que pode ser melhorado, contribuindo para a consolidação de competências desenvolvidas, deve ser caracterizado por uma comunicação aberta e por ausência de julgamento.

A doação e transplante de órgãos também tem por base protocolos complexos e necessita de conhecimentos e habilidades, pelo que a equipa multidisciplinar da UCI e do SUG atua de forma a conduzir este processo em todas as etapas, para que seja rápido, ágil, efetivo e de qualidade, de forma a evitar perdas de potenciais doadores ou problemas durante o processo (Senna *et al.*, 2020). Durante o estágio na UCI ocorreu uma situação em que a pessoa poderia ser possível doadora de órgãos, tendo potenciado uma reflexão sobre estas situações com a enfermeira orientadora e com a enfermeira responsável de turno. De acordo com Martins, a doação de órgãos é um processo complexo, que exige cuidados altamente especializados ao potencial doador de órgãos e sua família. Estes cuidados devem focar-se na vigilância, deteção e antecipação das alterações fisiológicas e complicações decorrentes do diagnóstico de morte cerebral, na monitorização e estabilização hemodinâmica, com aplicação de protocolos terapêuticos complexos (Martins, 2021). Deste modo, percebeu-se que a utilização de protocolos terapêuticos é fulcral e indispensável para guiar e uniformizar a prestação de cuidados, levando a ganhos e qualidade em saúde.

Nos cuidados à pessoa em situação crítica cabe ao enfermeiro especialista a “gestão diferenciada da dor e do bem-estar (...), otimizando as respostas” (OE, 2018, p.19363) e, como a dor é considerada como 5º sinal vital (DGS, 2003) é importante o desenvolvimento de competências e conhecimentos.

As causas da dor na pessoa em situação crítica são diversas, potenciadas por procedimentos invasivos, presença de dispositivos e tratamentos (Batalha *et al.*, 2013). Segundo estes autores a presença da dor não é inócua, leva a um estado catabólico generalizado, tendo repercussões ainda mais graves na situação clínica da pessoa em situação crítica. Deste modo, para prevenir o agravamento e minimizar o sofrimento, é importante realizar uma avaliação sistemática da dor, com recurso a instrumentos adequados ao estado de saúde da pessoa, para que esta seja uma avaliação fidedigna.

A avaliação da dor na pessoa em situação crítica é desafiante pela especificidade e complexidade das patologias existentes, e na maioria das vezes, os doentes em UCI apresentam alteração do estado de consciência e necessidade de VMI, não sendo possível expressar verbalmente a sua dor. A DGS refere que “deve ser dada particular atenção ao controlo da dor dos indivíduos com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal” (DGS, 2008, p.8).

De modo a garantir uma correta monitorização e avaliação da dor, o enfermeiro especialista deve ter em atenção os indicadores fisiológicos e comportamentos demonstrados pela pessoa, sendo que os mesmos completam as escalas comportamentais da dor, tornando-se ferramentas indispensáveis (Teixeira & Durão, 2016).

Posto isto, na UCI está definida a utilização da escala *Behavioral Pain Scale* (BPS). Nas pessoas sem alteração do estado de consciência recorreu-se à escala numérica ou qualitativa. A avaliação era realizada pelo menos uma vez por turno, ou sempre que necessário. A administração contínua de analgésicos era aceite por toda a equipa multidisciplinar, para minimizar a dor intrínseca ao processo de doença e aos dispositivos invasivos. A administração de analgésicos em bólus era realizada, por exemplo, antes da realização de uma técnica ou procedimento causador de dor. Foram também aplicadas intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, como os posicionamentos e a massagem corporal.

A complexidade dos internamentos em UCI leva, por vezes, à necessidade da associação de terapêutica analgésica com terapêutica sedativa, tendo em conta que a primeira se torna insuficiente.

No serviço de UCI, relativamente à sedação, foi notório que esta pode levar a implicações no prognóstico da pessoa e, desta forma, a sedação profunda e prolongada foi substituída por protocolos de sedação ligeira na gestão da dor, do *delirium* e da agitação, sendo o seu objetivo o conforto da pessoa e a facilitação na realização de cuidados e de procedimentos (Máximo & Puga, 2021). Posto isto, existe uma *Bundle* ACDEF, constituída por: A – *Assessing pain*; B – *Both spontaneous awakening and breathing trials*; C – *Choice of drugs*; D – *Delirium monitoring/management*; E – *Early exercise/mobility*; F – *Family empowerment* (Máximo & Puga, 2021). A maioria das indicações eram frequentemente utilizadas pela equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar. Perante esta necessidade, desenvolveram-se competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando assim as respostas.

Para além da dor física vivenciada pela pessoa em situação crítica, existiram momentos de desconforto emocional, tanto pela pessoa em situação de doença como pela família/cuidador. Durante a prática profissional também é comum existirem momentos com estas características, com os quais os profissionais de saúde sentem dificuldades em lidar. Por este motivo surgiu o tema da *scoping review* “As dificuldades dos enfermeiros na comunicação de más notícias”, de modo a contribuir com ferramentas para se conseguir ultrapassar estas mesmas dificuldades.

Phaneuf define relação de ajuda como “uma troca tanto verbal como não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova” (Phaneuf, 2005, p.324), permitindo à pessoa uma melhor compreensão e aceitação da sua situação.

Recorrendo aos conhecimentos desenvolvidos na unidade curricular “Enfermagem em Fim de Vida”, a comunicação é: partilha, relação, transmissão e informação. A comunicação ajuda a pessoa e sua família a sentirem-se guiados, e facilita a construção de esperança e confiança.

No SUG prestaram-se cuidados de enfermagem a diversas pessoas em situação crítica na sala de emergência, tendo sempre em consideração a possibilidade de permitir a presença de familiares. A família da pessoa em situação crítica enfrenta inúmeros desafios, o que exige aos enfermeiros competências especializadas para cuidar destas famílias. A promoção da presença da família é essencial na prestação de cuidados de enfermagem em qualquer momento, daí a necessidade de incluir, segundo alguns autores, na mnemónica ABCDE a

letra F, de família (Sá, Botelho & Henriques, 2015; Batista *et al.*, 2017). Em inúmeros momentos na sala de emergência, após estabilização da pessoa, foi permitida à família a sua entrada, bem como explicada a situação clínica do seu familiar. Nestas situações particulares é necessário gerir a ansiedade do familiar, sem criar falsas expectativas, com recurso a uma comunicação assertiva e responsável. Em ambiente de ambulatório foi necessário por inúmeras vezes esclarecer a pessoa e/ou família sobre aspetos da sua situação de saúde.

A família da pessoa em situação crítica é exposta a perturbações emocionais, associadas à complexidade das situações vividas, na maioria dos casos de forma inesperada, sendo da responsabilidade do EEEMC-PSC gerir a relação terapêutica e assistir emocionalmente a família (OE, 2018). Na UCI existe um projeto implementado para realizar o acolhimento da família ao serviço, ou seja, a primeira vez que a família se dirige à UCI, independentemente da hora, é recebida pelo enfermeiro que está a prestar cuidados à pessoa doente, numa sala à entrada da unidade, dirigida para esse efeito. Numa abordagem inicial o enfermeiro apresenta-se, e posteriormente avalia o conhecimento da família sobre a situação de doença atual. Neste processo são recolhidos os contactos atualizados, define-se quem é o familiar de referência e entrega-se um folheto com informações sobre o funcionamento do serviço, contactos telefónicos e horário das visitas. Em seguida, são esclarecidas as dúvidas existentes, e é explicada a situação atual da pessoa, sendo preparada a família para o que vai ver (por exemplo: pessoa sob VMI; a existência de inúmeros monitores; presença de ECMO, etc). Após este momento é realizada a higienização das mãos e são colocados os equipamentos de proteção individual (EPI) necessários. Posteriormente, a família dirige-se em segurança até ao local onde a pessoa se encontra e o enfermeiro mostra-se disponível através da sua presença física para qualquer dúvida que surja. Se necessário, o enfermeiro presta apoio emocional à família, de forma a existir uma gestão saudável da transição em que se encontram, favorecendo assim a relação terapêutica.

Neste momento é também essencial a estabilização de uma comunicação assertiva e empática com a família e, sempre que possível, a pessoa internada também é envolvida. Sempre que pertinente, a família também é clarificada e orientada para recursos como o apoio espiritual.

A presença de familiar/cuidador em contexto de UCI apresenta inúmeros benefícios à pessoa doente nomeadamente: diminuição de taxas de *delirium*, promoção do bem-estar e tranquilidade na pessoa e melhor aceitação do processo de doença. Em situações de fim de

vida, o acompanhamento pela família permite a compreensão de informações e de opções terapêuticas da pessoa doente, permitindo uma tomada de decisão consciente.

Existiram situações em que houve necessidade de transmitir más notícias, nomeadamente de mau prognóstico e de morte cerebral. Nestes momentos utilizou-se o protocolo SPIKES, lecionado nas aulas de “Enfermagem em Fim de Vida” que consiste em seis passos: preparação, perceção da pessoa, convite para o diálogo, transmissão de informações, expressão de emoções, resumo e organização de estratégias. Através do protocolo foi possível estabelecer uma comunicação assertiva e empática, permitindo o suporte emocional e a expressão de emoções favorecendo um processo de transição saudável. De realçar, que sempre que necessário, foram utilizadas estratégias comunicacionais adaptadas às pessoas conscientes com EOT, através da escrita, compreensão da comunicação não-verbal, gestos e expressões.

Segundo o que foi mencionado, considera-se adquirida a competência de cuidado à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

- **Competências específicas do EEEMC-PSC:**

- 2- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação (OE, 2018, p.19363).

O Código Deontológico afirma que o enfermeiro deve “ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência.” (Lei nº 156/2015, p.8079).

A Lei de Bases da Proteção Civil define catástrofe como “acidente grave ou série de acidentes graves e suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em área ou na totalidade do território nacional” (AR, 2006, p.4696).

Ao longo dos últimos anos pudemos assistir à ocorrência de catástrofe e desastres com maior frequência, causando impacto na vida das pessoas e comunidades, como danos físicos, matérias e psicológicos irrecuperáveis (International Council of Nurses, 2019). Torna-se fundamental uma “cultura de prevenção, planeamento, de segurança e de gestão de risco, consideradas peças estruturais necessárias a uma ação coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais da instituição...” (DGS, 2010).

A população considera que as instituições que prestam cuidados de saúde às pessoas que a si recorrem estão preparadas para atuarem em diferentes situações, realizando-os em tempo útil, de forma eficiente, eficaz, humanizada e segura (Figueiredo, 2021). Desta forma, a capacidade de resposta pela equipa de emergência e das instituições hospitalares torna-se fundamental em situações de catástrofe. Os enfermeiros assumem papéis essenciais, atuando na resposta pré-hospitalar, na triagem, na prestação de cuidados, gestão de recursos humanos e materiais, entre outros (ICN, 2019).

Para desenvolver estas competências, analisaram-se os documentos que norteiam a resposta em situação de catástrofe, que foram abordados inicialmente na unidade curricular de “Enfermagem Médico-Cirúrgica I”. Como exemplo o Decreto-Lei nº 72/2013 que cria o Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro, assim como a orientação nº 007/2010 da DGS sobre a elaboração de um Plano de Emergência nas unidades de saúde, sendo recomendado a todas do sistema nacional a elaboração de um Plano de Emergência Médica. Segundo a DGS (2010) o Plano de Emergência é uma ferramenta fundamental na avaliação de meios em situação de crise, na forma de definição de regras ou normas de atuação em contexto de catástrofe externa/emergência interna nas unidades de saúde. Desta forma, todos os profissionais que prestam cuidados no serviço de urgência, bem como nos restantes serviços, devem ter o mesmo conhecimento, de forma a saberem agir em conformidade.

Os planos de emergência hospitalar têm um conjunto de ações/procedimentos *standardizados* e simplificados, de modo a mobilizar e rentabilizar recursos, fornecendo respostas rápidas e eficazes, ao maior número de vítimas, sendo também uma ferramenta de avaliação, permitindo aprender e melhorar (Figueiredo, 2021).

Por conseguinte, tendo em conta a Comissão para a Reavaliação da Rede de Emergência e Urgência (Relatório de 10-02-2012) e, segundo o Despacho nº 10319/2014, foi determinada obrigatoriedade a posse de formação em SAV para médicos e enfermeiros no serviço de urgência.

Em ambos os estágios foram tomados conhecimentos dos planos internos de resposta em situações de emergência, tanto em planos de emergência do centro hospitalar, como os planos de emergência dos serviços e os planos de resposta a catástrofes externas ao centro hospitalar.

Durante os períodos de prática clínica não houve a oportunidade de colaborar em atividades de treino ou conceção de catástrofe ou emergência multivítimas, nem foi necessário intervir

em nenhuma catástrofe. No entanto, é importante estarmos preparados para atuar se existir essa necessidade, pelo que se consultou o Plano de Emergência e Catástrofe do respetivo centro hospitalar, assim como outros que têm aplicabilidade na sua área de abrangência geográfica como Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil de Lisboa, Plano Especial de Emergência de Proteção Civil para o Risco Sísmico na Área Metropolitana de Lisboa e Concelhos Limítrofes.

Em ambos os estágios ainda se vivia a pandemia covid19, permitindo o desenvolvimento de competências em contexto real, quanto a situações de exceção. A covid19 levou a uma crise de saúde pública devido à sua alta velocidade de propagação relacionada com a fraca capacidade dos sistemas de saúde. Atualmente, até 19 de janeiro de 2023, cerca de quase 3 anos após o início da pandemia, foram registados 663 248 631 casos de covid19, com 6 709 987 mortes relatadas à OMS (WHO, 2023). Portugal adotou vários planos de alerta, contingência, calamidade e emergência para conter a propagação da covid19, sendo que estes planos exigiram dos serviços de saúde e da proteção civil uma contínua adaptação. Neste contexto, foi criado o Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença pelo novo coronavírus, “uma ferramenta estratégica de preparação e resposta a uma potencia epidemia pelo vírus SARS-COV-2” (DGS, 2020, p.1), que foi elaborado tendo por base as orientações da OMS e do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças.

Mao *et al.* (2020) referem que em contexto de exceção, como a pandemia covid19, é solicitado aos enfermeiros especialistas um conjunto de competências que são agrupadas em oito domínios: preparação e planeamento (correspondem às ações tomadas para aumentar a prontidão e confiança); comunicação; gestão de incidentes/estrutura de resposta às catástrofes ou emergências; segurança e proteção; avaliação/colheita de dados; intervenção; recuperação/medidas tomadas para facilitar a retoma de normalidade – mitigação; competências legais e éticas. Apesar de na altura em que se desenvolveu a prática clínica a pandemia covid19 já estar mais controlada, foi possível refletir com as enfermeiras orientadoras sobre sentimentos despoletados, como a insegurança, medo, frustração, assim como debater temas como a utilização de EPI e a prestação de cuidados em situação de emergência a doentes com covid19.

Existiram situações de cenário multivítima, principalmente no SUG, quando estes se encontravam sobrelotados, por exemplo. Nestas situações foi analisada, observada e apreendida a ação do chefe de equipa de enfermagem, em várias situações de reorganização

de recursos humanos e materiais do serviço. Existiu possibilidade de prestar cuidados em momentos de sobrelotação, que exigiu uma gestão rápida de prioridades de intervenção. Na prática clínica diária, como por exemplo, em situações de contenção de gripe, o desenvolvimento de competências de gestão de prioridades e de sistematização da avaliação também nos é solicitado.

Posto isto, a competência de resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima foi adquirida.

- **Competências específicas do EEEMC-PSC:**

3- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018, p.19364)

Segundo a DGS:

As infeções associadas a cuidados de saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial, sendo que nenhum país e nenhuma unidade de saúde pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade, como o aumento da morbilidade e a mortalidade, prolongamento do tempo de internamento e aumento de custos em saúde (DGS, 2018, p.4).

As IACS são definidas como “uma condição sistémica ou localizada resultante de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou das suas toxinas” (DGS, 2010, p.7) e pode ser adquirida por uma situação ou durante a prestação de cuidados de saúde, em qualquer ambiente, hospitalar ou domiciliário. Desta forma, as IACS têm uma importância particular na pessoa em situação crítica, pois “à medida que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, que aumenta a esperança de vida, o número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, também aumenta o risco de infeção” (OE, 2017, p.11).

A OE refere que o EEEMC-PSC deve ter em conta a “diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde

eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos” (OE, 2018, p.19364).

Equivalente ao que se realizou nas restantes competências, em todos os estágios, numa fase inicial, optou-se por se rever os documentos relacionados com este tema, nomeadamente as recomendações emanadas pelo GCL-PPCIRA visto que são transversais a todos os contextos de prestação de cuidados de enfermagem. A maioria das recomendações já eram conhecidas, uma vez que já se aplicavam no contexto profissional.

Em todos os contextos de estágio existiam elementos de ligação ao GCL-PPCIRA, ou seja, a presença de enfermeiros de referência desta área dentro das equipas favorece um suporte na prestação de cuidados, permitindo o esclarecimento de dúvidas. As auditorias realizadas às precauções básicas de prevenção e controlo de infeção são realizadas por estes enfermeiros.

Tomou-se conhecimento, desde o início, do tipo e localização dos EPI disponíveis nos diferentes contextos de estágio e das especificações de implementação das medidas de prevenção e controlo de infeção de cada um (ex: como identificar as unidades em isolamento). Na UCI realizam a identificação dos diferentes tipos de isolamento por cores, permitindo que os profissionais de saúde identifiquem de forma rápida e simples as medidas a tomar. Para além disso, as novas reformulações nas infraestruturas permitem que os quartos fiquem isolados facilmente, através da existência de portas automáticas.

