



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

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

Por

Mariana Seabra Galante Macedo Guimarães

Porto, Março de 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO PROCESSO DE
TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA**

**ROLE OF THE SPECIALIST NURSE NO IN THE HEALTH-
DISEASE TRANSITION PROCESS OF PERSON IN CRITICAL
SITUATION**

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

Por

Mariana Seabra Galante Macedo Guimarães

Sob a orientação de Professora Doutora Patrícia Coelho

Porto, Março de 2022

RESUMO

O presente relatório pretende descrever o percurso académico realizado nos dois contextos de estágio da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, relatando o processo de aquisição das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros em 2019, para o Enfermeiro Especialista. Os contextos de estágio consistiram numa Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente e num Serviço de Medicina Intensiva, nos quais foi possível refletir e adquirir conhecimentos e prática em Enfermagem Médico-Cirúrgica face à pessoa em situação crítica. A metodologia escolhida foi a descritiva e crítico-reflexiva e o relatório está cronologicamente estruturado por introdução, início do percurso e competências, estando ainda subdividido pelos 4 domínios das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Em cada Domínio e para cada objetivo especificado, realizou-se uma análise crítico-reflexiva sobre as atividades e os aspetos mais relevantes do estágio. Por fim, encontra-se a conclusão.

Enquanto futura Enfermeira Especialista, os temas aprofundados permitiram-nos obter aptidões capazes de darem resposta à pessoa em situação crítica nos processos de transição, através das propostas de melhoria sobre a gestão de risco na preparação medicamentosa e a comunicação efetiva com a implementação da ferramenta ISBAR, digitalmente. Realizou-se ainda uma revisão da literatura sobre os critérios atribuídos à pessoa em situação crítica, em fim de vida na triagem de um serviço de urgência. Destacamos as reflexões críticas produzidas sobre as práticas seguras e o percurso para o desenvolvimento de competências capazes de darem respostas à pessoa em situação crítica e/ou família. Na prática profissional, ética e legal, promoveu-se propostas de melhoria, contribuiu-se para as dinâmicas funcionais e organizacionais; desenvolveu-se estratégias de tomadas de decisões alicerçadas nos princípios, valores e normas deontológicas e demonstrou-se discernimento crítico face aos problemas da prática profissional. No domínio da qualidade, propôs-se programas de melhoria, geriu-se a comunicação interpessoal, situações de instabilidade e geriu-se a medicação emergente com práticas seguras, fundamentadas pela aquisição de conhecimento científico. Na gestão de cuidados de enfermagem, geriu-se também a comunicação interpessoal; garantiu-se a segurança e a qualidade na prestação de cuidados; refletiu-se sobre a adequação dos recursos.

Por último, o desenvolvimento de aprendizagens na prestação de cuidados de qualidade permitiu-nos contribuir para a resolução de problemas com assertividade e responsabilidade perante situações de risco, otimizando o trabalho da equipa e promovendo intervenções baseadas na evidência junto das pessoas em situação crítica em fim de vida. Também a proatividade na procura de evidência para a promoção e implementação das melhores técnicas e normas científicas, nos permitiu colaborar com intervenções orientadas para uma melhoria nas vigilâncias, monitorizações e gestão da terapêutica, bem como na monitorização invasiva, monitorização de eletrocardiograma, a hemofiltração, a colocação do cateter venoso central, entre outras intervenções. Estas aprendizagens contribuíram para uma enfermagem avançada, segura e diferenciadora perante as necessidades da pessoa em situação crítica e através da reflexão-crítica das experiências vivenciadas foi possível expor os desafios ultrapassados e as oportunidades proporcionadas para a aquisição de competências diferenciadoras na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, Unidade de Cuidados Intensivos, Transições saúde-doença, gestão de risco.

ABSTRACT

This report aims to describe the academic path carried out in the two internship contexts of the curricular unit "Final Internship and Report", reporting the process of acquiring the competencies defined by the Order of Nurses in 2019, for the Specialist Nurse. The two internship contexts took place in a Multipurpose Intermediate Care Unit and an Intensive Care Service, in which it was possible to reflect and acquire knowledge and practice in Medical-Surgical Nursing to the person in critical situation. The methodology chosen was descriptive and critical and the report is chronologically structured by introduction, beginning of the route and competencies, being subdivided by the 4 domains of the Specific Competencies of nursing specialist nurses to the person in critical situation. In each Domain and for each specified objective, a critical-reflective analysis was carried out on the activities and the most relevant aspects of the internship. Finally, there is the conclusion.

As a future Specialist Nurse, the indepth themes have allowed us to obtain skills capable of responding to the critical person in the transition processes, through proposals for improvement on risk management in drug preparation and effective communication with the implementation of the ISBAR tool, digitally. A literature review was also carried out on the criteria attributed to the end-of-life person in the screening. We highlight the critical reflections produced on safe practices and the path to the development of skills capable of giving answers to the person in critical situation and/or family. In professional, ethical and legal practice, proposals for improvement were promoted, and functional and organizational dynamics were contributed; decision-making strategies were developed based on principles, values and ethical norms and a critical discernment was demonstrated for the problems of professional practice. In the domain of quality, improvement programs were proposed, interpersonal communication, situations of instability were managed and emerging medication was managed with safe practices, based on the acquisition of scientific knowledge. In nursing care management, interpersonal communication was managed; safety and quality in care has been ensured; reflected on the adequacy of resources, among others.

Finally, the development of learning in the provision of quality care has allowed us to contribute to the resolution of problems with assertiveness and responsibility in situations of risk, optimizing the work of the team and promoting evidence-based interventions among people in critical situations at the end of life. Also the proactivity in the search for evidence for the promotion and implementation of the best techniques and scientific standards, allowed us to collaborate with interventions aimed at improving surveillance, monitoring and management of therapy. Examples of this: invasive monitoring, electrocardiogram monitoring, hemofiltration, placement of the central venous catheter, etc. These learnings contributed to an advanced, safe and differentiating nursing in the needs of the person in critical situation and through the reflection-criticism of the experiences experienced it was possible to expose the outdated challenges and the opportunities provided for the acquisition of differentiating skills in the provision of care to the person in critical situation.

Keywords: Medical-Surgical Nursing, Critical Situation, Intensive Care Unit, Health-disease transitions, risk management.

*“Aqueles que passam por nós não vão sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”*

(Antoine de Saint-Exupéry)

AGRADECIMENTOS

Cabe-me antes de mais agradecer de forma especial à minha orientadora, Prof.^a Doutora Patrícia Coelho, pela sua colaboração exímia, pela disponibilidade e por me ter incentivado a chegar sempre mais longe. Obrigada por “(...) exigir de cada um o que cada um pode dar” e demonstrar que vale a pena lutar pela nossa profissão relembrando a frase do Príncipezinho: “o tempo que dedicaste à tua rosa é que a fez tão importante”.

Agradeço também a todos os docentes do Curso de Mestrado que me acompanharam ao longo deste ano transmitindo-me muitos conhecimentos, enriquecendo o meu percurso académico, incluindo os tutores de estágio, pelo empenho, carinho, partilha e exemplo como Enfermeiros com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, demonstrando que se pode de facto fazer a diferença junto dos doentes, família e equipa; a todos os doentes, por me incentivarem a desenvolver mais competências para exercer de forma especializada os meus cuidados e ir ao encontro das suas necessidades no processo ou processos de transição saúde-doença; aos meus colegas de trabalho da ala N, e de curso, pelo companheirismo; não podendo deixar de mencionar as minhas queridas colegas que foram e são as melhores colegas que podia desejar; aos meus amigos, pela força e pelos momentos em que não pude estar presente. São a melhor retaguarda; ao tio pela preocupação e apoio.

Agradeço também aos meus pais pela motivação e amor constantes, apesar das minhas ausências nestes meses, mas com o apoio incondicional; pelo exemplo de profissionalismo e dedicação em tudo o que fazem, por me mostrarem que os valores são o maior tesouro que podemos ter na vida e que, com eles, podemos e devemos construir um mundo melhor.

Agradeço sobretudo a Deus por me ter sustentado nos momentos mais difíceis da minha vida ao longo deste ano; e por fim, mas não menos importante, à minha Querida avó, que já cá não está, mas que me mostrou como é tão importante e digna a vida da Pessoa em Situação Crítica, em fim de vida.

LISTA SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCDE- “A – Airway; B – Breathing; C - Circulation; D – Disability; E- expose/environment”

ABCDE- A -Avaliação, prevenção e tratamento da dor; B- Despertar o paciente e treinamento de respiração espontânea; C- A seleção de sedação e analgesia D- Avaliação, prevenção e gestão do delirium; E- Mobilização precoce F- Envolvimento da família.

APE- Ambiente de prática de Enfermagem

ASHP- American Society of Health-System Pharmacists

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIS - Índice Bispectral

B-ON- Biblioteca do Conhecimento Online

BPS - Behavioral Pain Scale

CA- Cateter arterial

CAM-ICU - Confusion Assessment Method

CCIRA- Comissão de Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos

CO2 - Dióxido de Carbono

COVID - Corona Vírus Disease

CP- Cuidados Paliativos

CPAP - Continuous Positive Airway Pressure C

CVC- cateter venoso central

CVVHD - Hemodiálise veno-venosa contínua

CVVHDF - Hemodiafiltração veno-venosa contínua

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DEMI- Departamento de Emergência e Medicina Intensiva

DGS - Direção Geral de Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRC- Doente renal crónico

EA- Eventos adversos

ECG - Escala de Coma de Glasgow

ECTS - European Credit Transfer System

EE - Enfermeiro Especialista

EEMIH- Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMI - Emergência Médica Intra-hospitalar

ERC- European Resuscitation Council
ET- Tubo endotraqueal
FAA- Administração Federal de Aviação dos Estados Unidos
HCO₂- Bicarbonatos
HD- Hemodiálise
IACS- Infecções associadas aos cuidados de saúde
ICDSC- Intensive Care Delirium Screening Checklist
ICN – International Council of Nurses
ICS – Instituto de Ciências da Saúde
IBSP- Instituto brasileiro para segurança do paciente
ISBAR- Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation;
ITU- Infecção do trato urinário
JCAHCO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare
MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
NAS – Nursing Activities Score
NASA- Administração Nacional de Aeronáutica e Espaço dos Estados Unidos
O₂- oxigênio
OAF- Alto Fluxo Nasal
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PA - Pressão Arterial
PaCO₂ - Pressão Parcial de Dióxido de Carbono no sangue arterial
PADIS- Dor, Agitação/Sedação, Delirium, Imobilidade e Interrupção do Sono
PAI - Pneumonia Associada à Intubação
PaO₂ - Pressão Arterial de Oxigênio no sangue arterial
PAVI- Pneumonia Associada à Ventilação Invasiva.
PBE- Práticas baseada em evidências
PCR - Paragem Cardiorrespiratória
PNPS- Plano Nacional para a segurança dos doentes
PNS - Plano Nacional de Saúde
PNSD – Plano Nacional de Segurança dos Doentes
PSC - Pessoa em Situação Crítica
RASS - Richmond Agitation Sedation Scale