A pessoa internada em UCI, a maioria das vezes, tem um número elevado de dispositivos invasivos colocados, podendo cada um deles representar uma porta de entrada para o desenvolvimento de infeções (Kózka *et al.*, 2020). De forma a minimizar esta problemática é importante o cumprimento dos feixes de intervenções referenciados pela DGS (DGS, 2017d). Exemplo disso temos os feixes de intervenção: de prevenção da pneumonia associada à intubação (DGS, 2017b), da infeção relacionada com o cateter venoso central (DGS, 2015c), da infeção urinária associada ao cateter vesical (DGS, 2017e) e da infeção do local cirúrgico (DGS, 2015b).

Tanto na admissão na UCI como no SU, se as pessoas tiverem proveniência de outra instituição ou serviço de internamento, ou se tiverem sido recentemente internadas, ou ainda, se apresentarem sinais de infeção com foco a esclarecer, são colhidos vários produtos biológicos. Habitualmente é colhido exsudato nasal para pesquisa de *Staphylococcus Aureus* resistente à metilina, bem como para painel de vírus respiratório. Para além disto, é também

colhido exsudado retal para pesquisa de Enterobacteriáceas resistentes aos Carbapenemos, e duas hemoculturas e urocultura.

Em ambos os contextos de estágio percebeu-se que os enfermeiros têm o cuidado de alertar os familiares/visitantes para a importância da prevenção e controle de infecção nos serviços. Desta forma, era explicada às famílias a importância da correta higienização das mãos à entrada e saída dos serviços, bem como a utilização correta dos EPI's. As visitas na UCI eram sempre acompanhadas por um enfermeiro, e desta forma, era garantido o cumprimento destas medidas.

Durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, aplicaram-se os conhecimentos adquiridos anteriormente e procurou-se cumprir as recomendações de boas práticas na prevenção e controle das IACS. Deste modo, realizaram-se diversas reflexões com as enfermeiras orientadoras, bem como com um dos enfermeiros que era o elo de ligação do GCL-PPCIRA, permitindo o esclarecimento de dúvidas e o desenvolvimento de raciocínio clínico.

O estágio no GDS permitiu o desenvolvimento do projeto de investigação supracitado, em que através das observações realizadas, para além de permitir a recolha de informação para a *checklist*, permitiu também observar as práticas dos enfermeiros relativamente ao manuseamento dos dispositivos como o cateter venoso central e o cateter venoso periférico de acordo com os feixes de intervenção emanados.

Importante realçar que, de acordo com as competências em questão, tanto no SU como na UCI se realizou pelo menos um turno com um dos enfermeiros que faz elo de ligação GCL-PPCIRA, e no GSD participou-se em processos de auditorias e classificação de relatos de incidentes relacionado com dispositivos médicos invasivos.

Desta forma, tendo por base o supracitado adquiriram-se as competências no âmbito da prevenção e controle da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio encerra um dos ciclos de aprendizagem profissional, nomeadamente a conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem, como EEEMC-PSC. Este reflete o percurso realizado ao longo do curso, onde se procurou inserir e articular os conteúdos das diferentes unidades curriculares, tendo sempre como base a evidência científica mais recente, bem como a teoria de médio alcance referenciada. Espelha-se ainda neste documento, o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns, competências enquanto EEEMC-PSC e enquanto Mestre em Enfermagem.

No que concerne à elaboração da *scoping review* sobre as dificuldades dos enfermeiros na comunicação de más notícias, permitiu o mapeamento do conhecimento assim como a aquisição de instrumentos enquanto enfermeira e profissional de saúde que facilitam na comunicação dessas mesmas más notícias. Esteve inerente ao longo de todo este processo a aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da investigação.

A seleção da Teoria das Transições de Afaf Meleis revelou-se pertinente, pois a revisão realizada aborda a comunicação e transmissão de informações referentes a processos de transição de saúde-doença, tanto a nível intra como extra hospitalar.

O Projeto de Investigação caracterizou-se por um projeto de melhoria contínua de cuidados, cujo objetivo passava por melhorar as práticas na preparação e administração segura de medicamentos de alerta máximo. Apesar de ainda estar em curso, devido à limitação temporal, permitiu-nos trabalhar competências como identificação de necessidades, planeamento, a pesquisa em base de dados, a partilha de informação, entre outros.

Quanto à prática clínica, é de realçar que ambos os contextos eram totalmente desconhecidos, tendo em conta a pouca experiência existente nas diferentes áreas. Os mesmos foram encarados como desafios, e apesar das dificuldades sentidas, tornaram-se importantes para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências relacionadas com a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Todo este percurso permitiu desenvolver competências e habilidades através da pesquisa, reflexão e observação de enfermeiros peritos na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Ao longo dos estágios foi considerada uma atitude reflexiva, possibilitando o desenvolvimento de conhecimentos e competências através das atividades realizadas, tendo

sempre por base as competências comuns, as de especialista e as de Mestre em Enfermagem. Ao longo desta reflexão, fizemos par com a evidência científica mais recente, e ainda com regulamentos nacionais que sustentam a nossa prática clínica diária, permitindo deste modo o desenvolvimento, aquisição e consolidação das competências específicas.

Os objetivos deste relatório foram desenvolvidos e alcançados com sucesso, tendo sido apresentados: os principais resultados da *scoping review*, o Projeto de Investigação, a caracterização dos locais de estágio e uma análise crítica relativamente à aquisição das diferentes competências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva. Portugal*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada10-agosto-2017.pdf>

Assembleia da República (AR) (2006). Lei n.º 126/2006. Aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República, n.º 126/2006, Série I (03 de julho de 2006), pp. 4696 - 4706.

Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Frykedal, K.F. & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood – ways in which health professionals can Orotraqueal support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 31, 537–546. Doi: 10.1111/scs.12367

Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M. & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale –Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*. SerIII(9), 7-16. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239968004.pdf>

Batista, M., Vasconcelos, P., Miranda, P., Amaral, T., Geraldés, J. & Fernandes, A. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de Enfermagem Referência*. SerIV(13), 83-92. <https://doi.org/10.12707/RIV16085>

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (edição comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.

Bortolato-Major, C., Mantovani, M., Felix, J., Boostel, R., Silva, A. & Caravaca-Morera, J. (2019). Debriefing evaluation in nursing clinical simulation: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 72(3), 788-794. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0103>

Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult?. *British Medical Journal*, 288, 1597-1599. <https://doi.org/10.1136/bmj.288.6430.1597>

Cheng, Q., Duan, Y., Wang, Y., Zhang, Q., & Chen, Y. (2021). The physician-nurse collaboration in truth disclosure: from nurses' perspective. *BMC Nursing*, 20(38), 1-7 <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00557-8>

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC). (2022). *Portal do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E.* <http://www.chlc.minsaude.pt/>

Correia, T., Martins, M. & Forte, E. (2020). Gestão de Enfermagem: Estratégias para a Segurança de Clientes e Profissionais. *Millenium*. 2(11), 73-80. <https://doi.org/10.29352/mill0211.08.00264>

Decreto-lei n.º 72/2013 do Ministério da Administração Interna (2013). Diário da República: série I, n.º 105. <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2013/05/10500/0319003199.pdf>

Decreto-Lei n.º 65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2018). Artigo 15º. Diário da República, 1.ª série — N.º 157 — 16 de agosto de 2018. Republicação do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. Título II - Graus académicos e diplomas do ensino superior. <https://dre.pt/application/conteudo/116068879>

Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde (2014). Diário da República: série II, n.º 153. <https://dre.pt/application/file/a/55606657>

Despacho n.º 6430/2017, de 25 de julho de 2017. Diário da República, 2º serie – N.º 142/2017

Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021. Diário da República, 2.ª série – N.º 18

Direção Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.* Circular Normativa n.º 09/DGCG. <https://www.dgs.pt/directrizesdadgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. https://www.apeddor.org/documentos/DGSPrograma_Nacional_para_a_Preven%C3%A7%C3%A3o_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf

Direção Geral da Saúde (2010). *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. Ministério da Saúde. Orientação n.º 007/2010. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2015a). Norma 014/2015 de 6 de agosto. *Medicamentos de alerta máximo*. https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx

Direção Geral de Saúde (2015b). “*Feixe de Intervenções*” de *Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico*. Norma n.º 020/2015, de 15/12/2015. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2015c). “*Feixe de Intervenções*” de *Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. Norma n.º 022/2015, de 16/12/2015. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>

Direção Geral da Saúde (2017a). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma N.º 001/2017. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2017b). “*Feixe de Intervenções*” de *Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Norma n.º 021/2017, de 30/05/2017. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212017-de-30052017-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2017d). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção Geral de Saúde (2017e). “*Feixe de Intervenções*” de *Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Norma n.º 019/2017, de 30/05/2017. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192017-de-30052017-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário*. Ministério da Saúde. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>

Direção Geral da Saúde (2020a). *Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-eresposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>

Emold C, Schneider N, Meller I, Yagil Y (2011) Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(4), 358–363. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.08.001>

Figueiredo, F. (2021). *Catástrofe Externa/Emergência Interna* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/D2020_10003621101_21636002_1%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/D2020_10003621101_21636002_1%20(1).pdf)

Fukuda, T., Sakurai, H. & Kashiwagi, M. (2020). Impact of having a certified nurse specialist in critical care nursing as head nurse on ICU patient outcomes. *PLoS ONE*. 15(2), 1-9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228458>

Howard, P. & Steinmann, R. (2011). *Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática*. 6ªed. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-63-9.

International Council of Nurses (ICN). (2019). Patient safety: Global action on patient safety. 144th session of the World Health Organization Executive Board. *The World Health Organization* headquarters.: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_R12-en.pdf

Kerr, D., Milnes, S., Ammentorp, J., McKie, C., Dunning, T., Ostaszkievicz, J., Wolderslund, M., & Martin, P. (2019). Challenges for nurses when communicating with people who have life-limiting illness and their families: A focus group study. *Journal of Clinical Nursing*. 29, 416-428. <https://doi.org/10.1111/jocn.150998>

Kózka, M., Segal, A., Wojnar-Gruszka, K., Tarnawska, A. & Gniadek, A. (2020) Risk Factors of Pneumonia Associated with Mechanical Ventilation. *International Journal of Environment Research and Public Health*. 656(17), 1-7. doi:10.3390/ijerph17020656

Lei n.º 15/2014, da Assembleia da República (2014). Diário da República: I série, nº57.
<https://dre.pt/dre/detalhe/lei/15-2014-571943>

Lei n.º156/2015 da Assembleia da República (2015). Diário da República: série I, n.º 181.
<https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Mao, X., Yang, Q., Li, X., Chen, X., Guo, C., Wen, X. & Loke, A. (2020). An illumination of the ICN's core competencies in disaster nursing version 2.0: advanced nursing response to COVID-19 outbreak in China. *Journal of Nursing Management*, 29(3), 412-420.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13195>

Martins, S. (2021). *O Enfermeiro e a Pessoa/Família Potencial Doadora de Órgãos/Tecidos* [dissertação de mestrado publicada]. Instituto Politécnico de Beja.

Máximo, M. A. & Puga, A. (2021). Gestão da sedação em unidade de cuidados intensivos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 30(4), 157-170.
<https://dx.doi.org/10.25751/rspa.24797>

Meleis, A., Sawyer, L, Im, E., Messias, D. & 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 Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company

Meleis, A.I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 5.^a Ed. Pennsylvania: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins

Ministério da Saúde (1996). Decreto-Lei n.º 161/1996. Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República, n.º 205/1996, Série I-A (4 de setembro de 1996), pp. 2959 – 2962.

Netto, L., Silva, K. & Rua, M. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 22(1), Doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309

Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1): 187-199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2022). Consultado a 1 de setembro de 2022. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2022>

Ordem dos Enfermeiros (1996). REPE - *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidadedoscuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Ambientes Favoráveis à Prática: Condições no trabalho=Cuidados de Qualidade*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2014). Regulamento n.º 533/2014. Regulamento para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2.ª série, n.º 223 (2 de dezembro de 2014), pp. 30247-30254.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. http://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crítica; - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Paliativa; - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Perioperatória; - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crónica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros (16 de julho de 2018). Regulamento nº429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República: 2º Série, nº135., p.19359-19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª Série, nº 26 (6 de fevereiro 2019), p. 4744-4750.

Ordem dos Enfermeiros. (25 de setembro de 2019b). Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, pp. 128 - 155.

Ordem dos Médicos (OM) & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). (2008). *Transportes de Doentes Críticos. Recomendações. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 Towards Zero Patient Harm in Health Care*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

Ortega, M. C. B., Cecagno, D., Llor, A. M. S., Siqueira, H. C. H., Montesinos, M. J. L. & Soler, L. M. (2015). Formação académica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 404-410. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0432.2569>

Pereira, M. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. [Doctoral dissertation, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/22906>

Pereira, P. & Botelho, M. A. R. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão sistemática da Literatura. *Pensar em Enfermagem*, 18(2), 61-118. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23806/1/Artigo4_61_73%20%281%29.pdf

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.

Rayan, A., Hussni, S., & Qarallah, I. (2022). Critical Care Nurses' Attitudes, Roles and Barriers Regarding Breaking Bad News. *SAGE Open Nursing* 8, 1-9. <https://doi.org/10.1177/23779608221089999>

Rodrigues, M.S., Santana, L.F., Galvão, I.M. (2017). Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado. *Revista Med.* 96(4): 278-280. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i4p278-280>

Teixeira, J. M. F. & Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência.* 10, 135-142. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>

Toh, S., Hollen, V., Ang, E., Lee, Y., & Devi, K. (2020). Nurses' communication difficulties when providing end-of-life care in the oncology setting: a cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer* 29, 2787-2794. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05787-1>

Sá, F., Botelho, M. & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem.* 19(1), 31-46.

Santos, B., Sá, F., Pessan, J., Criveralo, L., Bergamo, L., Gimenez, V., ... Plantier, G. (2018). Formação e práxis do enfermeiro à luz das teorias de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 72(2), 593-597. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0394>

Senna, C. V. A., Martins, T., Knihs, N. S., Magalhães, A. L. P. & Paim, S. M. S. (2020). Fragilidades e potencialidades vivenciadas pela equipe de saúde no processo de transplante de órgãos: Revisão integrativa. *Revista Eletronica de Enfermagem,* 22,1-13. <https://doi.org/10.5216/ree.v22.58317>

Spagnol, C. A., Santiago, G. R., Campos, B. M. O., Badaró, M. T. M., Vieira, J. S. & Silveira, A. P. O. (2010). Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. *Revista Escola Enfermagem Universidade de São Paulo,* 44(3), 803-811. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300036>

Strapasson, M., & Medeiros, C. (2009). Liderança transformacional na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem,* 62(2), 228-233. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000200009>

Vieira, T. W., Sakamoto, V. T. M., Moraes, L. C., Blatt, C. R. & Caregnato, R. C. A. (2020). Métodos de validação de protocolos assistenciais de enfermagem: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0050>

Warnock, C., Buchanan, J., & Mary, A. (2017). The difficulties experienced by nurses and healthcare staff involved in the process of breaking bad news. *Journal of Advanced Nursing*, 73(7), 1632-1645. <https://doi.org/10.1111/jan.13252>

World Health Organization (2023). *Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/>

APÊNDICES

Apêndice I - Projeto de Investigação “Preparação e Administração de Medicamentos de Alerta Máximo”



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



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL
Gabinete de Segurança do Doente

PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS DE ALERTA MÁXIMO

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Inês Margarida Ruivo Dias

Lisboa, 2022



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

Gabinete de Segurança do Doente

PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS DE ALERTA MÁXIMO

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Mestranda: Inês Margarida Ruivo Dias
76472@chlc.min-saude.pt

Projeto elaborado no âmbito da Unidade Curricular: A Pessoa Em Situação Crítica e Família – Estágio Final e Relatório no XV Curso de Mestrado Em Enfermagem Área De Especialização: Médico-Cirúrgica, Pessoa Em Situação Crítica integrada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade - Católica Portuguesa, sob orientação Professora Doutora Lurdes Martins, Enfermeira Gestora Susana Ramos e da Enfermeira Especialista Catarina Mendes.

Lisboa, 2022

ABREVIATURAS E SIGLAS

CHULC – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

DGS – Direção Geral de Saúde

GSD – Gabinete de Segurança do Doente

PNSD – Plano Nacional de Segurança do Doente

OMS - Organização Mundial de Saúde

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	5
2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	6
2.1 - ASPETOS ÉTICOS	7
3 – OBJETIVOS	8
3.1 – OBJETIVO GERAL.....	8
3.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
4 – METODOLOGIA.....	9
4.1 – CRONOGRAMA	11
5 - REFERÊNCIAS	12

APÊNDICES

Apêndice I – Termo de Consentimento livre e esclarecido

ANEXOS

Anexo I - Termo de Consentimento livre e esclarecido

1- INTRODUÇÃO

O presente estudo surge no âmbito da Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório, integrado no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP) - Lisboa. Sob a orientação da Professora Doutora Lurdes Martins, da Enfermeira Gestora Susana Ramos e da Enfermeira Especialista Catarina Mendes, no Gabinete de Segurança do Doente (GSD) do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC), no período decorrido entre 5 de setembro a 26 de outubro de 2022.

A seleção deste local de estágio permite obter uma visão geral do funcionamento no CHULC das questões relacionadas com a gestão do risco e segurança do doente e, onde me será permitido desenvolver competências de pesquisa e mobilização de evidência científica, capacidade de diagnóstico e juízo clínico, de comunicação e fundamentação do raciocínio clínico.

A estratégia da segurança do doente neste centro hospitalar “visa contribuir para a deteção, prevenção e controlo dos fatores de risco, de forma a desenvolver sistemas de trabalho, práticas e instalações mais seguras” (CHULC, 2022). A sua estratégia de segurança do doente é desenvolvida com base em pressupostos e iniciativas promovidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Direção Geral de Saúde (DGS) implementando mecanismos que permitem avaliar o progresso em segurança do doente; trazer a evidência para a prática clínica; avaliar e melhorar a cultura de segurança e a comunicação; identificar, analisar e mitigar os riscos e os incidentes com dano a nível local, institucional e na comunidade e, avaliar as características da organização que se associam positiva ou negativamente com os objetivos de segurança estabelecidos. Deste modo é importante que os profissionais reconheçam que os riscos podem ser reduzidos e controlados, e os erros prevenidos assumindo estes como os valores que orientam as práticas seguras na área de gestão do risco e segurança do doente (CHULC, 2022).

2– ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A OMS refere que todas as pessoas, em algum momento da sua vida, irão tomar medicamentos para prevenir ou tratar doenças, contudo existem falhas e/ou erros que acontecem no circuito do medicamento (OMS, 2022). Habitualmente estes erros podem ocorrer por fatores como a fadiga, más condições ambientais ou por *deficits* de recursos humanos, isto pode levar a consequências graves para o doente, incapacidade e até à morte. Em 2017, a OMS lançou o seu 3.º desafio global em segurança do doente – Medicação sem danos, que tem como objetivo reduzir os danos graves evitáveis relacionados com medicamentos em 50%, globalmente num período de 5 anos. Foi ainda publicado por esta entidade o Plano Mundial de Ação para a Segurança do Doente 2021-2030 (OMS, 2021) que reforçou a importância da segurança do doente. Neste contexto o tema para o Dia Mundial da Segurança do Doente 2022 é “Medicamentos sem Danos”. Assim os objetivos para o Dia Mundial da Segurança do Doente 2022 são:

- ✓ Aumentar a consciencialização global sobre os danos elevados relacionados com erros na medicação e práticas inseguras e, defender ações urgentes para melhorar a segurança na medicação;
- ✓ Encorajar as principais partes interessadas e os parceiros nos esforços para prevenir erros na medicação e reduzir os danos relacionados com a mesma;
- ✓ Capacitar os doentes e familiares para que sejam ativamente envolvidos no uso seguro da medicação;
- ✓ Aumentar a implementação do Desafio Global de Segurança do Doente da OMS: Medicação sem danos.

(OMS, 2022)

Segundo as orientações da OMS, o Despacho n.º 9390/2021 publica o novo Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026, e refere que a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes é reconhecida internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui atualmente uma aposta inequívoca em saúde, visto que a maioria dos erros que existem podem ser evitados.

Segundo a DGS os medicamentos de alerta máximo ou alto risco são medicamentos que possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de

falhas no seu processo de utilização. Sendo recomendado que os profissionais de saúde com intervenção no processo da medicação conheçam os riscos associados à utilização destes medicamentos e, que ao nível das instituições sejam desenvolvidas estratégias e implementadas medidas que minimizem a ocorrência de erros com medicamentos de alerta máximo. Quanto à preparação e administração destes medicamentos é importante reforçar a utilização sistemática de estratégias de segurança como por exemplo a dupla verificação independente (DGS, 2015).

O CHULC tem vários procedimentos multisectoriais relativamente à medicação, como o MED.129 – Administração de medicamentos cujo objetivo é estabelecer linhas de orientação na administração de medicamentos, bem como promover práticas seguras na administração do medicamento (CHULC, 2018). Outro procedimento realizado no CHULC é o procedimento multissetorial o MED.123 – Gestão de medicamentos de alerta máximo cujos objetivos passam por promover práticas seguras na gestão de medicamentos de alerta máximo; estabelecer as linhas de orientação na aquisição, prescrição, armazenamento, dispensa, administração e monitorização de incidentes relacionados com medicamentos de alerta máximo; minimizar a ocorrência/consequências de incidentes de gestão de medicamentos de alerta máximo (CHULC, 2021). No aplicativo de notificação de incidentes do hospital é possível analisar o relato de incidentes de forma a identificar falhas e riscos no circuito do medicamento, sendo evidente a subnotificação neste tipo de tipologia de incidente. Deste modo pretende-se observar as práticas na preparação e administração de medicamentos de alerta máximo na área da Medicina, tendo como principal finalidade desenvolver um Projeto de Melhoria Contínua tendo em vista a adoção de práticas seguras.

2.1 - ASPETOS ÉTICOS

O *International Council of Nurses* desenvolveu um documento em que revelou a relação dos Enfermeiros com os Direitos Humanos - *Position Statement: Nurse and Human Rights (1998)*, onde os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos em todo o tempo e todas as situações, assegurado que são prestados os cuidados adequados com os recursos disponíveis de acordo com a ética (Nunes, 2013).

O termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo I) será possibilitado aos enfermeiros que irão ser observados. Em nenhum momento, a identificação de doentes e/ou profissionais intervenientes será utilizada ou revelada. O protocolo deste estudo será submetido ao Centro de Investigação, Comissão de Ética para a Saúde e Conselho de Administração.

3- OBJETIVOS

3.1- OBJETIVO GERAL

- Contribuir para a Melhoria Contínua da qualidade sobre as boas práticas na preparação e administração segura de medicamentos de alerta máximo.

3.2- OBJETIVO ESPECÍFICO

- Estabelecer um diagnóstico situação/problema sobre as práticas preparação e administração segura dos medicamentos de alerta máximo;
- Observar as práticas na preparação e administração de medicamentos de alerta máximo realizadas pelos enfermeiros;
- Identificar oportunidades de melhoria na preparação e administração de medicamentos de alerta máximo.

4- METODOLOGIA

Estudo transversal, quantitativo e descritivo.

1º FASE

População e Amostra

- **População** - Enfermeiros da área da Medicina
- **Amostra** - não probabilística

A população estudada será selecionada respeitando os critérios de inclusão.

Critérios de inclusão

- Enfermeiros com mais de 1 ano de experiência profissional;
- Enfermeiros que preparem medicação de alerta máximo.

Critérios de exclusão

- Enfermeiros envolvidos na preparação de medicação que não sejam de alerta máximo.

Recolha de dados

Inicialmente será realizada a observação das práticas na preparação e administração dos medicamentos de alerta máximo com preenchimento de uma *checklist* cuja versão final foi precedida de pré-teste (Apêndice I). Em seguida será elaborada uma base de dados com as seguintes variáveis, obtidas através da observação na prática e administração de medicamentos de alerta máximo na validação:

- com folha de terapêutica online/papel;
- momento único/auto verificação/dupla verificação independente;
- valida antes da preparação/antes da preparação e administração.

Na administração:

- doente certo;
- medicamento certo;
- validade certa;
- alergia;
- ensino certo;
- consentimento certo;
- via certa;
- horário certo;
- dose certa;
- concentração certa;
- ritmo certo;
- registo certo;
- rotulagem certa.

2º FASE

Análise dos resultados

A análise será executada através de técnicas estatísticas simples que serão apresentados em números absolutos em forma de tabelas e/ou gráficos de modo a facilitar a observação dos resultados obtidos. Os dados recolhidos serão compilados no programa Microsoft® Excel 2010.

Medidas promotoras da segurança na preparação de administração de medicamentos

- Sessões de formação;
- Síntese do procedimento multissectorial MED.129 – Administração de Medicamento;
- Síntese do procedimento multissectorial MED.123 – Gestão de Medicamentos de Alerta Máximo;
- Monitorizar a implementação do procedimento multissectorial MED.132 – Orientações para a rotulagem no armazenamento dos medicamentos;
- Divulgar os materiais informativos como boletins informativos, newsletters ou outros concebidos pelo gabinete de segurança do doente;
- Elaboração de relatório.

Divulgação dos resultados

- Sessão informativa sobre o projeto à equipa: equipa do serviço e equipa do GSD;
- Elaboração de um artigo.

Recursos

O estudo referido não comporta qualquer custo monetário para o CHULC.

4.1 - CRONOGRAMA

ATIVIDADES	2022							
	Setembro				Outubro			
	5/9-9/9	12/9-16/9	19/9-23/9	26/9-30/9	3/10-7/10	10/10-14/10	17/10-21/10	24/10-28/10
Pesquisa bibliográfica								
Elaboração do Projeto								
Solicitação da autorização do Conselho de administração e Gabinete de Investigação								
Observação das práticas na preparação e administração dos medicamentos de alerta máximo com preenchimento de uma <i>check-list</i> concebida								
Elaboração da base de dados								
Análise dos resultados								
Preparação sessões de formação e dos materiais informativos								
Síntese do procedimento multisectorial MED.129 – Administração de Medicamento								
Síntese do procedimento multisectorial MED.123 – Gestão de Medicamentos de Alerta Máximo								
Monitorizar a implementação do procedimento multisectorial MED.132 – Orientações para a rotulagem no armazenamento dos medicamentos								
Divulgar os materiais informativos como boletins informativos, newsletters ou outros concebidos pelo GSD								
Realização das sessões de formação e entregados materiais informativos								
Elaboração de sessão informativa sobre o projeto à equipa: equipa do serviço e equipa do GSD								
Elaboração de um artigo								

REFERÊNCIAS

CHULC (2018). Procedimento Multissetorial – MED.129 – Administração de Medicamentos

CHULC (2019). Procedimento Multissetorial – MED.132 – Orientações para a rotulagem no armazenamento de medicamentos

CHULC (2021). Procedimento Multissetorial – MED. 123 – Gestão de Medicamentos de Alerta Máximo

CHULC (2022). Consultado a 11 de fevereiro de 2022. <http://www.chlc.min-saude.pt/instituicao/>

Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021. Diário da República, 2.ª série – N.º 18

DGS (2015). Norma 014/2015 de 6 de agosto. *Medicamentos de alerta máximo*. Consultado a 1 de setembro de 2022. https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx

OMS (2022). Consultado a 1 de setembro de 2022. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2022>

Nunes, L. (2013). CONSIDERAÇÕES ÉTICAS a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem ESS|IPS

Ramos, S. (2012). “Prevenção e controlo da infeção na preparação e administração de medicamentos endovenosos” [Dissertação de mestrado]. Universidade Católica Portuguesa

APÊNDICES

Apêndice I – Checklist

CHECKLIST DE OBSERVAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE **ALERTAMÁXIMO**

FÁRMACO OBSERVAÇÃO			Observações
	S	N	
VALIDAÇÃO			
C/ folha de terapêutica online			
C/ folha de terapêutica em papel			
Momento único			
Auto verificação			
Dupla verificação independente			
Valida antes da preparação			
Valida antes da preparação e administração:			
ADMINISTRAÇÃO			
1. Doente certo (nome completo e data nascimento)			
2. Medicamento certo (conferir nome do medicamento prescrito com o nome que consta no rótulo)			
3. Validade certa			
4. Alergia			
5. Ensino certo			
6. Consentimento certo			
7. Via certa			
8. Horário certo			
9. Dose certa			
10. Concentração certa			
11. Ritmo certo			
12. Registo certo			
13. Rotulagem certa			

Enfermeiro: _____ Dia: _____

ANEXOS

Anexo I – Termo de Consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto de Investigação: “Preparação e administração segura de medicamentos de alerta máximo”

Pesquisadora: Inês Margarida Ruivo Dias

Orientadoras: Professora Doutora Lurdes Martins, Enfermeira Gestora Susana Ramos, Enfermeira Especialista Catarina Mendes

No âmbito da Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório, que integra o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa estamos a realizar um projeto de investigação, tendo como principal objetivo analisar as práticas na administração e preparação da medicação de alerta máximo.

Assim, vimos convidá-lo(a) a participar neste estudo, salientado que a sua participação será importante visto que contribuirá para evidenciar cientificamente as práticas na preparação e administração de medicamentos de alerta máximo face às recomendações internacionais, nacionais e institucionais, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança do doente.

Informamos que a sua participação neste estudo ocorrerá de forma indireta, utilizando a observação por parte da pesquisadora sobre a sua prática na preparação e administração destes medicamentos.

A sua participação não trará riscos, danos ou custos, quer a nível pessoal ou profissional. Terá conhecimento sobre os registos obtidos pela pesquisadora e os mesmos serão utilizados exclusivamente para fins desta pesquisa, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Em qualquer momento, se considerar conveniente, terá a liberdade para desistir da sua participação neste estudo, não conduzindo a qualquer tipo de penalidade ou dano pessoal/profissional.

O presente projeto de investigação foi submetido ao Conselho de Administração, sendo

analisado e aprovado quanto às questões éticas pela Comissão Ética do CHULC.

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração e solicitamos que assine a presente autorização, permitindo a observação da sua preparação e administração de medicamentos de alerta máximo para os devidos fins.

Estamos disponíveis para esclarecer qualquer dúvida e fornecer as informações que entender necessárias.

Pesquisadora responsável

Eu, _____,
após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo, concordo em participar voluntariamente. Autorizo a utilização dos dados recolhidos durante a observação para os efeitos do estudo.

Assinatura do participante

Data: ____ / ____

Apêndice II – Base de dados do projeto de investigação

Apêndice III – Cartaz “Dupla Verificação Independente - Medicamentos de Alerta Máximo”



DUPLA VERIFICAÇÃO INDEPENDENTE

deve ser realizada nos
MEDICAMENTOS DE ALERTA
MÁXIMO

ORIENTAÇÕES



- 1 Local calmo, sem distrações/interrupções;
- 2 Dois profissionais habilitados;
- 3 De forma independente e em momentos distintos;
- 4 Validar sempre os 12 certos;
- 5 O 1º profissional valida a informação, sem influenciar o profissional que verifica;
- 6 O 2º profissional confirma a informação;
- 7 Partilham a informação obtida para identificar possíveis discrepâncias;
- 8 Registo feito por ambos os profissionais:
 - quem administra, na folha eletrónica de terapêutica
 - quem verifica, em notas gerais no SCLinic.



Referências Bibliográficas

1. Instituto de Saúde e Serviços. (2022). Qualidade, implementação de boas práticas. Disponível em: <https://www.instituto-saude-servicos.pt/pt/pt/qualidade/qualidade>
2. (2017) 12116. Independência e Confiança. Acesso em: 04/04/2022. Disponível em: <https://www.compart.com.br/pt-br/artigo/independencia-e-confianca>
3. Gabinete de Segurança do Doente. (2022). Dupla Verificação Independente para um seguro do doente. In Gabinete de Segurança do Doente (2022). Segurança do Doente. Lisboa: Instituto de Medicina de Lisboa. Hospital Universitário Centro Central, Instituto de Medicina de Lisboa. Edição de 07/1022. 22-09-2022.

DATA DE VIGÊNCIA: 13/02/2023

Apêndice IV – Monitorização a Atualização dos Rótulos



Apêndice V – Cartaz “Medicamentos de Alerta Máximo”

MEDICAMENTOS DE ALERTA MÁXIMO



QUAIS OS MAIS UTILIZADOS NA UNIDADE?

Classe de Medicamentos	Exemplos
Agonistas Adrenérgicos Endovenosos	AD renalina, ISOP renalina, NORAD renalina
Análogos Endovenosos da Vasopressina	Desmopressina, Terlipressina
Anestésicos Gerais Inalatórios e Endovenosos	Prop OF ol
Antagonistas Adrenérgicos Endovenosos	Labetalol
Antiarrítmicos Endovenosos	Amio DAR ona, Lidocaína, e DENOS ina, e TROP ina
Anticoagulantes	Clopidogrel, Apixabano, Rivaroxabano, Heparina não fracionada, Heparina de baixo peso molecular, Varfarina
Insulinas (subcutâneas e intravenosas) e Antidiabéticos Oraís	Actrapid, Insulatard, Met FORMINA , Gl CLAZ ida, Linagliptina, Dapaglifozina, Empaglifozina
Citotóxicos de uso parenteral ou oral	Met OTREXATO
Inatrópicos Endovenosos	Digoxina, Levossimendano
Opióides	Morfina, Bruprenorfina, Fentanilo, Tra MADOL
Sedativos Endovenosos de Ação Moderada	MID azolam, Z isepam
Soluções para Nutrição Parentérica	Anfotericina B Prometazina, solução injetável Sulfato de Magnésio, solução injetável Fosfato Monopotássico, solução injetável Cloreto de Potássio concentrado (7,5%)
Medicamentos Específicos	



Referências Bibliográficas

- 1 - CHULC (2021). Procedimento Multissetorial - MED. 123 - Gestão de Medicamentos de Alerta Máximo
- 2 - CHULC (2021). Procedimento Multissetorial MED. 126 - Gestão do risco na Utilização de Medicação LASA

Apêndice VI – Rúbrica “12 Certos na Preparação e Administração de Medicamentos”



Os 12 CERTOS na Preparação e Administração de Medicamentos

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a ocorrência de eventos relacionados com erros na medicação afeta milhares de pessoas por todo o Mundo, sendo uma realidade preocupante¹.

Em Portugal um estudo desenvolvido em sete hospitais identificou uma percentagem de 12,5% de eventos adversos. Destes 39,7% estão relacionados com infeções associadas aos cuidados de saúde, seguidos de 26,7% referentes a procedimentos cirúrgicos e 9,8% com medicamentos².

Os erros com a medicação são definidos como "qualquer evento evitável que pode provocar o uso inadequado de medicação ou comprometer a segurança do doente"³ e podem acontecer em qualquer fase do circuito do medicamento.

De modo a evitar a ocorrência de erros na preparação e administração dos medicamentos devem ser sempre confirmados os "12 certos"^{4, 5}:

1. **Doente certo** – nome completo do doente, data de nascimento, nº do processo. Sempre que o estado do doente o permita, deve perguntar o seu nome completo e a data de nascimento. Validar com os dados que constam na pulseira de identificação;
2. **Medicamento certo** – conferir o nome do medicamento prescrito comparando com o nome que consta no rótulo;
3. **Dose certa**;
4. **Horário certo** – confirmar a hora estabelecida e administrar imediatamente após a sua preparação;
5. **Via de administração certa**;
6. **Validade certa** – verificar a data da validade e propriedades organolépticas do medicamento;
7. **Ensino certo** – confirmar que o doente conhece o medicamento, efeitos esperados e sinais de alarme;
8. **Consentimento validado** – validar que o doente aceita a administração da medicação;
9. **Alergia validada** – validar o estado de alergia do doente;
10. **Concentração certa** – Reconstituir/diluir com o solvente e quantidade recomendados (se aplicável);
11. **Ritmo certo** – assegurar que o medicamento é administrado ao ritmo certo, implicando a verificação 15 minutos após o início da perfusão. A dupla verificação independente deve ser utilizada no caso de medicamentos de alerta máximo;
12. **Registo certo** – Registrar a administração da medicação logo que possível.