RCAAP- Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
RCP- Reanimação cardiopulmonar
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SaO2 - Saturação de Oxigénio no sangue arterial
SAV- Suporte avançado de vida
SAVP- Suporte avançado de vida pediátrico
SCUF - Ultrafiltração contínua lenta
SDRA - Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda
SE- Sala de Emergência
SMI- Serviço de Medicina Intensiva
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SRA- Síndrome renal agudo
SU- Serviço de Urgência
TAE- Teste de acordar espontâneo
TOT - Tubo Orotraqueal
TRE- Teste de Respiração Espontânea
TSR- Técnica de substituição renal
UC- Unidade curricular
UCI- unidade de cuidados intensivos
UCIP- Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente
UCP – Universidade Católica Portuguesa
ULS- Unidade Local de Saúde
VNI- Ventilação Não Invasiva
VVH - Hemofiltração veno-venosa contínua

ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO	17
2.INÍCIO DO PERCURSO	20
3.ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	23
3.1 Competências no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	27
3.2 Competências no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	38
3.3 Competências no domínio da Gestão dos Cuidados.....	49
3.4 Competências no domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais .	54
4.CONCLUSÃO	64
5.APÊNDICES	80
APÊNDICE I – “Artigo: Os critérios atribuídos à pessoa em fim de vida na triagem”	81
APÊNDICE II – “Proposta de Melhoria: Segurança do Doente e da Equipa de Enfermagem: Adoção de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, promovendo a segurança dos doentes e práticas seguras”.....	115
APÊNDICE III – “Segurança do Doente e da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência e na Equipa de Emergência Intra-hospitalar: Adoção de Práticas Seguras no âmbito da Identificação e preparação de administração dos fármacos de emergência” Proposta de Melhoria.....	170
6. ANEXOS	228
6.1 Os 14 tipos de Erros.....	229

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1- BUNDLE ABCDEF E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (ADAPTADO- TOVAR, 2021)	58
---	----

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), foi proposta a elaboração de um Relatório de estágio, que visa demonstrar a aquisição de competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros em 2019, para os Enfermeiros Especialistas e Enfermagem Médico-Cirúrgico na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. O título elegido “papel do enfermeiro especialista no processo de transição saúde-doença da pessoa em situação crítica” tem o propósito de expressar a abrangência dos trabalhos desenvolvidos para a aquisição de competências de especialista, demonstrando que o seu papel é fundamental para que haja uma prestação de cuidados de qualidade, nos processos de transição saúde-doença da PSC.

O estágio realizou-se em dois contextos de um hospital do Norte, exigindo cerca de 840 horas de trabalho, das quais, 360 correspondem às horas de contacto na prática clínica nos dois contextos e, as restantes, são referentes ao trabalho individual, às orientações de estágio e à participação nas sessões de seminário. O estágio decorreu entre 07 de setembro de 2021 e 17 de dezembro 2021. A orientação pedagógica ficou a cargo da Senhora Professora Doutora Patrícia Coelho, sendo a orientação nos contextos de estágio atribuída pelas Senhoras Enfermeiras Gestoras da Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente e Serviço de Medicina Intensiva, que elegeram os tutores de Estágio, os Enfermeiros Especialistas em Médico Cirúrgica (EEMC).

Atualmente, os cuidados de saúde tornam-se cada vez mais exigentes, por isso, sendo a Enfermagem uma ciência é necessário que os Enfermeiros Especialistas contribuam com a sua prática e investigação. Este tributo permite uma evolução na prestação diferenciadora dos cuidados e uma promoção de novas competências em enfermagem. Para que tal aconteça, é crucial o desenvolvimento de um corpo de conhecimento que possa ser aplicado à prática. Assim, os estágios são momentos fundamentais para o desenvolvimento dos conhecimentos e competências, no contexto da prática clínica. Os princípios deontológicos e a visão holística do doente foram fulcrais em toda a dinâmica assistencial, aperfeiçoando o desempenho com uma participação ativa no estágio, com a execução e avaliação dos cuidados de enfermagem à PSC na UCIP e SMI. Como tal, o presente relatório tem como objetivos: conhecer o percurso realizado ao longo do estágio final para atingir os objetivos gerais e específicos propostos no Projeto de Estágio, demonstrar a implementação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias, realizar uma análise

crítico-reflexiva das experiências vividas na identificação de oportunidades na procura de soluções e estratégias para a execução das mesmas, difundir o conhecimento científico para a prática promovendo a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados e, por último, demonstrar a aquisição de competências descrevendo todas as atividades, situações/problemas de saúde identificados e quais foram as soluções encontradas para concretizar os objetivos definidos.

Os objetivos do Relatório têm o intuito de permitir uma reflexão crítico-reflexiva sobre a prática no contexto de estágio, sobre as tomadas de decisão realizadas, as intervenções e ações desenvolvidas, sendo estas, fundamentadas sempre no conhecimento científico adquirido previamente, através de um estudo contínuo e pesquisa em diversas bases de dados e no Repositório da UCP. O estágio permitiu estabelecer juízos clínicos rápidos, com a deteção precoce e reversão das alterações clínicas apresentadas no doente crítico, em ambiente de cuidados intermédios e intensivos. Segundo o Regulamento publicado em Diário da República pela Ordem dos Enfermeiros (2019), os cuidados de saúde, nomeadamente, os cuidados de Enfermagem, assumem cada vez mais uma exigência técnica e científica exímia. Por este motivo, a Profissão tem-se desenvolvido cientificamente, através da diferenciação e especialização dos Enfermeiros. Nesta perspetiva, o EE é descrito como aquele que detém as competências científicas, técnicas e humanas para executar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem. (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019).

Ao longo de 3 anos de prática clínica como Enfermeira generalista, em múltiplos contextos clínicos como: SU, BO, Medicina Interna, Imagiologia, Cardiologia e, nos últimos 2 anos, numa ALA COVID, senti a necessidade de adquirir mais conhecimentos, mais competências e aptidões para dar uma resposta eficiente e diferenciadora aos doentes em situação crítica e às suas famílias. Assim motivada, inscrevi-me no MEMC à PSC para me tornar EE. Os primeiros passos para o desenvolvimento das competências do EE foram a aquisição de conhecimentos nas unidades curriculares teóricas no primeiro semestre e, posteriormente, na UC “A PSC em Família- Vigilância e Decisão Clínica” do 2º semestre, do 1º ano do curso, que decorreu num Serviço de Urgência (SU). Neste estágio, tive múltiplas oportunidades de aprendizagem e pude iniciar e implementar uma proposta de melhoria, que se tornou transversal para outros serviços, nomeadamente, no SMI.

Posteriormente, iniciou-se a UC “Estágio Final e Relatório” numa Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (UCIP) e, seguidamente, num Serviço de Medicina Intensiva. Importa

salientar que, para uma boa aprendizagem, é necessário o contributo de bons locais de estágio, com elevados conhecimentos e experiências, baseadas na evidência científica e, neste sentido, a escolha do local de estágio foi determinada por alguns critérios. O hospital escolhido oferece uma visão ampla do contexto ambiental e familiar do doente e permite dar respostas em conformidade com esse contexto nas transições saúde/doença. Além disso, é uma instituição reconhecida e de referência a nível nacional e internacional, como tal, um ótimo local de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Ao longo do início de funções como Enfermeira, os ambientes de cuidados intermédios e intensivos foram sempre locais que suscitaram muitos desafios e receios, uma vez que o suporte vital dos doentes requerem uma especialidade de cuidados e uma mobilização de recursos humanos e materiais específicos, como os equipamentos para a preservação e recuperação do funcionamento vital de todos os órgãos, assim como uma aquisição contínua de conhecimentos, destacando-se assim a enorme complexidade de cuidados de enfermagem, nestas unidades. Por isso, os cuidados de enfermagem especializados à PSC são definidos como aqueles que são extraordinariamente qualificados na prestação contínua de cuidados à pessoa que apresenta uma ou mais funções vitais em risco, respondendo às necessidades diagnosticadas e permitindo ter tomadas de decisões com a implementação de intervenções precisas, concretas, eficientes e em tempo útil, que mantenham a vida, de forma a preverem e detetarem o mais precocemente possível sinais de instabilidade. (Regulamento nº124/2011, p. 8656).

O presente relatório apresenta uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, e encontra-se estruturado cronologicamente: inicia-se pela introdução, seguida pelo início do percurso. No Capítulo 3, encontram-se descritos os 4 domínios das competências do EEMC à PSC e uma análise crítico-reflexiva detalhada sobre as atividades realizadas, os aspetos mais relevantes de cada contexto e quais foram as propostas de melhoria implementadas, apresentando as respetivas sugestões, soluções das mesmas e descrevendo a sua implementação. No capítulo 4, encontra-se a conclusão, que pretende dar uma análise transversal do relatório; no capítulo 5, as Referências Bibliográficas e, por fim, no capítulo 6, apresentam-se os Apêndices. Este documento seguiu as orientações das normas estabelecidas pela ISO (*International Organization for Standardization*), mais especificamente a norma ISO 690:2010.

2. INÍCIO DO PERCURSO

Na construção de um percurso, os primeiros passos são a chave para alcançar a meta e, como tal, para a aquisição de competências na qualidade de EE, o caminho principiou com a UC “A pessoa em situação Crítica em Família – Vigilância e Decisão Clínica”. A concretização desta UC envolveu um estágio de 180 horas num SU de um Hospital no Norte do País, que expõe todas as valências básicas, intermédias e diferenciadas. Este estágio decorreu entre 3 de maio de 2021 e 26 de junho de 2021, portanto, durante cerca de 8 semanas, completando as 180 horas obrigatórias de contacto com o doente previstas no plano de estudos do presente Mestrado. A concretização do estágio no SU revelou-se um grande desafio muito enriquecedor, pois possibilitou-nos inúmeras oportunidades de aprendizagem: tantas situações em que se necessitou da nossa intervenção rápida, eficaz e eficiente, própria de um EE a uma PSC. Isto refletiu-se nas múltiplas tomadas de decisão que assumimos, na identificação rápida dos potenciais problemas das PSC, com o consequente modo de atuação que as nossas competências permitiam: “prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis” (OE, 2017).

O tempo de estágio possibilitou contactar com os EE na área da PSC, sendo estes profissionais de muita experiência, que são reconhecidos nas suas equipas como elementos fundamentais na resposta às necessidades das PSC, assegurando cuidados seguros e diferenciadores, alicerçados num profundo conhecimento e experiência prática sustentada na evidência científica. Com este relatório, procurámos retratar as diversas atividades efetuadas e respetivas competências adquiridas no SU, atividades que contribuíram para este serviço e que contribuíram para o nosso desenvolvimento pessoal, permitindo assim evidenciar, com os olhos postos na meta, os primeiros passos para a especialização em EMC.

Recorrendo à observação e ao pensamento crítico, percecionámos, durante o nosso estágio, que um tema merecedor de ulterior reflexão seria: “Segurança do doente e da equipa de enfermagem no serviço de urgência e na equipa de emergência intra-hospitalar”. Para tal, adotámos práticas seguras no âmbito da identificação e preparação de administração de fármacos de emergência, pois detetámos uma oportunidade de melhoria para a equipa, tendo posteriormente percecionado que isso seria transversal a qualquer serviço. Tal assunto deparou-se-nos como da maior importância, pois a qualidade e a segurança no sistema do SNS são um dever ético, enquanto colaboram decisivamente para a diminuição dos riscos

evitáveis, para a otimização do acesso aos cuidados de saúde, para as escolhas da inovação, da equidade e do respeito.