SEGURANÇA DO DOENTE DA TEORIA À PRÁTICA

12 CERTOS

NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS:

- 1 Doente certo
- 2 Medicamento certo
- 3 Dose certa
- 4 Horário certo
- 5 Via certa
- 6 Validade certa
- 7 Ensino certo
- 8 Consentimento validado
- 9 Alergia validada
- 10 Concentração certa
- 11 Ritmo certo
- 12 Registo certo



Texto elaborado por: Susante Inês Dias do XI Curso de Medicação em Enfermagem e Especialidade em Médico Cirúrgico Pessoa em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa

Revisão: Gabinete de Segurança do Doente

Referências Bibliográficas

1. OMS (2017). Medication Without Harm. <https://www.who.int/qualifications/items/WKQ-HS-SDS-2017A>
2. Sousa, P. & Nunes, C. (2018). Patient and hospital characteristics that influence incidence of adverse events in acute public hospitals in Portugal: a retrospective cohort study. *International Journal for Quality in Health Care*. doi: 10.1093/ijq/izx190
3. OMS (2000). Conceptual framework for the international classification for patient safety, Version 1.1. Final Technical Report. http://www.ordem.enfermeiros.pt/Arquivos/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoSegDoente_Final.pdf
4. CHUC (2018). Procedimento Multicentrosal – MED-120 – Administração de Medicamentos.
5. Jørgen, G., & Saks, L. (2003). Safety strategies in the prevention of medication error by nurses. *Revista de Ciências da Saúde da EUSCUP*, Vol.13, pag 35-44. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S087082810300137>

**Apêndice VII – Apresentação do projeto à equipa do GSD e na ação de formação
“Segurança na Preparação e Administração de Medicamentos”**

Preparação E Administração Segura De Medicamentos De Alerta Máximo



PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Alunanda: Inês Dias

Docente de Referência: Prof. Dr.º Lúcia Martins

Enf. Orientadora: Enf. Especialista Catarina Mendes

XV Curso De Mestrado Em Enfermagem
Área De Especialização: Médico Cirúrgica – Pessoas Em Situação Crítica

1

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

INTERNACIONAL

OMS

O 3.º desafio global em segurança do doente – Medicação sem danos.
Tem como objetivo reduzir os danos graves evitáveis relacionados com medicamentos
em 50% globalmente num período de 5 anos

O tema para o Dia Mundial da
Segurança do Doente 2022 é
“Medicamentos sem Danos”



2

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

NACIONAL

PLANO NACIONAL DE SEGURANÇA DO DOENTE (2021-2026)



PILAR 5
PRÁTICAS SEGURAS EM AMBIENTES SEGUROS

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5.1

Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde

AÇÕES

Atualização dos normativos e promoção da utilização de **ferramentas digitais** para **práticas seguras** relativas à:

- segurança cirúrgica
- segurança no parto
- ocorrência de úlceras
- ocorrência de úlceras por pressão
- identificação inequívoca do doente
- segurança de medicação e reconciliação terapêutica

METAS 2026

90% das instituições prestadoras de cuidados de saúde utilizam ferramentas de controlo e monitorização da prática segura relativas à segurança cirúrgica, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca do doente, segurança da medicação e reconciliação terapêutica

90% das instituições de saúde com estratégias definidas para a implementação de práticas seguras

3

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

INSTITUCIONAL

- ✓ Procedimento multissetorial o MED.123 – Gestão de medicamentos de alerta máximo
 - ✓ Procedimento multissetorial MED.129 – Administração de medicamentos
 - ✓ Procedimento multissetorial MED.132 – Orientações para a rotulagem no armazenamento dos medicamentos

Através da análise dos **relatos de incidentes** realizados foi possível identificar falhas e riscos no circuito do medicamento



4

CICLO PDCA



PROBLEMA
Práticas inseguras na preparação e administração de medicamentos de alerta máximo



5

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Preparação e Administração Segura
de Medicamentos de
Alerta Máximo

Centro de
Investigação

Comissão de Ética
para a Saúde

Conselho de
Administração

6

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO GERAL

Desenvolver um Projeto de Melhoria Contínua sobre boas práticas na preparação e administração segura de medicamentos de alerta máximo

1

Estabelecer um diagnóstico situação/problema sobre as práticas preparação e administração segura dos medicamentos de alerta máximo.

2

Observar as práticas na preparação e administração de medicamentos de alerta máximo realizadas pelos enfermeiros

3

Identificar oportunidades de melhoria na preparação e administração de medicamentos de alerta máximo.

7

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

METODOLOGIA



Transversal



Quantitativo



Descritivo

POPULAÇÃO

Enfermeiros da área da Medicina

AMOSTRA

Não probabilística

8

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Enfermeiros com mais de 1 ano de experiência

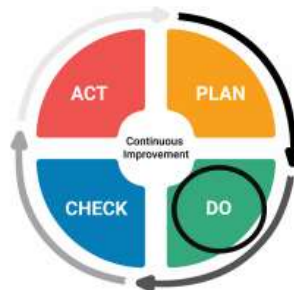
Enfermeiros que preparem medicamentos de alerta máximo

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Enfermeiros envolvidos na preparação de medicamentos que não sejam de alerta máximo

9

CICLO PDCA



10

RECOLHA DE DADOS

I – OBSERVAÇÃO

das práticas na preparação e administração dos medicamentos de alerta máximo com preenchimento de uma **chek-list** cuja versão final foi precedida de pré-teste

APÊNDICE
Anexo 1 – ONCA 001
CHECKLIST DE OBSERVAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALERTA MÁXIMO

Substância: _____ Data: _____

Observação	Sim		Não	
	S	N	S	N
AMBAÇÃO				
1. Folha de terapêutica online				
2. Folha de terapêutica em papel				
MOMENTO ÚNICO				
3. Auto-verificação				
4. Dupla verificação independente				
VALIDA ANTES DA PREPARAÇÃO				
5. Valida antes da preparação e administração				
ADMINISTRAÇÃO				
1. Doente certo (com identificação independente)				
2. Medicamento certo (com identificação independente e sem quebra de vidro)				
3. Dose certa				
4. Horário certo				
5. Via certa				
6. Consentimento certo				
7. Via certa				
8. Ritmo certo				
9. Ritmo certo				
10. Concentração certa				
11. Ritmo certo				
12. Registro certo				
13. Rotulagem certa				

11

RECOLHA DE DADOS

2 – ELABORAÇÃO BASE DE DADOS

com as seguintes variáveis:

Validação

1. com folha de terapêutica online/papel
2. momento único/auto verificação/ dupla verificação independente
3. valida antes da preparação/antes da preparação e administração

Administração

1. doente certo
2. medicamento certo
3. dose certa
4. horário certo
5. via certa
6. validade certa
7. ensino certo
8. consentimento validado
9. alergia validada
10. concentração certa
11. ritmo certo
12. registro certo
13. rotulagem certa

12

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Através de técnicas estatísticas simples que serão apresentados em **números absolutos** em forma de tabelas e/ou gráficos de modo a facilitar a observação dos resultados obtidos.

Os dados recolhidos serão compilados no programa Microsoft® Excel 2010

13

MEDIDAS PROMOTORAS



14

O QUE FALTA FAZER?

19

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Sessão informativa sobre o projeto à equipa: equipa do serviço

Elaboração de um artigo

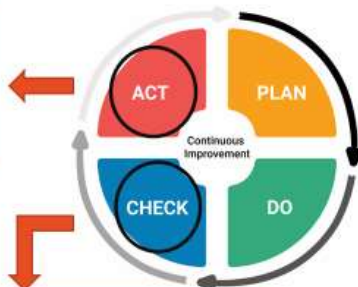
RECURSOS

O estudo referido não comporta qualquer custo monetário para o CHULC

20

CICLO PDCA

Definição de medidas de intervenção de acordo com os resultados obtidos na fase anterior



1. Verificação periódica do armário da medicação;
2. Nova aplicação da grelha de observação das práticas na preparação e administração de medicamentos de alerta máximo

21

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CHULC (2018). Procedimento Multissetorial – MED. 129 – Administração de Medicamentos
- CHULC (2019). Procedimento Multissetorial – MED. 132 – Orientações para a rotulagem no armazenamento de medicamentos
- CHULC (2021). Procedimento Multissetorial – MED. 123 – Gestão de Medicamentos de Alerta Máximo
- CHULC (2022). Consultado a 1 de setembro de 2022. <http://www.chlc.min-saude.pt/instituicao/>
- WHO (2017). *Medication Without Harm*. Who Global Patient Safety Challenge. Consultado a 1 de setembro de 2022. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2022>



22

Apêndice VIII– Projeto de estágio GSD



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

XV CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: MÉDICO CIRÚRGICA
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

UNIDADE CURRICULAR:

A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA – ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

PROJETO DE ESTÁGIO

Inês Margarida Ruivo Dias

Lisboa, 2022



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

XV CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: MÉDICO CIRÚRGICA
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

UNIDADE CURRICULAR:

A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA – ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

PROJETO DE ESTÁGIO

Mestranda: Inês Margarida Ruivo Dias

(inesmargaridardias@gmail.com)

Projeto elaborado no âmbito da Unidade Curricular: A Pessoa Em Situação Crítica e Família – Estágio Final e Relatório no XV Curso de Mestrado Em Enfermagem Área De Especialização: Médico-Cirúrgica, Pessoa Em Situação Crítica integrada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade - Católica Portuguesa, sob orientação pedagógica e científica da Professora Doutora Lurdes Martins, e com a supervisão clínica da Enfermeira Especialista Catarina Mendes.

Lisboa, 2022

ABREVIATURAS E SIGLAS

CHULC – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

DGS – Direção Geral de Saúde

GSD – Gabinete de Segurança do Doente

PNSD – Plano Nacional de Segurança do Doente

OE – Ordem Dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	4
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO – GABINETE DE SEGURANÇA DO DOENTE DO CHULC.....	6
1.1 INSTITUIÇÃO.....	6
1.2 CARATERIZAÇÃO DO GABINETE DE SEGURANÇA DO DOENTE DO CHULC.....	7
2. OBJETIVOS PESSOAIS E ATIVIDADES A DESENVOLVER.....	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	12
2.2.1 Indicadores de processo.....	12
2.2.2 Indicadores de resultado.....	12
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente projeto de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório, que integra o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP)- Lisboa. Sob a orientação da Professora Doutora Lurdes Martins e supervisão da Enfermeira Especialista Catarina Mendes, no Gabinete de Segurança do Doente (GSD) do Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central (CHULC), no período decorrido entre 5 de setembro a 26 de outubro do presente ano.

Optei por selecionar este local de estágio por conseguir obter uma visão geral do funcionamento do CHULC e, onde me é permitido desenvolver competências de pesquisa e mobilização de evidência científica, capacidade de diagnóstico e juízo clínico, de comunicação e fundamentação do raciocínio clínico.

De acordo com as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento OE nº140/2019 de 6 de fevereiro) pretendo desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; no domínio da melhoria contínua da qualidade e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Diário da República, 2.ª série – N.º 26- 6 de fevereiro de 2019).

Relativamente às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (Regulamento OE n.º 429/2018 de 16 julho) é de reforçar o tópico “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”.

O presente relatório encontra-se dividido em 3 partes iniciando com uma breve caracterização do local de estágio, de modo a identificar a dinâmica de funcionamento do próprio gabinete e da sua equipa. Em seguida irei identificar os objetivos pessoais que pretendo desenvolver, bem como as atividades a desenvolver para os atingir e, por fim as considerações finais. Assim, qualquer estágio a que nos proponhamos tem associado um trabalho académico que inclui o presente Projeto de Estágio.

Este trabalho foi elaborado de acordo com as normas *American Psychological Association*, 7ª edição, (2020), e está redigido em consonância com o novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO – GABINETE DE SEGURANÇA DO DOENTE DO CHULC

1.1 INSTITUIÇÃO

O Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE já sofreu diversas atualizações no que concerne à sua constituição, envolvendo numa fase inicial 2007 o Hospital de São José, o Hospital de Santo António dos Capuchos, o Hospital de Santa Marta e o Hospital de D. Estefânia. No ano de 2012, de acordo com o Dec. Lei nº 61/2018 de 3 de agosto, o Hospital de Curry Cabral e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa também foram inseridas ao Centro Hospitalar. Em 2018 e segundo o Decreto-Lei nº61/2018, de 3 de agosto surge a atual designação de Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHULC, 2022).

Missão: prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde, garantindo que cada doente tenha os cuidados que correspondem às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica, promovendo uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados” (CHULC, 2022).

Visão: é um hospital central, com primazia para um ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido pelos seus cuidados de excelência, eficácia e eficiência assumindo-se como uma instituição de referência (CHULC, 2022).

Valores: o CHULC rege a sua atividade através de valores como a competência técnica; ética profissional; segurança e conforto para o doente; responsabilidade e transparência; cultura de serviço centrada no doente; melhoria contínua da qualidade; cultura de mérito, rigor e avaliação sistemática; atividade orientada para os resultados; trabalho em equipa/multidisciplinar e pluriprofissional; boas condições de trabalho (CHULC, 2022).

Objetivos: prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado; intervir na prevenção da doença; otimizar a utilização de recursos disponíveis; constituir-se como entidade de referencia na elaboração de padrões para a prestação de cuidados de saúde diferenciados; promover o ensino, a formação e a investigação nas áreas clínicas e de apoio clínico, para uma prática de excelência; prosseguir

a melhoria contínua da qualidade no âmbito do modelo de governação; promover o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores através da responsabilização por resultados, instituindo uma política de incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito bem como, uma política de formação contínua; desenvolver programas de melhoria da eficiência operacional e da gestão clínica, tendentes a garantir o equilíbrio económico-financeiro (CHULC, 2022).

Nas instalações do HSJ encontramos o SUG, sendo assegurada respetivamente a urgência de pediatria ao Hospital D. Estefânia e a de obstetria à Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

1.2 CARATERIZAÇÃO DO GABINETE DE SEGURANÇA DO DOENTE DO CHULC

De acordo com a informação recolhida do site do CHULC, o GSD foi criado a 8 de agosto de 2016 sendo uma estrutura de apoio do Conselho de Administração, integrando o Sistema da Qualidade e Segurança do CHULC e participa na Comissão da Qualidade e Segurança. Teve a sua origem a partir dos processos de qualidade em saúde e dos processos de acreditação do *The King's Fund* e o *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS). Atualmente o GSD conta com uma equipa multiprofissional constituída por elementos a tempo inteiro e a tempo parcial. Seis enfermeiras que desenvolvem funções a tempo exclusivo e seis a tempo parcial (4 Médicos e 2 Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica). Está criada uma rede de interlocutores nas áreas clínicas e não clínicas, contando com mais de 400 profissionais do Centro Hospitalar.

A estratégia da Segurança do Doente neste centro hospitalar “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 equipa desenvolve a sua atividade com base nos vários desafios da Organização Mundial de Saúde e no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes da Direção Geral de Saúde (DGS) integrando dimensões como:

- ✓ 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 Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde;

- ✓ Sistema de Relato de Incidentes.

Deste modo é importante que os profissionais reconheçam que os riscos podem ser reduzidos e controlados, assumindo os valores que orientam as práticas seguras na área de gestão do risco e segurança do doente (CHULC, 2022).

A constante melhoria da segurança do doente é fomentada pelo trabalho em equipa, pela eficiência da comunicação estabelecida entre os profissionais, e entre profissionais e doentes, e pelo planeamento rigoroso dos processos de cuidados de formar a criar barreiras que impeçam os inevitáveis erros humanos de acontecerem aos doentes.

O CHULC é uma das 9 instituições que integram o Projeto-piloto coordenado pela DGS “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde” (Despacho nº 6430/2017) onde foram definidas seis áreas prioritárias:

- ✓ Promoção da higiene das mãos;
- ✓ Segurança cirúrgica;
- ✓ Segurança na utilização da medicação;
- ✓ Prevenção de quedas;
- ✓ Prevenção de úlceras de pressão;
- ✓ Prevenção de infeções e de resistência aos antibióticos.

O centro hospitalar desenvolve a sua estratégia de segurança do doente com base neste pressupostos e iniciativas promovidas pela OMS e pela DGS implementando mecanismos que permitam avaliar o progresso em segurança do doente; trazer a evidência para a prática clínica; avaliar e melhorar a cultura de segurança e a comunicação; identificar, analisar e mitigar os riscos e os incidentes com dano a nível local, institucional e na comunidade e avaliar as características da organização que se associam positiva ou negativamente com os objetivos de segurança estabelecidos (CHULC, 2002).

As implementações destes mecanismos preveem o envolvimento de todos os profissionais, dos doentes e das famílias, e uma cultura aberta, centrada no doente e com liderança eficaz na promoção da qualidade e segurança sendo que as atividades a desenvolver incluem:

- ✓ O estabelecimento, no mínimo anual, de objetivos prioritários na melhoria da segurança do doente e a monitorização de medidas de processo e resultado que permitam avaliá-los;
- ✓ Colheita e análise de dados relacionados com a segurança:

- Relatos de incidentes de segurança do doente;
 - Vigilância e controlo de infeção;
 - Vigilância da segurança das instalações;
 - Sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança dos doentes;
 - Visão e sugestões dos doentes e famílias sobre a melhoria da segurança;
- ✓ Avaliação do risco:
- Identificação e análise dos processos de cuidados de alto risco;
- ✓ Abordagem sistemática e revisão dos indicadores clínicos relacionados com a segurança do doente;
- ✓ Elaboração de plano de intervenção após a ocorrência de evento adverso grave incluindo comunicação e apoio físico e psicológico ao doente e família afetados e apoio emocional aos profissionais envolvidos.