Para a concretização desta proposta, primeiramente, foi basilar elaborar uma consulta nas bases de dados, pesquisando à luz da evidência científica, os dados e conclusões sobre a temática. Posteriormente, foi estruturado um documento com uma proposta de melhoria, “Rotulagem dos fármacos preparados com etiquetas”, que informa, explica, demonstra e esclarece a equipa acerca da temática. Os erros de medicação são definidos pela OMS como “uso ou administração de determinadas substâncias inadequadamente, podendo causar prejuízos ao ser humano. Tais erros poderiam ser evitados e podem estar relacionados com várias etapas da medicação desde a prescrição até à sua administração” (WHO, 2019). Já o *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCCMERP) realça que os erros de medicação estão relacionados com as práticas implementadas pelos profissionais de saúde incluindo, entre outros, a prescrição, a rotulagem, a administração e o uso dos protocolos (NCCMERP, 2001).

Com fundamento na evidência científica selecionada, e perante as necessidades detetadas no SU, foi construído um documento que tem como objetivo sensibilizar os profissionais de Enfermagem do serviço onde estagiámos, para a implementação e uniformização dos procedimentos, garantindo assim uma preparação da medicação segura para o doente e profissional, prevenindo efeitos adversos e aperfeiçoando a qualidade de prestação dos cuidados. Posteriormente, foi atualizada e implementada a proposta em outro contexto de estágio. Com esta proposta, contribuímos com conhecimentos científicos e práticos, demonstrando os benefícios da utilização dos rótulos nos fármacos preparados, e incentivámos a equipa do SU a continuar a manter um patamar de excelência na prestação de cuidados, diminuindo o número de erros e de riscos para doentes e profissionais.

Na enfermagem especializada, a revisão integrativa é um método de pesquisa importante. O seu contributo ajuda na melhoria do cuidado prestado ao doente e à família através da procura e divulgação do conhecimento. Por isso, no decorrer do estágio, foi identificada uma outra área de carência de resposta às necessidades da PSC em fim de vida, dada a ausência de um fluxograma na Triagem de Manchester ou de uma via verde própria. À luz da evidência científica pesquisada, foi produzida uma revisão de literatura designada “Os critérios atribuídos para doentes em fim de vida na triagem no serviço de urgência”, uma vez que, para além de contribuir com novas evidências, tal perspetiva permite conhecer novas ferramentas para a triagem, que possibilitam aplicar critérios direcionados à PSC em

fim de vida. Isto possibilita ainda direcionar as pessoas para os serviços adequados, dar respostas adaptadas às suas necessidades, diminuir os riscos de tratamentos desadequados, entre outros. Assim, percebemos que o SU é um local crítico para prestar cuidados de enfermagem ao paciente em fim de vida, uma vez que na triagem de Manchester não existe nenhum fluxograma, nem nenhuma via verde, que dê resposta às necessidades destes doentes e famílias.

As atividades realizadas alicerçaram a importância das intervenções do EE. Nomeadamente, identificámos os critérios de admissão e transferência dos doentes intra-hospitalar e inter-hospitalar, adquirimos saberes na área das emergências pré-hospitalar e hospitalar, utilizámos procedimentos e técnicas mais comuns em emergência, como a entubação endotraqueal e a trombólise nos doentes com AVC, utilizámos a abordagem ABCDE em diversos casos clínicos - politraumatismos, AVC, PCR, queimadura, choque -, criámos e mantivemos um ambiente terapêutico e seguro nos cuidados diretos à PSC, adquirimos habilidades para a realização da Triagem de Manchester etc.

A nossa tomada de decisão em situações de urgência/emergência foi sempre com pensamento crítico e percebemos que a gestão de risco é essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, da supervisão clínica, uma vez que estas permitem uma identificação e avaliação das estratégias implementadas pela equipa e, conseqüentemente, propõem medidas de melhoria contínua e incentivam a aquisição de novos conhecimentos científicos e a sua aplicação na prática. Tudo isto proporcionou a aquisição de conhecimentos nas áreas de segurança do medicamento e de cuidados à PSC, na gestão e controlo de dor, na comunicação, nas medidas de prevenção e controlo da infeção, na supervisão e gestão de cuidados etc. Destacamos também o desenvolvimento de competências de investigação, das quais se destacam o uso eficiente das bases de dados *Pubmed*, *Scielo* e *B-on*, sobre os temas elencados.

3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Nos hospitais são admitidos no SU doentes crónicos ou doentes agudos, sendo possível identificar aqueles que não requerem cuidados intensivos, mas que precisam de mais cuidados do que numa enfermaria geral. No decurso da história ocorreram diversos acontecimentos que potenciaram o desenvolvimento da medicina intensiva, refletindo-se este na criação de UCI/SMI. Em Portugal, a primeira Unidade de Cuidados Intensivos ocorreu durante o séc. XX na década de 50 (PAIVA et al., 2016). É importante destacar que, com a evolução tecnológica e o conhecimento científico, a medicina intensiva assumiu um papel fulcral na avaliação e no cuidar da PSC, disponibilizando cuidados diferenciados e adaptados às suas exigências clínicas, cuidados estes que se devem guiar pelos padrões de qualidade.

A nível europeu, foram estabelecidos três níveis de UCI, sendo aconselhável que coexistam na mesma instituição hospitalar. Para tal, os critérios diferenciadores de cada nível de UCI relacionam-se com o tipo de cuidados necessários, o tipo de técnicas utilizadas e os recursos disponibilizados na instituição. Quando falamos de uma Unidade de Nível I, estamos a descrever a UCIP, sendo um local que assegura a monitorização da PSC, habitualmente não invasiva, de doentes em risco de disfunção/falência orgânica. Relativamente à Unidade de Nível II, esta demonstra perícia com a monitorização invasiva e de suporte das funções vitais, sendo que pode não ter valências e recursos de forma esporádica ou permanente. Nos últimos anos, estas unidades encontram-se integradas ou trabalham em parceria com a UCI de nível III. As Unidades de Nível III são denominadas Serviços de Medicina Intensiva//Unidades de cuidados intensivos e são constituídas por equipas dedicadas (de enfermagem e médica), funcionalmente, implicando quadros jurídicos próprios e implicando uma presença física durante 24 horas. Além disso, quando os hospitais apresentam uma Urgência Polivalente é exigida aos hospitais a existência destas unidades.