(CHULC, 2002)

Segundo o Despacho n.º 9390/2021 do Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026 refere que a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde. O Plano Mundial de Ação para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS veio reforçar a importância da segurança do doente (OMS, 2022).

A OMS refere que todas as pessoas, em algum momento da sua vida, irão tomar medicamentos para prevenir ou tratar doenças, contudo existem falhas e/ou erros que acontecem no circuito do medicamento (OMS, 2022). Normalmente estes erros ocorrem por fatores como a fadiga, más condições ambientais ou pelo reduzido número de pessoas. Isto pode levar a consequências graves para o doente, incapacidade e até à morte. A pandemia COVID-19 exacerbou significativamente o risco de erros na medicação e os danos associados à mesma, neste contexto o tema para o Dia Mundial da Segurança do Doente 2022 é “Segurança dos Medicamentos” (OMS, 2022). Assim, os objetivos para o Dia Mundial da Segurança do Doente 2022 são:

- ✓ Aumentar a consciencialização global sobre os danos elevados relacionados com erros na medicação e práticas inseguras e, defender ações urgentes para melhorar a segurança na medicação;
- ✓ Encorajar as principais partes interessadas e os parceiros nos esforços para prevenir erros na medicação e reduzir os danos relacionados com a mesma;
- ✓ Capacitar os doentes e familiares para que sejam ativamente envolvidos no uso seguro da medicação;
- ✓ Aumentar a implementação do Desafio Global de Segurança do Doente da OMS: Medicação sem danos.

(OMS, 2022)

Segundo a DGS os medicamentos de alerta máximo ou alto risco são medicamentos que possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização. Sendo recomendado que os profissionais de saúde com intervenção no processo da medicação conheçam os riscos associados à utilização destes medicamentos e, que ao nível das instituições sejam desenvolvidas estratégias e implementadas medidas que minimizem a ocorrência de erros com medicamentos de alerta máximo (DGS, 2015).

Segundo a DGS quanto à preparação e administração é importante reforçar para os medicamentos de alto risco, a dupla verificação independente através da identificação correta do doente, do nome do medicamento, da dose, da via de administração e da hora (5 certos); dos cálculos para as doses que requerem preparação (ex: citotóxicos); do rótulo com a prescrição ou com o registo para a administração (DGS, 2015).

O CHULC tem vários procedimentos multissetoriais relativamente à medicação de realçar o MED.129 – Administração de medicamentos cujo objetivo é estabelecer linhas de orientação na administração de medicamentos, bem como promover práticas seguras na administração do medicamento (CHULC, 2018). Salientando também o procedimento multissetorial o MED.123 – Gestão de medicamentos de alerta máximo cujo objetivos passam por promover práticas seguras na gestão de medicamentos de alerta máximo; estabelecer as linhas de orientação na aquisição, prescrição, armazenamento, dispensa, administração e monitorização de incidentes relacionados com medicamentos de alerta máximo; minimizar a ocorrência/consequências de incidentes de gestão de medicamentos de alerta máximo (CHULC, 2021). Através do aplicativo de notificação de incidentes do

hospital é possível perceber que existem falhas no circuito do medicamento. Deste modo pretendo observar as práticas na preparação e administração de medicamentos de alerta máximo no serviço de Medicina de modo a executar um Plano Ação de Melhoria Contínua tendo em vista a adoção de práticas seguras.

2 OBJETIVOS PESSOAIS E ATIVIDADES A DESENVOLVER

Os objetivos gerais e específicos serão baseados nas “Competências Comuns do Enfermeiro Especialista” dispostas no Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros e nas “Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica” dispostas no regulamento nº 429/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Posteriormente irei descrever as atividades para atingir esses mesmos objetivos, bem como os indicadores de resultado e um instrumento de planeamento temporal em formato de cronograma – **Apêndice 1**.

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um Plano de Melhoria Contínua sobre a preparação e administração segura de medicamentos de alerta máximo.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Desenvolver conhecimentos especializados no domínio da melhoria continua da qualidade dos cuidados e na criação de ambientes terapêuticos seguros à pessoa e sua família

2.2.1 Indicadores de processo

- Conhecer a estrutura física e organizacional do GSD;
- Participar e colaborar nas atividades desenvolvidas pelo GSD;
- Estabelecer um diagnóstico/problema sobre as práticas na preparação e administração segura de medicamentos de alerta máximo;
- Observar as práticas na preparação e administração de medicamentos de alerta máximo realizada pelos enfermeiros;
- Identificar oportunidades de melhoria na preparação e administração de medicamentos de alerta máximo;
- Elaboração e apresentação do Projeto de Investigação “as práticas na preparação e administração segura de medicamentos de alerta máximo”.

2.2.2 Indicadores de resultado

- Conhece a estrutura física e organizacional do GSD;

- Participou em atividades desenvolvidas pelo GSD;
- Elabora e apresenta o Projeto de Investigação sobre as práticas na preparação e administração segura de medicamentos de alerta máximo.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização do presente projeto pretendo expor os objetivos a que me proponho a atingir no decorrer do estágio que se irá realizar no GSD do CHULC, bem como as atividades planeadas de modo a alcançar esses mesmos objetivos.

Todos os estágios são momentos de aprendizagem e de consolidação dos conhecimentos previamente adquiridos, sendo este de especial importância por se dirigir aos cuidados à pessoa e sua família.

De modo a atingir o objetivo geral proposto no presente projeto, delineei objetivos pessoais específicos que me auxiliarão a atingir competências de um enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica e família.

A elaboração deste projeto é de extrema importância uma vez que, permite-me traçar objetivos de forma antecipada para que consiga tirar proveito ao máximo de todos os momentos de aprendizagem que este estágio me poderá proporcionar.

Em colaboração com a Enf^a Catarina Mendes, com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, e da Ex^a Professora Lurdes Martins espero conseguir evoluir na minha prestação de cuidados e alcançar os objetivos a que me proponho, uma vez que todos eles têm a sua importância no meu desenvolvimento profissional, bem como pessoal.

Relativamente a este estágio estou com grandes expectativas e encontro-me motivada. Desejo que o estágio se desenvolva de uma forma positiva, assim como espero conseguir retirar o maior benefício, proveito e aprendizagens possíveis.

O presente projeto é um documento que poderá estar sujeito a alterações no decorrer do estágio.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHULC (2022). CHULC. Consultado a 11 de fevereiro de 2022. <http://www.chlc.min-saude.pt/instituicao/>

Decreto Lei nº 61/2018 de 3 de agosto. Diário da República nº 149/2018 - I série. Ministério da Saúde. Lisboa. pp. 3771 - 3777.

Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021. Diário da República, 2.ª série – N.º 187

DGS (2015). Norma 014/2015 de 6 de agosto. Medicamentos de alerta máximo. Consultado a 1 de setembro de 2022. https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx

Ordem dos Enfermeiros. (25 de setembro de 2019). Regulamento nº 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, pp. 128 - 155. Consultado a 12 de fevereiro de 2022

OMS (2022). Consultado a 1 de setembro de 2022. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2022>

Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018. Diário da República. pp. 19359 - 19370.

Sousa, P., Uva, A.S., Serranheira, F. et al., 2014. *Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety.*

Universidade Católica Portuguesa (2022) - Guia da Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório, Lisboa

Apêndice IX– Projeto de estágio UCI



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

XV CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: MÉDICO CIRÚRGICA
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

UNIDADE CURRICULAR:

A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA – ESTÁGIO FINAL E
RELATÓRIO

PROJETO DE ESTÁGIO

Inês Margarida Ruivo Dias

Lisboa, 2022



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

XV CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: MÉDICO CIRÚRGICA
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

UNIDADE CURRICULAR:

A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA – ESTÁGIO FINAL E
RELATÓRIO

PROJETO DE ESTÁGIO

Mestranda: Inês Margarida Ruivo Dias(inesmargaridardias@gmail.com)

Projeto elaborado no âmbito da Unidade Curricular: APessoa Em Situação Crítica e Família – Estágio Final e Relatório no XV Curso de Mestrado Em Enfermagem Área De Especialização: Médico-Cirúrgica, Pessoa Em Situação Crítica integrada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade - Católica Portuguesa, sob orientação pedagógica e científica da Professora Doutora Lurdes Martins, e com a supervisão clínica da Enfermeira Especialista Sofia Leite.

Lisboa, 2022

ABREVIATURAS E SIGLAS

CHULC – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

ECMO - Extracorporeal Membrane Oxygenation

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

OE – Ordem Dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SUG – Serviço Urgência Geral

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UUM - Unidade de Urgência Médica

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	3
1. CARATERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO – UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA DO HSJ	5
2. OBJETIVOS PESSOAIS E ATIVIDADES A DESENVOLVER	7
2.1 OBJETIVO GERAL	7
2.2 PRIMEIRO OBJETIVO ESPECÍFICO	7
2.2.1 Indicadores de processo - objetivo específico 1	7
2.2.2 Indicadores de resultado	8
2.3 SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO	9
2.3.1 Indicadores de processo - objetivo específico 2	9
2.3.2 Indicadores de resultado	9
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	10
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	11

APÊNDICES

APÊNDICE I - Indicadores de processo - objetivo específico 1

APÊNDICE II - Indicadores de processo - objetivo específico 2

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente projeto de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório que integra o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP), Lisboa. Sob a orientação da Professora Doutora Lurdes Martins e supervisão da Enfermeira Especialista Sofia Leite, na Unidade de Urgência Médica (UUM) do Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central (CHULC) – Hospital de São José, no período decorrido entre 27 de outubro a 16 de dezembro do presente ano.

No âmbito das alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE), no ano de 2015, introduzidas pela Lei nº 156/2015, publicada a 16 de setembro do mesmo ano, foi reconhecido que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica (EMC) engloba várias áreas de intervenção, valências e funções particulares. Desta forma surgiram outras subcategorias de acordo com o destinatário dos cuidados bem como os seus contextos de intervenção, sendo elas:

- ✓ Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica;
- ✓ Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa;
- ✓ Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Peri-Operatória;
- ✓ Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

(Diário da República, 2018)

O processo educativo dos estudantes de enfermagem em Ensino Clínico é crucial na sua formação, pois caracteriza-se pela fusão do conhecimento teórico com o prático, e pela consciencialização do exercício autónomo, responsável e assente no pensamento crítico para uma melhor decisão (Silva, Pires & Vilela, 2011). Este contexto de formação prática assegura ao estudante experiências significativas e ilustrativas do cuidado à pessoa em situação crítica, promovendo as competências necessárias para um desempenho autónomo e eficaz dos futuros enfermeiros especialistas (Macedo, 2011).

De acordo com o guia da presente unidade curricular o presente estágio tem como principais objetivos de aprendizagem:

1. *Saber aplicar os seus conhecimentos na resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a*

- sua área de especialização;*
2. *Capacidade para trabalhar na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;*
 3. *Capacidade de iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização;*
 4. *Capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;*
 5. *Ser capaz de participar em investigação aplicada na sua área de especialização;*
 6. *Capacidade para integrar conhecimentos na gestão de questões complexas e para encontrar soluções e emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta na sua área de especialização;*
 7. *Capacidade para refletir sobre implicações dos atos que pratica e a sua responsabilidade ética e social, e sobre as situações que os condicionem;*
 8. *Capacidade para aplicar os princípios, os valores e os deveres profissionais, assim como as normas legais que regulam o exercício de enfermagem;*
 9. *Agir de forma segura, no cumprimento das normas institucionais de qualidade;*
 10. *Capacidade de gestão de cuidados, incluindo na articulação com outros profissionais;*
 11. *Capacidade de autoavaliação, procurando uma continuada atualização científica na sua área de especialização;*
 12. *Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: nível adequado de desenvolvimento das competências específicas nesta área de especialização, nos termos regulamentados pela Ordem dos Enfermeiros.”*

O presente relatório encontra-se dividido em 3 partes iniciando com uma breve caracterização do campo de estágio, de modo a descrever a dinâmica de funcionamento do próprio serviço e da sua equipa. E por fim, irei identificar os objetivos pessoais que pretendo desenvolver, bem como as atividades a desenvolver para os atingir.

Qualquer estágio a que nos proponhamos tem associado um trabalho académico que inclui o presente Projeto de Estágio.

Este trabalho foi elaborado de acordo com as normas *American Psychological Association*, 7ª edição, (2020), e está redigido com consonância com o novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa.

1 CARATERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO – UNIDADE DE URGÊNCIA MÉDICA DO HSJ

A UUM corresponde a uma unidade de internamento com tipologia de UCI Polivalente de nível III e, está inserida no CHULC. Ao longo dos anos tem vindo a revelar um crescimento no número de pessoas admitidas, bem como alterações nas suas infraestruturas.

A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 115 pessoas, 30 dos quais especialistas. Ao nível da gestão, para além da enfermeira chefe do serviço existem quatro elementos de apoio à gestão que se encontram em horário fixo em dias úteis. A restante equipa de enfermagem está na prestação de cuidados de enfermagem e estão distribuídos em 5 equipas em horário rotativo, assegurando a distribuição de um enfermeiro por cada duas pessoas de nível III. À exceção dos doentes conectados a *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), que devido à complexidade de cuidados, o rácio é de um enfermeiro para uma pessoa internada.

Possuem ainda uma equipa de prevenção, escalada também em turnos rotativos, responsável por resgatar pessoas conectadas a ECMO, independentemente do hospital que faça essa referenciação, de modo a garantir a continuação de cuidados nesta UCI. Os enfermeiros pertencentes a esta equipa têm que possuir uma formação destinada a doentes em ECMO.

Cada equipa possui quatro elementos que podem assumir funções de chefe de equipa, sendo que em cada turno dois desses elementos assumem essas mesmas funções, ficando responsáveis pela gestão de recursos humanos e materiais, organização do serviço e apoio a procedimentos e situações complexas que possam existir. A equipa de enfermagem trabalha em parceria com a equipa de assistentes operacionais, que exerce funções igualmente em horário rotativo. A equipa multidisciplinar é ainda constituída pela equipa médica, maioritariamente das especialidades de Medicina Interna e Medicina Intensiva, no entanto, contam com o apoio pontual de outras especialidades sempre que necessário. A equipa é constituída ainda por duas fisioterapeutas no período da manhã, em dias úteis, e ao fim de semana e feriados por um fisioterapeuta que garante o tratamento a pessoas referenciadas.

Quanto ao funcionamento, a UCI tem 22 camas neste momento todas de nível III, porque se encontram em modificações nas infraestruturas da unidade. No entanto se necessário

qualquer uma das vagas disponíveis pode ser convertida em nível III ou I, de acordo com o necessário e com os recursos humanos disponíveis. Deste total de camas, têm sempre garantidas 2 vagas para doentes COVID.

O internamento divide-se em 5 quartos, em que os quartos de 1 a 4 possuem 4 camas, e o quarto 5 possui 6 camas. Existem ainda duas salas, uma delas reservada para a admissão de pessoas através do programa de *Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation* (eCPR), onde a pessoa é admitida em paragem cardiorrespiratória (PCR), acompanhada pela equipa de emergência pré-hospitalar, durante as manobras de SAV. Esta sala está equipada com os recursos materiais necessários, bem como com o espaço necessário para receber os recursos humanos ideais para a colocação de ECMO durante as manobras de SAV. A outra sala é utilizada apenas para realização de técnicas de substituição da função renal, onde se descolam as pessoas que se encontram no serviço de urgência, ou pessoas internas no HSJ que não apresentem estabilidade clínica para se descolar ao serviço de hemodiálise do centro hospitalar, localizado noutro hospital. Nos dias úteis, a esta sala, está alocado um enfermeiro em tempo permanente. Nos restantes turnos esta sala é assegurada habitualmente pelo segundo elemento chefe da equipa.

Relativamente a alguns procedimentos realizados nesta UCI temos a colocação de eletrocatéter de emergência ou colocação de pacemaker realizados a pessoas que recorram ao serviço de urgência polivalente e que seja identificada esta necessidade, sendo a equipa multidisciplinar da UCI responsável por assegurar os cuidados a estas pessoas.

2 OBJETIVOS PESSOAIS E ATIVIDADES A DESENVOLVER

Os objetivos gerais e específicos serão baseados nas “Competências Comuns do Enfermeiro Especialista” dispostas no Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros e nas “Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica” dispostas no regulamento nº 429/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019).

Posteriormente irei descrever as atividades para atingir esses mesmos objetivos, bem como os indicadores de resultado e um instrumento de planeamento temporal em formato de cronograma.

2.1 OBJETIVO GERAL

Como objetivo geral estabeleci o desenvolvimento de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa em situação crítica e família.

2.2 PRIMEIRO OBJETIVO ESPECÍFICO

Desenvolver competências no cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e família/cuidador, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.

2.2.1 Indicadores de processo

- Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional da UUM, através da observação e consulta de documentação existente (protocolos, normas, escalas, entre outros documentos);
- Conhecer o circuito de admissão, permanência e transferência da pessoa em situação crítica;
- Observar a organização e gestão dos serviços, reconhecendo a importância do trabalho em equipa;
- Realizar pesquisas bibliográficas para desenvolvimento e consolidação de conhecimentos relacionados com a pessoa em situação crítica e família;
- Participar na admissão e acolhimento da pessoa em situação crítica e sua família;
- Identificar situações de risco e instabilidade da pessoa em situação crítica;
- Participar num transporte intra/extra hospitalar e conseguir identificar o material necessário;

- Maximizar a prevenção e controlo de infeção e de resistência de antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica;
- Transmitir informações à equipa de enfermagem, assegurando a continuidade dos cuidados;
- Transmitir informação à pessoa em situação crítica e família, dentro da competência do enfermeiro e numa perspetiva ética e jurídica, utilizando estratégias de comunicação eficaz;
- Promover a melhoria da prática com base na reflexão da análise do desempenho de atividades desenvolvidas, através da realização de reflexões com a enfermeira orientadora.

2.2.2 Indicadores de resultado

- Demonstra estar integrada na dinâmica das unidades, conhece e aplica as normas e protocolos;
- Compreende as dinâmicas de coordenação das equipas e estilo de liderança;
- Revela uma prática de cuidados de enfermagem baseada na evidência;
- Presta cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e família, de forma autónoma, com supervisão do Enfermeiro Orientador;
- Identifica situações complexas e de instabilidade da pessoa em situação crítica, e consegue dar resposta atempadamente e com prontidão;
- Consegue identificar necessidades da pessoa em situação crítica e família, planear e executar intervenções de enfermagem especializadas;
- Procede ao transporte da pessoa em situação crítica, acompanhada pelo Enfermeiro Orientador, identificando os pressupostos da qualidade e segurança do mesmo;
- Colabora na prevenção e controlo de infeção nas Unidade;
- Utiliza a metodologia ISBAR contribuindo para a segurança e continuidade dos cuidados;
- Reflete criticamente com base na análise de desempenho de atividades desenvolvidas melhorando a sua prática, reconhecendo os seus recursos e limites pessoais e profissionais;

2.3. SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO

Desenvolver competências de enfermagem relacionadas à pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.

2.3.1 Indicadores de processo

- Aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados sobre ventilação mecânica invasiva e respectivas sedações;
- Conhecer os protocolos, metas e guias de procedimentos de enfermagem existentes direcionados à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva e respetivo desmame;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva e família/cuidador;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica sob desmame de ventilação mecânica invasiva e família/cuidador;

2.3.2 Indicadores de resultado

- Revela uma prática de cuidados de enfermagem relacionadas à pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva baseada na evidência;
- Conhece e coloca em prática os protocolos, metas e guias de procedimentos de enfermagem direcionados à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva e respetivo desmame;
- Colabora na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa sob ventilação mecânica invasiva e respetivo desmame de forma autónoma, com supervisão do Enfermeiro Orientador;
- Identifica situações de instabilidade da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva e respetivo desmame, e consegue dar resposta adequada e atempadamente.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste projeto pretendo expor os objetivos que me proponho a atingir no decorrer deste estágio, que se realizará durante as próximas semanas na UUM – HSJ bem como as atividades que planeei com o intuito de os alcançar.

Os estágios são momentos de aprendizagem e consolidação dos conhecimentos previamente adquiridos na componente teórica e trabalho autónomo, sendo este de particular importância por se dirigir aos cuidados à pessoa em situação crítica.

De modo a atingir o objetivo geral proposto, delineei os objetivos específicos que me permitirão atingir as competências conferidas a um enfermeiro especialista nesta área.

Considero que a elaboração deste projeto é de extrema importância uma vez que, permite-me traçar objetivos de forma antecipada para que consiga tirar proveito ao máximo de todos os momentos de aprendizagem que este estágio me poderá proporcionar.

Em colaboração com a Enf^a Sofia Leite e, com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, e da Ex^a Professora Lurdes Martins espero conseguir evoluir na minha prestação de cuidados e alcançar os objetivos a que me proponho, uma vez que todos têm a sua importância no meu desenvolvimento profissional, bem como pessoal.

Relativamente a este estágio estou com grandes expectativas e encontro-me motivada, no entanto, com receio de algumas situações mais emocionais e stressantes que poderão acontecer. O meu desejo é que o estágio se desenvolva de uma forma positiva, assim como espero conseguir retirar o maior benefício, proveito e aprendizagens possíveis.

O presente estudo de caso poderá estar sujeito a alterações de acordo com o desenvolvimento do estágio.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diário da República. (16 de julho de 2018). Regulamento n.º 429/2018. pp. 19359 -19370.
2. Macedo, A. (2011). *Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto atividade formativa em contexto hospitalar*. Consultado a 15 de outubro de 2022.
https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR4628bb4a557a5_1.pdf
3. Silva, R., Pires, R., & Vilela, C. (março de 2011). *Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico - Revisão sistemática da literatura*. (nº 3), pp. 113 - 122. Consultado a 17 de outubro de 2022
4. Universidade Católica Portuguesa (2022) - Guia da Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório, Lisboa

APÊNDICES

APÊNDICE I – Atividades – 1º objetivo específico

ATIVIDADES 1º OBJETIVO ESPECÍFICO	1ºS 27/10 - 30/10	2ºS 31/10 – 6/11	3ºS 28/2 – 6/3	4ºS 7/11 – 13/11	5º S 14/11– 20/11	6ºS 21/11 – 27/11	7º S 28/11 – 4/12	8º S 5/12 – 11/12	9º S 12/12 – 16/12
Demonstra estar integrada na dinâmica das unidades, conhece e aplica as normas e protocolos									
Compreende as dinâmicas de coordenação das equipas e estilo de Liderança									
Revela uma prática de cuidados de enfermagem baseada na Evidência									
Presta cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e família, de forma autónoma, com supervisão do Enfermeiro Orientador									
Identifica situações complexas e de instabilidade da pessoa em situação crítica, e consegue dar resposta atempadamente e com prontidão									
Consegue identificar necessidades da pessoa em situação crítica e família, planear e executar intervenções de enfermagem Especializadas									
Procede ao transporte da pessoa em situação crítica, acompanhada pelo Enfermeiro Orientador, identificando os pressupostos da qualidade e segurança do mesmo									
Colabora na prevenção e controlo de infeção nas Unidade									
Utiliza a metodologia ISBAR contribuindo para a segurança e continuidade dos cuidados									

APÊNDICE II – Atividades – 2º objetivo específico

ATIVIDADES 2º OBJETIVO ESPECÍFICO	SEMANAS								
	1ºS	2ºS	3ºS	4ºS	5º S	6ºS	7º S	8º S	9º S
	27/10 - 30/10	31/10 – 6/11	28/2 – 6/3	7/11 – 13/11	14/11– 20/11	21/11 – 27/11	28/11- 4/12	5/12- 11/12	12/12 – 16/12
Revela uma prática de cuidados de enfermagem relacionadas à pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva baseada na evidência									
Conhece e coloca em prática os protocolos, metas e guias de procedimentos de enfermagem direcionados à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva e respetivo desmame									
Colabora na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa sob ventilação mecânica invasiva e respetivo desmame de forma autónoma, com supervisão do Enfermeiro Orientador									
Identifica situações de instabilidade da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva e respetivo desmame, e consegue dar resposta adequada e atempadamente									

Apêndice X - Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO)



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

01-12-2022

Extracorporeal

Membrane

Oxygenation (ECMO)

No âmbito do estágio final na UUM

Inês Margarida Ruivo Dias

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: ÁREA
DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO.....	2
2 - MODALIDADES EM ECMO.....	5
3 - COMPONENTES DO ECMO.....	7
4 – FISILOGIA.....	9
5 - GESTÃO DAS TROCAS GASOSAS: O EQUILÍBRIO HEMODINÂMICO NA PESSOA EM ECMO.....	11
6 – COMPLICAÇÕES.....	17
7- CONCLUSÃO.....	21
BIBLIOGRAFIA.....	22

1 - INTRODUÇÃO

A segunda componente do meu estágio final e relatório está a ser desenvolvido na Unidade de Urgência Médica (UUM) no Hospital de São José, pertencente ao Centro Hospitalar Lisboa Central. E neste contexto tive a possibilidade de observar e participar nos cuidados à pessoa com *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO). Por este motivo achei importante realizar uma pesquisa sobre esta temática de modo a poder prestar cuidados mais especializados.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) relativamente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), reconhece que os Guias Orientadores de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem constituem um contributo importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2021). Deste modo as boas práticas resultam da aplicação de linhas orientadoras sustentadas na evidência científica existente e no parecer dos peritos.

Este trabalho teve por base alguma bibliografia, mas reforço a utilização da informação pertencente ao Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à Pessoa em Situação Crítica dependente de Suporte Extracorporeal de Vida: um desafio para a prática especializada da OE que tem como foco os cuidados à pessoa em situação crítica dependente de *Extracorporeal Life Support* (ECLS) e a sua família prestados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC).

O saber profissional de enfermagem é um saber de ação, na medida em que não se constituem apenas de execução ou reprodução de atos, mas engloba a capacidade de adaptar a ação à situação complexa, utilizando os conhecimentos. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados que necessitam de uma avaliação diagnóstica e uma monitorização constante de forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, prevendo e detetando precocemente as complicações e assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2021).

Segundo o Regulamento nº 49/2018, publicado no Diário da República a 16 de julho refere que “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou pela eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

O EEEMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como competências: cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximizar a prevenção, intervenção e controlo de 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 (Regulamento nº429/2018).

Assim, os cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica exigem a “conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como, na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação” (Regulamento nº 429/2018).

O ECMO é uma modalidade terapêutica que possibilita suporte temporário a falência pulmonar e/ou cardíaca refratária ao tratamento clínico convencional. É um mecanismo baseado num fluxo sanguíneo extracorporeal no qual, através de dispositivos vasculares (cânulas), um circuito extracorporeal, uma bomba de sangue e uma membrana permutadora de gases (pulmão artificial) é fornecido oxigénio e removido dióxido de carbono, que é devolvido à circulação sanguínea (venosa, arterial ou ambas) suportando a função pulmonar e/ou cardíaca.

A configuração ECMO venovenosa (ECMO-VV) é utilizado no contexto de insuficiência respiratória com função cardíaca preservada, como o Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA), onde o sangue é drenado a partir da circulação venosa sendo posteriormente devolvido novamente à circulação venosa.

A configuração ECMO venoarterial (ECMO-VA) é utilizado para oferecer suporte cardíaco com função pulmonar preservada ou não, aqui o sangue é drenado a partir da circulação venosa sendo posteriormente devolvido à circulação arterial. Tem como principal objetivo substituir o trabalho do coração e dos pulmões, quando estes estão incapazes de suportar o corpo por causas patológicas, como a falência cardíaca/choque cardiogénico. É frequentemente utilizada em contexto de peri-operatório/peri-intervencional cardiológico,

suportando a falência cardíaca aguda e/ou função cardiocirculatória no período pós-cirúrgico cardíaco (OE, 2021).

Desta forma oferecem tempo para o coração e/ou pulmões recuperarem, otimizar fluidos, estado nutricional, restaurar equilíbrio ácido-base e normalizar a entrega de oxigênio. Esta prática deve ser utilizada quando o processo é grave, agudo ou potencialmente reversível.

A modalidade VA é utilizada em contextos de reanimação cardiopulmonar (*Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation – ECPR*), precisamente em situações em que se verifique uma recuperação ineficaz ou não sustentada da circulação sanguínea espontânea com base nos métodos convencionais de reanimação cardiopulmonar. O ECMO VA em situações de PCR tem como objetivo continuar a perfusão dos órgãos e tecidos até à recuperação eficaz da circulação sanguínea espontânea podendo, secundariamente e em situações irreversíveis, ser utilizada na manutenção de possíveis órgãos para transplante.

Desta forma com este trabalho pretendo agregar um conjunto de conhecimentos e saberes especializados, reforçando a visibilidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família.

INDICAÇÕES VERSUS CONTRAINDICAÇÕES

<i>Indicações na falência pulmonar</i>	<i>Indicações na falência cardíaca</i>
✓ <i>Insuficiência respiratória hipoxémica</i>	✓ <i>Perfusão tecidual inadequado com hipotensão e baixo débito cardíaco</i>
✓ <i>Insuficiência respiratória hipercápnica</i>	✓ <i>Choque cardiogénico refratário</i>
✓ <i>Hipercapnia permissiva</i>	✓ <i>Choque séptico</i>
✓ <i>Incapacidade de ventilar com segurança</i>	
✓ <i>Fístulas bronco-pleurais graves</i>	
✓ <i>“ponte” para transplante pulmonar</i>	
✓ <i>Colapso cardíaco ou respiratório imediato</i>	

(ELSO, 2021) (ELSO, 2022)

Contraindicações em ambos os modos

- ✓ *Lesão severa do sistema nervoso central/morte cerebral*
- ✓ *Falência multiorgânica avançada*
- ✓ *Hemorragia ativa/coagulopatia não controlada*
- ✓ *Doença terminal/irreversível*
- ✓ *Ventilação artificial agressiva com duração superior a 7 dias*
- ✓ *Idade*

(ELSO, 2021)

2 - MODALIDADES EM ECMO

A decisão de utilizar uma configuração VV ou VA em ECMO dependerá da natureza e severidade da doença de base e da rapidez de declínio funcional.

Modalidade veno-venosa

A modalidade VV é utilizada na falência pulmonar, o sangue é drenado a partir da circulação venosa sendo posteriormente devolvido à circulação venosa, oxigenado com baixo teor de CO₂. O sangue que provém do circuito extracorporeal irriga sequencialmente os pulmões e o coração, não conferindo qualquer suporte hemodinâmico na falência cardíaca. Podem ser utilizadas duas cânulas distintas (uma como acesso e outra como retorno) ou uma única cânula (cânula de duplo-lúmen) colocada na veia jugular interna.

Este modo está indicado em situações de hipercapnia sem hipoxia tanto na falência pulmonar aguda como no agravamento da falência pulmonar crônica. Não confere qualquer suporte circulatório nem concede suporte pulmonar total (OE, 2021).

Modalidade veno-arterial

É um modo utilizado na falência cardíaca e pulmonar em simultâneo. O sangue é drenado a partir da circulação venosa sendo posteriormente devolvido à circulação arterial. A ação da circulação extracorporeal ocorre em paralelo com as funções pulmonares e cardíacas permitindo um suporte de um ou ambos os órgãos.

Assim, o sangue é drenado a partir de uma veia de grande calibre e, após percorrer o circuito extracorporeal é devolvido através de uma artéria. O sangue faz um *bypass* ao coração e ao pulmão permitindo o seu descanso e recuperação, conferindo um suporte hemodinâmico direto (OE, 2021).

3 - COMPONENTES DO ECMO

Acessos venosos e arteriais (cânulas)

As cânulas são acessos colocados nos vasos sanguíneos e por onde o sangue é recolhido (acesso) para o sistema extracorporeal e posteriormente devolvido (retorno) para este sistema. Habitualmente as cânulas de acesso/venosas são azuis e, as cânulas de retorno/arteriais são vermelhas.

Relativamente à sua inserção podem ser colocadas perifericamente de forma percutânea simples (técnica de Seldinger), com exposição do vaso (técnica de Seldinger modificada) ou através de uma abordagem cirúrgica ao vaso selecionado. Pode ainda ser feita uma abordagem em contexto de cirurgia cardíaca, através de uma canulação central, nomeadamente quando é necessário prolongar o suporte circulatório no período pós-cirúrgico. A cânula venosa (acesso) está localizada na aurícula direita e, a cânula de retorno (arterial) na artéria aorta ascendente (OE, 2021).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021) os fatores como o tamanho das cânulas e a sua localização (vaso sanguíneo onde é inserida) influenciam a eficácia e a eficiência do suporte extracorporeal. Ou seja, uma cânula com um diâmetro inferior ao necessário irá provocar um aumento da resistência ao fluxo sanguíneo, assim sendo, resistência proporcional ao seu comprimento e ao número de orifícios laterais que possui. A seleção de uma cânula de retorno com um diâmetro inferior ao necessário poderá desencadear fenómenos de hemólise, de ativação plaquetária excessiva e possíveis ruturas num ou mais componentes do circuito extracorporeal que são sujeitos a uma pressão elevada.

A cânula venosa (cânula de acesso) é a cânula por onde o sangue é recolhido e por onde diverge para o circuito extracorporeal. Habitualmente estas cânulas possuem um maior calibre, possuindo um orifício central e vários orifícios laterais de modo a facilitar a captação e drenagem do sangue para o sistema extracorporeal. Normalmente as cânulas com maior comprimento são as utilizadas na canulação de vasos da região femoral.

A cânula arterial (cânula de retorno) é a cânula usada na devolução do sangue ao sistema circulatório da pessoa, geralmente possui um orifício central principal e dois orifícios laterais secundários. A colocação desta cânula leva a uma diminuição do espaço livre do vaso onde é inserida, tendo assim um impacto no fluxo sanguíneo.

Esta particularidade torna-se importante quando na modalidade VA esta cânula de retorno é colocada na região femoral, diminuindo assim o fluxo neste local. Nestas situações, de modo a evitar uma baixa perfusão do membro inferior, é colocado um cateter/introdutor de reperfusão do sentido proximal para o distal, garantindo assim o fluxo sanguíneo necessário à irrigação desta extremidade evitando a ocorrência de isquemia ou síndrome compartimental. A monitorização da perfusão/oxigenação dessa extremidade é fundamental para uma deteção precoce e atempada de situações de baixa perfusão (OE, 2021).

Existem ainda as cânulas de duplo lúmens ou bicava, possuem dois lúmens internos. Estas cânulas são utilizadas na modalidade VV destinada ao suporte da função pulmonar sendo constituída por um lúmen para a drenagem do sangue e outro para a sua devolução. A sua inserção é feita através da veia jugular interna, a cânula de duplo lúmen necessita de uma colocação precisa de modo a que as áreas de drenagem do sangue (orifícios da cânula de acesso), fiquem localizadas ao nível da veia cava inferior e superior (drenagem simultânea em ambas as áreas), e área de devolução (orifício distal da cânula de retorno) fique localizada ao nível da aurícula direita, minimizando a probabilidade de recirculação sanguínea extracorporal.

4 - FISIOLOGIA

O ECMO, independentemente da sua modalidade, permite a circulação extracorporeal de sangue pouco oxigenado e saturado com CO₂ através de uma membrana permutadora de gases onde este é hiperoxigenado e do qual é removido o excesso de CO₂ sendo posteriormente devolvido à circulação.