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa (UCP) abrangeu a prática clínica em estágio, o trabalho individual realizado, as orientações tutoriais e os seminários que decorreram ao longo deste percurso. Os estágios realizaram-se numa Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (UCIP) e num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um hospital do Norte, com a supervisão clínica de Tutores, preferencialmente, Mestres em Enfermagem e enfermeiros especialistas em EMC. Estes estágios decorreram entre 07 de setembro de 2021 e 17 de dezembro 2021, refletindo-se em 360 horas de contacto com o doente, previstas no plano de estudos.

A área de especialização em Enfermagem à PSC tem como alvo o doente crítico. Entende-se que estes cuidados especializados sejam altamente diferenciadores na prática clínica, na medida em que são executados ininterruptamente à pessoa que apresenta uma ou mais funções vitais em risco imediato, como foi possível perceber, atuar e intervir ao longo do Estágio. Isto comprovou-se com as respostas dadas às necessidades detetadas perante a PSC, intervindo com planos de cuidados ajustados à situação crítica, de forma a restabelecermos as funções básicas no processo de transição saúde-doença, prevenindo o surgimento de complicações e promovendo intervenções de enfermagem que aumentem a autonomia da pessoa. Estas intervenções implicam um grande conhecimento científico para que o EE consiga dar resposta aos défices que a PSC apresenta. Estas intervenções diferenciadoras têm como objetivo reverter os défices que a PSC manifesta, de forma que esta atinja o máximo de autonomia e, se possível, se expresse numa recuperação total. Por este motivo, os cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e pesquisa contínua de novos conhecimentos com o objetivo de conhecer continuamente a situação da PSC, de prever e detetar precocemente as complicações, de garantir uma intervenção adequada, concreta, eficiente e em tempo útil. Isso implica uma avaliação diagnóstica e uma monitorização continua numa situação crítica, pois cuidar da pessoa a experienciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência especializada, assim como o é a resposta a eventos de catástrofe ou emergência multi-vítima, a maximização da intervenção na prevenção e o controlo da infeção perante a PSC. (OE, 2017)

No atual capítulo, começamos por uma curta contextualização dos locais dos campos de estágio e, de seguida, será concretizada uma análise crítico-reflexiva no que concerne às atividades e competências adquiridas nos dois locais por ordem cronológica da realização do estágio.

O primeiro contexto de estágio foi o da Unidade de Cuidados Polivalente (**UCIP**), que é uma área de alto risco para ocorrência de eventos indesejáveis, devido à rotatividade e dinâmica de atendimento, pela grande procura de doentes com níveis variados de gravidade, implicando uma sobrecarga de trabalho e dificultando a preparação prévia da alta clínica, uma vez que é um serviço muito dinâmico. Trata-se de uma unidade polivalente de carácter multidisciplinar, pois compreende o atendimento de doentes com múltiplas patologias, de diversos sistemas orgânicos, englobando especialidades do foro médico e cirúrgico e as especificidades dos seus tratamentos. Permite uma maior e melhor flexibilidade na triagem

da pessoa em situação crítica. A nível de custo-benefício, é considerada a melhor solução, uma vez que diminui a ocupação de recursos humanos e materiais nas unidades de cuidados intensivos e assegura a admissão de doentes com instabilidade clínica moderada ou potencialmente grave, aumentando a acessibilidade a cuidados intensivos limitados. São unidades de *step-down* dos doentes internados em unidades de cuidados intensivos, possibilitando uma alta mais precoce desse tipo de unidades, sem aumentar o período total de internamento. Permite também uma vigilância dos doentes no pós-operatório que necessitam de monitorização contínua durante mais tempo.

No contexto de UCIP, a equipa de Enfermagem é composta por vinte e três enfermeiros: uma Enfermeira Chefe, duas EE em Enfermagem de Reabilitação, dois EE em EMC e 18 Enfermeiros generalistas. A distribuição dos enfermeiros é efetuada de acordo com uma escala que garante um *ratio* enfermeiro/doente de 1:4. É de salientar que duas enfermeiras especialistas de Médico-Cirúrgica se encontram fora da escala de cuidados diretos, uma enfermeira com funções de enfermeira chefe e um enfermeiro de apoio à gestão do serviço, denominada Enfermeira de Referência. A UCIP desempenha um papel fundamental nas diversas “Vias Verdes” existentes no hospital – Via Verde Coronária, Via Verde de AVC e Via Verde de Sepsis, sendo o local de admissão dos doentes que preenchem os critérios necessários para prosseguir os protocolos definidos. Este serviço ocupa um espaço próprio localizado no piso 1 da unidade Hospitalar, possui 13 camas de internamento, sendo que uma pode ser para isolamento com pressão positiva, possuindo a capacidade de acompanhar doentes instáveis que necessitem de maior vigilância. Todos os recursos materiais no hospital são meios facilitadores na prestação de cuidados mas, na UCIP, destacam-se particularmente as condições existentes, pois apresenta camas ergonómicas e automáticas, com condições técnicas para monitorização contínua de tensão arterial (invasiva ou não), frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação periférica de oxigénio, telemetria, dióxido de carbono, entre outras.