A membrana permutadora de gases tem como objetivo principal mimetizar a função pulmonar do organismo e, em conjugação com o aporte de gases que lhe é conferido, um equilíbrio homeostático ao nível das trocas gasosas idêntico ao que ocorre nos pulmões (OE, 2021).

Fisiologia das trocas gasosas no corpo humano

A difusão de gases é feita de um nível de pressão mais alta para um mais baixo. O CO₂ é influenciado pelos gradientes de pressão, pelo que é transportado pelo sangue a partir dos vasos capilares até aos alvéolos pulmonares e, por fim, é excretado pelos pulmões.

As trocas gasosas ocorrem especificamente ao nível do pulmão e a nível celular. Tanto a troca de O₂ como a de CO₂ ocorre devido a variação dos gradientes de pressão. As necessidades metabólicas é que determinam o consumo de O₂ e o fluxo sanguíneo necessário para a sua distribuição pelos diferentes órgãos. O sistema cardiorrespiratório mantém homeostaticamente uma disponibilidade de O₂ superior às necessidades de consumo do organismo, cerca do quádruplo do O₂ que é consumido, rácio 4:1. Deste modo, é possível responder a qualquer necessidade adicional de O₂.

Quantidade de O₂

Quando existe uma necessidade metabólica de O₂ superior, para que o rácio 4:1 se mantenha, verifica-se um aumento do débito cardíaco (DC).

DC – é o resultado de um balanço da força e volume da cada concentração e frequência cardíaca e a resistência ao fluxo na circulação arterial. Estes fatores são regulados em parte pela pressão de enchimento do ventrículo (volume sanguíneo), tónus vascular e viscosidade sanguínea (hematócrito).

PaO₂ – representa o O₂ dissolvido no plasma, ou seja, cerca de 2% do O₂ da corrente sanguínea. Este dado, isoladamente não nos confere nenhuma informação relevante, mas se

multiplicarmos pelo coeficiente de solubilidade (0,003) obtemos a quantidade de O_2 no plasma.

Sat.O₂ – representa a saturação da hemoglobina (Hb) disponível no sangue arterial. No entanto a sua concentração não é conhecida. A Hb realiza 98% do transporte de O_2 . Ou seja, quanto ao conteúdo de O_2 no sangue as gasometrias não expressam a quantidade de O_2 disponível sem o conhecimento do valor de Hb. Visto que, valores altos de concentração de Hb relacionam-se com níveis mais altos de conteúdo de O_2 do que valores elevados nas variáveis Sat.O₂ e de PaO₂.

PA – a pressão arterial é o produto da pré-carga, frequência cardíaca, força contrátil do ventrículo esquerdo e resistência. A pressão venosa central é menor e é determinada pelo volume venoso sanguíneo e tónus dos vasos.

Conteúdo arterial de O_2 / Teor de O_2 (CaO₂) – é a quantidade total de O_2 existente no sangue arterial, sendo um parâmetro muito relevante na gestão do suporte extracorporeal de vida.

Distribuição de O_2 (DO₂) – é a quantidade de O_2 entregue aos tecidos a cada minuto. É efetuada através do plasma (2%) e da hemoglobina (98%). Para aumentar o DO₂ é necessário aumentar o fluxo sanguíneo e a Hb.

Consumo de O_2 (VO₂) – é a quantidade de O_2 utilizado pelas células a cada minuto e depende do metabolismo aeróbio. Os valores normais em repouso em adultos é de 3-5ml/Kg/min. Os fatores que aumentam o VO₂ são:

- Atividade muscular;
- Hipertermia;
- Dor;
- Infecção;
- Altos níveis de catecolaminas e de hormonas tiroideias;
- Convulsões.

(OE, 2021)

5 - GESTÃO DAS TROCAS GASOSAS: O EQUILÍBRIO HEMODINÂMICO NA PESSOA EM ECMO

Para o manuseamento ECMO é necessário compreender a fisiologia e hemodinâmica do mesmo, de modo a prevenir, antecipar, diagnosticar e resolver problemas associados.

A membrana permutadora de gases (oxigenador) é semipermeável e permite a remoção de CO₂ e adição de O₂. Assim, a quantidade de sangue que saiu da pessoa volta à circulação através de uma veia ou artéria, num circuito fechado e estéril. A membrana é constituída por uma interface, ou seja, possui duas faces, em que numa flui o sangue e na outra flui o ar (interface de difusão de gás), ambos em contracorrente. Para a existência de difusão as pressões parciais de O₂ e CO₂ são mandatórias, ou seja, a pressão da face gasosa é inferior à pressão da face sanguínea. Se estas pressões se inverterem pode existir embolia de ar.

O fluxo de gases para a membrana é regulado por um fluxómetro e por um misturador de gases (*sweep gas*) que permite a regulação da fração de O₂ e eventualmente de CO₂, de acordo com a necessidade da pessoa. Ou seja, o fluxo de sangue é regulado por uma bomba centrífuga que gera fluxo e pressão permitindo o sangue circular pelo circuito do ECMO.

A PaO₂ é elevada no *sweep gas* de modo a existir uma força maior de condução de O₂ pela membrana. Os glóbulos vermelhos que entram em contacto com a membrana do oxigenador ficam saturados de O₂, difundindo-se através do fluxo de sangue aumentando a PaO₂.

A espessura da superfície da membrana é um fator importante na entrega de O₂. Ou seja, é uma superfície laminar, o que diminui a exposição do sangue à membrana. Se aumentarmos a taxa de fluxo sanguíneo, aumentamos o fluxo de sangue através da superfície da membrana, o que melhorará a oxigenação. Em contrapartida, é possível aumentar ou diminuir a quantidade de CO₂ do sangue ao aumentar a taxa de fluxo do *sweep de gas*. Se aumentarmos o *sweep gas* de O₂, diminuímos a concentração de CO₂ na face gasosa da membrana e automaticamente diminui a quantidade de CO₂ no sangue. Este aumento de *sweep de gas* não afeta o conteúdo de O₂ no sangue visto que, o conteúdo de O₂ do *sweep gas* é maior que o do sangue.

O permutador de calor que está ligado à membrana permutadora de gases permite aquecer ou arrefecer o sangue oxigenado no circuito antes de ser devolvido à pessoa.

A entrega de O₂ é multifatorial, ou seja, a perfusão da membrana pode ser comprometida por coágulos no circuito de entrada, portas de distribuição, fuga de sangue para a face gasosa

o que diminui a difusão de O_2 e CO_2 aumenta a resistência do fluxo sanguíneo. Assim, é importante a monitorização da pressão pré-membrana pois alerta-nos para as mudanças na resistência do fluxo sanguíneo relacionando com a presença ou não de coágulos ou alterações no funcionamento da mesma. A elevação da resistência arterial da pessoa ou nas pressões pós membrana também podem refletir alterações na pressão pré membrana (OE, 2021).

Por vezes, há necessidade de aumentar o fluxo sanguíneo para atingir o fornecimento de oxigénio exigido, pois a entrega de oxigénio é dependente do fluxo no circuito. O fluxo sanguíneo depende do volume, assim para se atingir um maior volume de sangue e aumentar o fluxo na bomba habitualmente administra-se cristaloides contribuindo para a anemia e edema, sendo então os riscos maiores que os de transfusão sanguínea, que por sua vez tem risco de coagulopatia. Deste modo torna-se importante a vigilância e monitorização quer dos parâmetros analíticos bem como da pessoa (perdas hemáticas visíveis nos locais de canulação, hematúria, perdas hemáticas nas secreções, resíduo gástrico, retorragias, etc).

Um decréscimo acentuado na saturação venosa sem outras alterações normalmente é associado a um aumento do consumo metabólico que pode ser temporário (tremores, dores, choro). Estes casos temporários podem ser resolvidos com analgesia, sedação e/ou bloqueadores neuromusculares. Em contrapartida, o aumento na saturação venosa sem outras alterações associadas é normalmente causado pela diminuição do consumo metabólico ou início da função pulmonar da pessoa (OE, 2021).

A diminuição repentina na drenagem de sangue pode ser causada por fatores como a hipovolemia, cateteres dobrados ou mal posicionados, pneumotórax ou tamponamento cardíaco. Ou seja, a diminuição gradual na oxigenação sistémica ou um aumento na $PaCO_2$ poderá indicar degradação da função da membrana permutadora de gases. Esta disfunção da membrana pode acontecer a qualquer momento, mesmo em circuitos recentes, por esse motivo é muito importante a sua vigilância contínua e monitorização (OE, 2021).

A saturação venosa central e mista de O_2 (SvO_2) é o melhor parâmetro para avaliar a relação DO_2/VO_2 , porque reflete a extração total de oxigénio em todo o corpo relativamente à quantidade total de oxigénio disponível. Se o SvO_2 baixar pode indicar, menor distribuição relacionado com menores fluxos, menor hemoglobina e menor saturação periférica de O_2 . Se aumentar o consumo de SvO_2 pode estar relacionado com a presença de dor, ansiedade, febre.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021) a troca de O₂ que acontece no oxigenador é uma variável dependente do fluxo sanguíneo e independente do fluxo de gás. A troca gasosa de CO₂ através da membrana é uma variável dependente do fluxo de gás (*sweep gas*) e da área de superfície da membrana e independente do fluxo sanguíneo, da espessura da coluna de sangue circulante e da espessura da membrana. Ou seja, os fatores que influenciam a oxigenação são:

Fluxo de sangue:

- Concentração de Hb;
- FiO₂ na mistura de gases;
- *Rated flow*;
- Superfície da membrana

Fatores que influenciam a remoção de CO₂:

- Fluxo de oxigénio;
- Superfície membrana;
- Concentração de CO₂ na mistura de gases.

Anticoagulação

O contacto do sangue com uma superfície não-endotelial (artificial) é necessário a anticoagulação de modo a inibir a ação plaquetária e a ativação da cascata de coagulação. Esta anticoagulação deve permitir uma atividade pró-coagulante suficiente para prevenir hemorragias.

Quando o fluxo está estabilizado deve-se proceder à avaliação do Tempo de Coagulação Ativado (ACT), permite avaliar em segundos a formação de coágulos no sangue em resposta a um reagente de ativação de fibrina (OE, 2021).

O doseamento da heparina deve ser inicialmente acontecer a cada 15-30 minutos e após a sua estabilização deve ser avaliado de hora a hora. Seguidamente, deve ser avaliado com intervalos mais alargados de acordo com os centros de suporte em ECMO.

O Tempo de Tromboplastina Parcial ativado (aPTT) é o tempo, em segundos, e constitui um método convencional de doseamento in vitro na formação de coágulos em resposta a um reagente de ativação da fibrina combinado com cálcio.

O aPTT torna-se mais vantajoso do que o ACT por ser avaliado em laboratório. Contudo, é menos fiável que o ACT por ser medido no plasma e plaquetas, e as células de sangue podem afetar a atividade da heparina, sendo os valores de referência:

- 50-60 segundos - normal;
- > 60 segundos – risco de hemorragia.

Não existe nenhuma dose padrão de heparina, por exemplo se a pessoa apresenta trombocitopenia, lesão renal ou degradação da fibrina na circulação pode não ser necessário perfusão de heparina ou ser apenas necessário uma pequena quantidade em perfusão. A concentração de heparina no sangue pode ser avaliada através do anti-factor Xa, Tromboelastografia (TEG), Nível de antitrombina (AT3) (OE, 2021).

Sedação

A sedação nas pessoas em suporte de ECMO é retirada o mais precocemente possível, ou seja, tenta-se que sejam acordados e extubados o mais previamente. Na maioria das vezes são sedados para a canulação e até curarizados, devendo manter uma perfusão contínua durante as primeiras 12 a 24 horas. Sendo o objetivo evitar a respiração espontânea da pessoa durante a canulação ou assincronia com o ventilador, diminuir o metabolismo até ao nível basal, evitar o desconforto inicial da pessoa e prevenir movimentações e deslocções das cânulas. Assim que pessoa apresente estabilidade hemodinâmica, os sedativos e curarizantes devem ser interrompidos o mais precoce possível para permitir a realização do exame neurológico. Idealmente é ter a pessoa acordada para que possa interagir com a família e com a equipa, e de preferência com respiração espontânea. Contudo, a sedação poderá ser retomada dependendo do nível de ansiedade e desconforto da pessoa. O outro motivo pelo qual devemos suspender a sedação o mais rápido possível é porque as membranas do oxigenador retêm e alteram a farmacocinética e a farmacodinâmica de analgésicos e sedativos como o propofol, midazolam, opióides, etc (OE, 2021).

Quanto à monitorização da agitação-sedação nas pessoas em suporte de ECMO utiliza-se a escala *Richmond* Agitação-Sedação *Score* (RASS) de forma a gerir a sedação, em que normalmente a pessoa apresenta pontuação entre -1 e 0. E também se aplica a escala *Confusion Assessment Method for the ICU* (CAM-ICU) para a avaliar a agitação-*delirium* da pessoa.

O *delirium* é uma síndrome confusional agudo com grande influência na morbidade que pode apresentar diversas causas, como a intoxicação, suspensão de substâncias ou doença médica geral, sendo normalmente de origem multifatorial. É das situações clínicas mais prevalente numa Unidade de Cuidados Intensivos, sendo de extrema importância prevenir o seu aparecimento o mais precocemente. Deste forma é recomendado que após o início do suporte em ECMO se realize a gestão da analgesia e sedação e agitação conforme o protocolo de cada serviço (OE, 2021).

O suporte de ECMO é complexo e requer uma monitorização contínua da pessoa semelhante a qualquer outra pessoa internada numa UCI.

As ações que devem ser realizadas pelos enfermeiros são:

- Vigiar e monitorizar continuamente os sinais vitais, de 1/1h;
- Avaliar e registar de 1/1h o fluxo de sangue, a velocidade da bomba, o FiO₂ e o fluxo de ar da fonte ligada ao ECMO;
- Pesquisar de 2/2h a presença de coágulos, fibrina ou ar no sistema;
- Pesquisar de 2/2h uma possível perda de líquido na membrana permutadora de gases;
- Avaliar ACT de acordo com protocolo existente;
- Reajustar a perfusão de heparina consoante protocolo existente;
- Verificar 1x por turno a temperatura do permutador do calor;
- Monitorizar coloração das linhas de acesso e retorno;
- Verificar posicionamento das cânulas;
- Garantir a fixação adequada das cânulas e das linhas;
- Garantir o posicionamento abaixo do nível da pessoa;
- Garantir a disponibilidade constante de 4 clampes metálicos;
- Garantir a presença e funcionamento da bomba manual de urgência;
- Garantir a presença de um circuito adicional;
- Garantir a presença e funcionamento da fonte de energia de reserva;
- Garantir acesso fácil e rápido a material de reanimação.

Quanto ao tratamento dos locais de inserção das cânulas:

- Não levantar o penso antes das primeiras 48h, exceto se visivelmente sujo, descolado ou saturado;
- Substituir o penso de 2/2dias;

- Realizar o penso com ajuda de outro profissional (médico ou enfermeiro) de modo a manter a fixação das cânulas;
- Utilizar como solução desinfetante Clorexidina 2%;
- Não utilizar iodopovidona ou acetona nas cânulas;
- Desinfetar a pele em círculos no sentido próximo-distal até 10cm de raio. Posteriormente desinfetar as cânulas, igualmente no sentido próximo-distal, até 10cm de distância desde a sua inserção;
- Proteger a pele do contacto direto com as cânulas;
- Aplicar penso sem compressa nos locais de inserção das cânulas e vigiar;
- Colher amostra de sangue para gasometria pré e pós-membrana permutadora de gases, pelo menos uma vez/dia;
- Colher amostra de sangue para gasometria arterial e venosa pelo menos uma vez/turno;
- Efetuar registos.

(OE, 2021)

6 - COMPLICAÇÕES

A Ordem dos Enfermeiros (2021) no que concerne à prática de enfermagem, a antecipação de possíveis complicações e a prevenção do dano são dois dos aspetos que coexistem em simultâneo para a segurança da pessoa, respeitando o princípio ético da beneficência/não maleficiência.

- Hemorragias/Embólicas;
- Neurológicas;
- Hematológicas;
- Cardiopulmonares;
- Renais;
- Infeção;
- Nutricionais;
- Imobilidade.

Complicações hemorrágicas/embólicas – Gestão da anticoagulação

A anticoagulação da pessoa é um pré-requisito para a concretização das técnicas ECLS, e aliado ao consumo de plaquetas e de outros fatores da coagulação pelo circuito extracorporeal potencial exponencialmente o risco de hemorragia. A anticoagulação sistémica é um importante foco de atenção, dado o risco de complicações hemorrágicas que acrescenta ao local cirúrgico e às zonas de canulação. As complicações hemorrágicas são a principal causa de morbidade e mortalidade nestas pessoas, sendo a hemorragia intracraniana a complicação major da ECMO (OE, 2021).

Complicações neurológicas – Gestão da sedação

As complicações com o Sistema Nervoso são as mais relatadas como as mais graves e estão relacionadas com o grau de hipoxia e acidose. Desta forma, é recomendado que se evite bloqueadores neuromusculares e se realizem exames neurológicos regulares.

Complicações hematológicas – trombocitopenia e hemólise

O ECMO pode ainda causar complicações como a hemólise intravascular, a trombocitopenia ou a coagulopatia de consumo. A trombocitopenia é comum em pessoas com suporte ECMO e pode ser uma consequência da doença ou causado pela exposição do sangue ao circuito extracorporeal. As plaquetas aderem à superfície do circuito e sofrem uma reação de

libertação que atraí outras plaquetas. Os agregados de plaquetas circulam no sangue e são removidas pelo fígado e baço. Se as plaquetas forem inferiores a 20 000/mm³ de sangue pode acontecer uma hemorragia espontânea. Deve-se por este motivo transfundir plaquetas de modo que a pessoa fique com um número superior a 80 000/mm³.

O fluxo gerado pelas rotações do ECMO poderá lesar os glóbulos vermelhos e causar sangramento. Desta forma, a hemólise pode ocorrer devido a falha da membrana (formação de fibrina e coágulos); bomba com alto fluxo, coágulos nas cânulas e alta pressão de sucção de sangue devido a hipovolemia (OE, 2021).

Para evitar a formação de coágulos no circuito devemos adotar ações como:

- Correta gestão da anticoagulação;
- Vigiar e monitorizar as pressões pré e pós membrana do oxigenador que pelo gradiente pode ser indicativo de presença de coágulos no mesmo. Ou seja, coagulação no oxigenador é representado pelo aumento do gradiente;
- Vigiar a formação de coágulos no oxigenador e nos componentes do circuito com uma luz;
- Avaliar a temperatura central da pessoa.

O tratamento é realizado através da transfusão de concentrado eritrocitário, plaquetas, plasma e substituição de todo o circuito de ECMO.

Complicações cardiopulmonares

- ✓ **Complicações cardíacas** – incluem alterações do miocárdio, que podem acontecer nas primeiras 48 horas de início do ECMO. Temos ainda a hipertensão, devido ao risco hemorrágico e de Acidente Vascular Cerebral, e a arritmia devido à hipoxia e ao desequilíbrio eletrolítico.
- ✓ **Complicações pulmonares** – o edema agudo do pulmão, a hemorragia pulmonar, a embolia pulmonar e a hipertensão pulmonar são complicações frequentes.

Enquanto estiver sob o suporte de ECMO, a perfusão sistémica e o volume intravascular devem ser mantidos. De modo a analisar o status do volume pode ser analisado pela monitorização do débito urinário, por sinais físicos de hipoperfusão, através da PVC e da PAM. O débito cardíaco pode desta forma ser reforçado com agentes inotrópicos (OE, 2021).

Complicações renais

Durante as primeiras 24-48 horas em ECMO é comum acontecer oligúria, necrose tubular aguda associada a permeabilidade capilar e depleção de volume intravascular devido ao ECMO desencadear uma reação inflamatória aguda. A fase diurética habitualmente inicia-se entre as 48-72 horas, no entanto se a oligúria persistir após 72 horas, bem como a necrose tubular aguda, as técnicas de substituição da função renal são a melhor solução para a lesão renal aguda.

Complicações nutricionais

As complicações do trato gastrointestinal incluem hemorragia, pode resultar do *stress*, isquemia ou tendências hemorrágicas. A hiperbilirrubinemia direta e cálculos biliares podem ocorrer pelo jejum prolongado, hemólise e diuréticos. De modo a tentar prevenir estas complicações deve-se iniciar o mais precocemente possível a nutrição entérica.

Complicações associadas à imobilidade

Para prevenir as complicações associadas ao fator imobilidade deve-se iniciar o mais precocemente possível o posicionamento das pessoas em ECMO nos vários semi-dorsais (direito e esquerdo), de forma a diminuir atalectasias e a condensação pulmonar posterior, contudo tendo em vista a situação hemodinâmica da pessoa.

Outras complicações

Ainda podem acontecer complicações como:

- Hipotensão Persistente / Hipertensão Persistente;
- SvO₂ baixa (<60%) / SvO₂ alta (>90%);
- Saturação Arterial de O₂ baixa (<80%);
- PaCO₂ Alta (>45 mmHg);
- Isquemia do membro;
- Pressão de acesso ↑↑ (> -300mmHg);
- Pressão de retorno ↑↑ (> 400mmHg);
- Hipóxia diferencial.

No que toca a modalidade ECMO VA o fluxo de sangue para o membro inferior ou superior, dependendo onde está inserida a cânula (femoral ou jugular), é baixo ou inexistente, sendo por este motivo necessário a colocação de uma linha de reperfusão em posição próximo-

distal na artéria femoral superficial ou axial superficial, para perfusão retrógrada a partir da cânula arterial de forma a prevenir o risco de isquemia do membro.

Para prevenir complicações ou sinais de hipoperfusão, o enfermeiro deve vigiar e monitorizar:

- A temperatura e oximetria de ambos os membros;
- O aspeto do membro onde está inserida a cânula, relativamente à rigidez e cor;
- A perfusão de ambos os membros com *Near InfraRed Spectroscopy* (NIRS);

Prevenção de complicações associadas ao circuito extracorporal

As complicações mecânicas que envolvem o circuito de ECMO podem traduzir risco de vida para a pessoa, e por isto, exigem respostas rápidas e eficazes. As complicações que podem acontecer são: coágulos no sistema, ar no sistema, falha na membrana permutadora de gases (oxigenador), anomalia ou falência da bomba, rutura do sistema e complicações associadas às cânulas.

7 - CONCLUSÃO

O ECMO permite assim que o coração e/ou pulmão recuperem de uma situação reversível perante o insucesso dos tratamentos convencionais e na perfusão de órgãos destinados a transplantação. O EEEMC participa nesta resposta e a sua intervenção deve ser igualmente consistente e competente, baseada na evidência científica produzida. Assim considera-se a existência de EEEMC com competência em ECLS, visto que são procedimentos complexos, de alto risco, dependentes de múltiplos recursos imprevisíveis em tempo e volume.

Tendo em conta que grande parte do meu estágio foi com pessoas em ECMO, a realização deste trabalho permitiu-me sintetizar ideias e esclarecer algumas dúvidas relativas aos cuidados e monitorização da pessoa em ECMO, permitindo-me uma prática de cuidados mais segura e eficiente. Inerentemente, levou ao desenvolvimento de competências e responsabilidades nos cuidados mais adequados às necessidades da pessoa em situação crítica em suporte de ECMO e sua família.

BIBLIOGRAFIA

Diário da República. (16 de julho de 2018). Regulamento n.º 429/2018. pp. 19359 - 19370. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

ELSO (Extracorporeal Life Support Organization). (2021). *Guidelines for Adult Respiratory Failure with Venovenous ECMO*. Obtido de: https://journals.lww.com/asaiojournal/Fulltext/2021/06000/Management_of_Adult_Patients_Supported_with.1.aspx

ELSO (Extracorporeal Life Support Organization). (2022). *Guidelines for Adult and Pediatric Extracorporeal Membrane Oxygenation Circuits. February, 2022*. Obtido de: https://journals.lww.com/asaiojournal/Fulltext/2022/02000/ELSO_Guidelines_for_Adult_and_Pediatric.1.aspx

Ordem dos Enfermeiros (2021). Guia Orientador de Boas Práticas. Cuidados à pessoa em situação crítica dependente de suporte extracorporeal de vida: um desafio para a prática especializada. ISBN: 978-989-8444-53-0

Apêndice XI - Póster “As Dificuldades dos Enfermeiros na Comunicação de Más Notícias”



INTRODUÇÃO

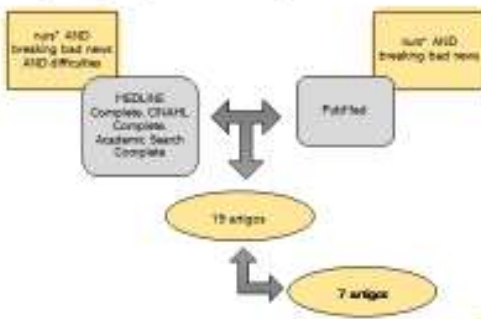
As más notícias em saúde têm sido descritas como qualquer situação má, triste ou informações significativas que têm um impacto negativo, no presente ou futuro, das visões ou expectativas de uma pessoa.¹ As dificuldades na comunicação destas notícias são definidas como listas vivenciadas durante a troca de informações, sentimentos e preocupações, podendo causar *burnout* nos profissionais de saúde. Os enfermeiros são os profissionais de saúde que passam mais tempo com a pessoa em situação de doença, assim é importante identificar as suas dificuldades na transmissão de más notícias.²

OBJETIVOS

Mapear a evidência científica relativamente às dificuldades que os enfermeiros sentem na comunicação de más notícias.

MATERIAIS E METODOS

QUESTÃO DE PÉRIDA: "Quais as dificuldades dos enfermeiros na comunicação de más notícias?"
P – Enfermeiros
C – Más notícias
C – Pré e intra hospitalar
Crítérios de inclusão: estudos disponíveis online, entre 2017-2022, em Português, Inglês e Espanhol de forma integral.



Quais as dificuldades que os enfermeiros sentem na transmissão de más notícias?



Catarina Alves¹, Inês Diaz¹, Lurdes Martins¹
^{1,2} Estudantes do Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem - A Pessoa em Situação de Doença
³ Instituto Superior de Ciências da Saúde - Enfermagem - ICS

PALAVRAS-CHAVE

Nurses,
Difficulties in communicating bad news

CONCLUSÃO

Múltiplos fatores
Necessidade de aquisição de conhecimentos através de **FORMAÇÃO**
Organização dos serviços

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bush, W. Speltz, M. Miller, L. & Cicchetti, M. (2017). Breaking Bad News: An evidence-based guide for pediatric nurses. *Child Journal of Nursing Society*, 27(5), 151-160. <https://doi.org/10.1111/cjn.12355>

2. Wang, D., Chen, Y., Wang, Y., Wang, Q., & Chen, Y. (2021). The effectiveness of educational intervention in nursing students' communication skills: A meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 32(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/jocn.15111>

3. Miller, F. G., Franks, R., & Clancy, C. (2007). Breaking bad news: A review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 22(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0311-2>

4. Miller, F. G., Franks, R., & Clancy, C. (2007). Breaking bad news: A review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 22(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0311-2>

5. Miller, F. G., Franks, R., & Clancy, C. (2007). Breaking bad news: A review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 22(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0311-2>

6. Miller, F. G., Franks, R., & Clancy, C. (2007). Breaking bad news: A review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 22(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0311-2>

7. Miller, F. G., Franks, R., & Clancy, C. (2007). Breaking bad news: A review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 22(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0311-2>

8. Miller, F. G., Franks, R., & Clancy, C. (2007). Breaking bad news: A review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 22(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0311-2>

9. Miller, F. G., Franks, R., & Clancy, C. (2007). Breaking bad news: A review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 22(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0311-2>

ANEXOS

Anexo I – Certificado de participação do póster científico

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enf.(a) **Catarina Alves, Inês Dias; Prof. Dra. Lurdes Martins** apresentaram, em coautoria, o Poster n.º 8 com o tema *As dificuldades sentidas pelos enfermeiros na comunicação de más notícias* 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 II – Ação de Formação “2022 Dia Mundial da Segurança dos Doentes da OMS –
Projecto ECH”**



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Inês Margarida Ruivo Dias

Nome do participante

**Projecto ECHO®
2022 Dia Mundial da Segurança dos Doentes da
OMS**

Realizado no dia

**2022-09-15 | Dia Mundial da Segurança dos
Paciente**

Anexo III – Ação de Formação “*Medication Without Harm – Supporting good medication medication practice in Nursing – Projecto ECHO*”



**World Health
Organization**



CERTIFICATE OF ATTENDANCE

Inês Dias

Participant's name

**Project ECHO®
WHO Nursing and Midwifery**

On

**2022-09-20 | Medication Without Harm -
Supporting good medication practice in Nursing**

Participant Signature

Anexo IV - Evento Comemorativo do Dia Mundial da Segurança do Doente “Medicação Sem Dano”



Declaração de Participação

Declara-se que **Inês Margarida Ruivo Dias** participou no *Evento Comemorativo do Dia Mundial da Segurança do Doente, "Medicação sem Dano"* que se realizou no dia 19 de setembro de 2022, das 09h00 às 13h00, organizado pela Comissão de Gestão do Risco e Comissão de Farmácia e Terapêutica do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL).

Lisboa, 22 de setembro de 2022

P' O Conselho Diretivo

Assinado por: **EDUARDO JORGE DELGADO
CATARINO**

Num. de Identificação: 05511449

Data: 2022.09.22 17:25:48+01'00'



Anexo V – Cinco Videoconferências “Medicação Sem Danos – Vamos falar sobre...”

1º

 **CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL**
Área de Formação

DECLARAÇÃO

Declaramos que **INÉS MARGARIDA RUIVO DIAS** frequentou a **Videoconferência**
"Medicação sem Dano - "Vamos falar sobre...mas que vêm do bem"", realizada
no dia **21 de setembro de 2022**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, **23 de setembro de 2022**


Área de Gestão de Formação
Cristina Santos
Área de Gestão de Formação

Declaração n.º **11246/2022/MC**
MEDICINA INTERNA (LHES)

Centro Autorizado pelo Despacho Normativo de 14 de 05 de 08/11
Processo de formação n.º 98009/04-0301 - 6235

2º

3º

 CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL
Serviço de Formação

DECLARAÇÃO

Declaro-se que **INÉS MARGARIDA RUIVO DIAS** frequentou a **Videoconferência "MEDICAÇÃO SEM DANOS - "Vamos falar sobre...o bom, o mau e o vilão"**, realizada no dia **28 de Setembro de 2022**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 21 de Outubro de 2022


Área de Gestão de Formação
Teresa Superior
Área de Gestão de Formação

Declaração N.º 12272/2022/MC
MEDICINA INTERNA 21157

Instituto Acreditado pelo Conselho Nacional de 14-05-2020
(Processo de Renovação nº 00079-04-2021 - ACS)

 CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL
Serviço de Formação

DECLARAÇÃO

Declaro-se que **INÉS MARGARIDA RUIVO DIAS** frequentou a **Videoconferência "MEDICAÇÃO SEM DANOS - "Vamos falar sobre...se a cor do medicamento interessa"**, realizada no dia **12 de Outubro de 2022**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 24 de Outubro de 2022


Área de Gestão de Formação
Teresa Superior
Área de Gestão de Formação

Declaração N.º 12553/2022/MC
MEDICINA INTERNA 21157

Instituto Acreditado pelo Conselho Nacional de 14-05-2020
(Processo de Renovação nº 00079-04-2021 - ACS)

4º

 CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL
Unidade de Formação

DECLARAÇÃO

Declara-se que **INÉS MARGARIDA RUIVO DIAS** frequentou a **Videoconferência "MEDICAÇÃO SEM DANOS - "Vamos falar sobre...quando o medicamento faz história"**, realizada no dia **19 de Outubro de 2022**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 08 de novembro de 2022


Catarina Sobrin
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 13086/2022/MC
MEDICINA INTERNA 2/HSJ

5º

 CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL
Unidade de Formação

DECLARAÇÃO

Declara-se que **INÉS MARGARIDA RUIVO DIAS** frequentou a **Videoconferência "MEDICAÇÃO SEM DANOS - "Vamos falar sobre...como fazer do longe perto"**, realizada no dia **26 de Outubro de 2022**, com a duração total de **2 horas**.

Lisboa, 08 de novembro de 2022



Catarina Sobrin
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 13213/2022/MC
MEDICINA INTERNA 2/HSJ

Autêntico Autêntico por Cópia e Manual de 1º-6º (201)
Processo de Reserva nº 260/08-01-2001 - ACSJ

Anexo VI – Duas ações de formação sobre “Segurança na Identificação do Doente”

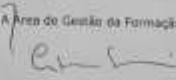
1º

 CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL
Unidade de Formação

DECLARAÇÃO

Declara-se que **INÊS MARGARIDA RUIVO DIAS** frequentou a **Ação de Formação "Segurança na Identificação do Doente"**, realizada no dia **26 de Setembro de 2022**, com a duração total de **3 horas**.


Lisboa, 10 de outubro de 2022

Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Unidade Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 11861/2022/MC
MEDICINA INTERNA 2/MS1

Entidade Acreditada por Decreto Ministerial de 14-05-2006.
(Processo de Renovação nº 08030-04-2001 - ACS5)

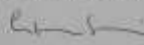
2º

 CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL
Unidade de Formação

DECLARAÇÃO

Declara-se que **INÊS MARGARIDA RUIVO DIAS** frequentou a **Ação de Formação "Segurança na Identificação do Doente"**, realizada no dia **26 de Outubro de 2022**, com a duração total de **3 horas**.

Lisboa, 06 de Dezembro de 2022

Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Unidade Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 14201/2022/MC
MEDICINA INTERNA 2/MS1

Entidade Acreditada por Decreto Ministerial de 14-05-2006.
(Processo de Renovação nº 08030-04-2001 - ACS5)

Anexo VII – Certificado de participação na rúbrica semanal “Segurança do Doente: da teoria à prática” com o tema “12 Certos na Preparação e Administração de Medicamentos”

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que:

INÊS MARGARIDA RUIVO DIAS

Participou como autor na rubrica semanal "Segurança do Doente: da teoria à prática", promovida pelo Gabinete de Segurança do Doente, com o tema: "OS 12 CERTOS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS" publicado na newsletter do CHULC: Eventos da Semana - Edição de N°144 - 07-10-2022

Assinado por: **Susana Maria Sardinha Vieira Ramos**
Num. de identificação: 07781341
Data: 2023.01.05 16:06:49 +0000



SUSANA RAMOS

Coordenação do Gabinete de
Segurança do Doente



CHULC, 19 DE OUTUBRO DE 2022

Anexo VIII – Certificado de participação como preletora na ação de formação “Segurança na Preparação e Administração de Medicamentos” com o tema “Preparação e Administração segura de medicamentos de alerta máximo – Relato de experiência”



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

Gestão de Formação

CERTIFICADO

Certifica-se que **INÊS MARGARIDA RUIVO DIAS** participou como Preleitora na ação de formação "**Segurança na Preparação e Administração de Medicamentos**", realizada no dia **4 de Novembro de 2022**, tendo apresentado o tema "*Preparação e administração segura de medicamentos de alerta máximo - Relato de experiência*".

Lisboa, 05 de Janeiro de 2023

Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

Anexo IX - V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem



V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Inês Margarida Ruivo Dias**, estudante n.º **192021087** 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.



inesmargaridadias@gmail.com

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

Amélia Simões Figueiredo
Universidade Católica Portuguesa

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