O segundo contexto de estágio foi o do Serviço de Medicina Intensiva (**SMI**) de nível III, que é uma área multidisciplinar e distinta pela sua complexidade no que se refere às Ciências da Enfermagem. Abrange especificamente a “prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)”. (PEREIRA, 2020) Cabe-lhes a responsabilidade de assegurar todos os cuidados ao doente crítico, em qualquer local do hospital, incluindo o serviço de urgência, através da presença

das equipas de emergência interna e do exercício de consultadoria nas SE, na UCIP, no SMI. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O SMI encontra-se no piso -1 de um Hospital do Norte, perto do SU. O Serviço de Medicina Intensiva integra a Emergência Interna e a Sala de Emergência. Este serviço apresenta uma capacidade até 22 camas, sendo que apenas 10 estão ativas na zona limpa (zona dedicada a doentes sem COVID-19), estando outras 10 unidades preparadas para isolamento em pressão negativa, com o grande objetivo de receber os doentes contaminados por SARS-CoV-2 com falência orgânica, e, as 2 restantes, para situações de catástrofe. Os doentes são admitidos por uma ordem de prioridade, sendo que podem provir de diferentes serviços: UCIP, SMIS de outros hospitais, BO, Serviços de Internamento e Serviço de Urgência (incluindo os doentes transferidos de outras unidades hospitalares).

No SMI, a equipa de Enfermagem é composta por uma Enfermeira Chefe, um EE em Enfermagem de Reabilitação, vários EE em EMC e Enfermeiros generalistas. A equipa de Enfermagem do SMI está subdividida em 5 equipas de trabalho, com 9 ou 10 elementos cada uma, sendo que um deles assume a função de responsável de equipa, que geralmente corresponde ao enfermeiro responsável pelo turno. Os responsáveis de turno são normalmente os EE e Enfermeiros *Senior's/Peritos*, ou seja, aqueles que apresentam competências, um conjunto de conhecimentos indissociáveis correlacionados à formação profissional de base e à experiência obtida ao longo do tempo, os quais desempenham um papel crucial na tomada de decisões durante o turno, substituindo a Enfermeira Chefe quando ausente. Este serviço apresenta recursos técnicos para vigilância e monitorização contínua da tensão arterial (invasiva ou não), frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação periférica de O₂, ECG, entre outros.

A elaboração do projeto de estágio, que ocorreu previamente ao início do estágio e sem conhecimento dos contextos, possibilitou sistematizar os objetivos gerais e os específicos, assim como planear as atividades e competências a desenvolver e adquirir ao longo do mesmo. Assim, com este dinamismo, foi possível uma contínua adaptação dos objetivos e competências a adquirir no decorrer do estágio, consoante as necessidades detetadas, promovendo-se assim uma resposta científica mais eficaz e ajustada aos contextos clínicos; o que, portanto, desencadeará reflexões crítico-reflexivas da prática e da teoria, imprescindíveis em todo o processo de tomada de decisão perante um doente crítico. O presente capítulo encontra-se organizado pelos quatro domínios das competências comuns do EE, sendo que os objetivos alcançados se encontram em *italico e sublinhados*.

Para cada objetivo, é realizada uma análise crítica às atividades realizadas em cada contexto de estágio, mencionando-as a negrito, seguindo a ordem cronológica. Por último, em cada subcapítulo, descreve-se quais as competências adquiridas no decorrer do estágio.

3.1 Competências no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

De acordo com o trecho descritivo deste domínio, no Regulamento n.º 140/2019-Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, pretende-se que o enfermeiro exerça a sua prática de forma segura, profissional, ética e legal utilizando aptidões no processo de tomada de decisão, segundo os princípios éticos e deontológicos. Neste sentido, o profissional deve ser possuidor de conhecimentos ético-deontológicos, que lhe facilitem o processo de reflexão e tomada de decisão, após uma avaliação das estratégias utilizadas na sua prática e no contexto onde exerce a sua profissão, zelando sempre pelas preferências do doente. Já segundo o Código Deontológico (2015), as intervenções de enfermagem são efetuadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. Os enfermeiros têm o dever de respeitar a pessoa humana e, com este dever, surge a responsabilidade de informar, obter o consentimento livre e esclarecido para toda e qualquer intervenção de enfermagem.

Com o propósito de obter competências inerentes neste domínio, foi crucial assegurarmos uma prática profissional segura alicerçada nos princípios éticos, empregando capacidades de tomada de decisão ética e deontológica nos dois contextos de estágio. (Regulamento n.º 140/2019). Nesta sequência, iremos considerar o processo de crescimento na aquisição de competências nesta área, nos dois contextos de estágio, em conformidade com os objetivos específicos traçados preliminarmente:

1º Objetivo Específico: Desenvolve capacidade profissional na área de prestação de cuidados individualizados, eticamente e legalmente, segundo práticas que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais dirigidas pelas normas legais, os princípios éticos e deontológicos;

Os enfermeiros generalistas e os EE têm como fundamento de todo o seu exercício profissional defender a liberdade e salvaguardar a dignidade da pessoa humana. Portanto, serão descritas as atividades realizadas em cada contexto de estágio, procurando demonstrar como alcançámos o objetivo estabelecido. O preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU, 1948) declara que a dignidade e os direitos de todas as

peças humanas são inalienáveis, assumindo essa dignidade como o fundamento da liberdade, da justiça e da paz a nível global.

No contexto de **UCIP**, foi possível adquirir competências dentro deste domínio pois foi um local facilitador na integração da dinâmica funcional e organizacional da equipa multidisciplinar, uma vez que, a equipa é envolvente e receptiva a novos elementos. Como objetivo específico, foi proposto integrar a dinâmica funcional do serviço, o qual foi possível atingir na sua totalidade. Para tal, foram desenvolvidas diversas atividades, dando um maior destaque à utilização da aplicação *SClínico* e dos sistemas de informação utilizados na UCIP. Ao longo da primeira semana, foi possível identificar o modelo de organização/metodologia de trabalho e a dinâmica funcional do serviço, cabendo aqui realçar a importância do papel da Enfermeira de Referência, EEMC, pois a sua tomada de decisão descentralizada com responsabilidade, autoridade na prestação de cuidados e na gestão da equipa permite aplicar o seu conhecimento científico, proporcionando autonomia ao enfermeiro, uma vez que, suporta todos os elementos da equipa, prestando cuidados às pessoas com risco de falência, facilitando o trabalho dos colegas e assegurando uma prestação de cuidados diferenciadora com técnicas e conhecimentos mais atualizados, nas quais pudemos colaborar. É notório que esta especialização traz muitos ganhos para a PSC e otimiza o trabalho da equipa, permitindo que os elementos que estão diretamente na prestação de cuidados se foquem nos restantes doentes.

Assim, foi possível integrarmo-nos como membros ativos da equipa. Para que tal fosse possível, estabelecemos uma comunicação eficaz e uma relação empática. Articulámo-nos com os elementos da equipa multidisciplinar no desempenho das atividades do serviço, na prestação de cuidados à PSC, de forma a contribuirmos para uma melhoria especializada. Nomeadamente, procurámos incentivar uma visão crítico-reflexiva da equipa para as práticas implementadas, mas sempre com uma postura humilde e proactiva, com o objetivo de promover uma otimização das mesmas intervenções. Assim, detetaram-se algumas situações de possível melhoria, surgindo uma correspondente proposta de melhoria.

Ao longo do estágio foi possível a demonstração de conhecimento perante a complexidade dos problemas da PSC sobre situações de síndrome coronário agudo, enfarte agudo do miocárdio, disfunção cardiocirculatória, tipo de choque, insuficiência respiratória, mecânica respiratória, doença pulmonar obstrutiva, traumatismo torácico, embolia pulmonar, perda de motricidade fina, perda de mobilidade, perda de força muscular, perda de autonomia, medo, ansiedade, tratamento de feridas complexas, medidas de prevenção de

úlceras de pressão, técnicas de posicionamento perante a pessoa com fraturas, sépsis, técnicas de comunicação, entre outros. Para que isso fosse possível, de forma contínua, procedemos a um estudo aprofundado em diferentes fontes de procura de evidência científica, como a *Scielo*, *B-on*, *ESBCOT* e *Pubmed*, para adquirimos o maior número de conhecimentos que pudessem contribuir para a recuperação da falência dos órgãos vitais da PSC.

Relativamente ao direito dos doentes no acesso à informação, foi realizada uma reflexão sobre a responsabilidade profissional, ética e legal na prestação dos cuidados de Enfermagem, assegurando os princípios da bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. A estes quatro princípios pode ser acrescentada a vulnerabilidade. O princípio de beneficência diz respeito ao dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício. (CDE, 2015; pág. 60). Este tem um impacto enorme nas tomadas de decisões uma vez que implica reflexão, uma validação das intervenções de enfermagem que implementamos na PSC, para que esta manifeste os seus desejos pessoais. Ao longo do estágio assumimos sempre este princípio, assegurando que não ocorresse qualquer tipo de erro ou intervenção que pudesse causar dano, tendo assim mais presente o princípio da não maleficência, procurando adquirir conhecimentos e desenvolvendo aptidões que fossem de encontro aos objetivos do Plano Nacional para a segurança do doente 2015-2020 (PNSD), salvaguardando assim, a segurança da PSC no âmbito da segurança cirúrgica, segurança na utilização da medicação e, principalmente, a segurança na comunicação.

Dando maior destaque ao princípio do respeito pela autonomia, no decorrer do estágio, procurámos que cada pessoa tivesse a possibilidade de deter uma tomada de decisão no seu plano de cuidados, fazendo com que cada uma se sentisse capaz de decidir por si, após a explicação de um procedimento. Neste sentido, a comunicação assume um papel crucial. Dependendo da forma como é transmitida e explicada a informação, a pessoa faz as suas escolhas, podendo inclusivamente assinar o consentimento informado, na aceitação ou recusa de um tratamento, como aconteceu ao longo deste estágio: na realização de cateterismos cardíacos, na colocação de *Pacemakers*, na realização de punções lombares, toracocenteses, no consentimento para a administração de hemoderivados, entre outros procedimentos.

A alínea a) do artigo 103º da Lei n.º 156/2015 do Diário da República afirma que os Enfermeiros devem respeitar o direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assumindo o dever de proteger e defender a vida humana, em todas as situações. Verificámos que a

humanização assume um lugar de grande importância em toda a nossa prestação de cuidados à PSC. Cabe ao EE garantir a sua promoção, otimização e implementação junto da equipa. Neste contexto, foi algo bastante notório que se refletiu também no modo como assegurávamos, em cada unidade da PSC, um ambiente organizado e limpo, de forma a promovermos a diminuição do risco de infeções, facilitarmos o acesso à PSC em segurança e o acesso rápido ao material em situações de instabilidade como em episódios de dessaturação, como ocorreu com um doente em desmame de O₂, que apresentava umas saturações iniciais de 94% com cânula com um FiO₂ de 0,36% as quais, posteriormente, reverteram para saturações de 80%. Nesta situação, o rápido acesso ao material de suplementação de O₂, como a máscara de venturi e cânula de oxigenoterapia de alto fluxo (OAF), permitiu reverter o quadro clínico, facultando um aporte de O₂ necessário para reverter a falência orgânica, mantendo um espaço seguro. Isso, de facto, fez-nos constatar que uma unidade bem organizada, permite uma resposta mais rápida e segura perante as complicações na PSC.

A humanização dos nossos cuidados assumiu uma grande importância também nos períodos de visita dos familiares à PSC, manifestando-se numa disponibilidade para recebermos os familiares, darmos informações sobre o estado atual e direcioná-los para a unidade do seu ente querido. Assim, foi possível reduzirmos, na maioria das vezes, a ansiedade e o medo que as famílias apresentavam à chegada ao serviço.

Diariamente, verificámos que a comunicação é utilizada entre os profissionais de saúde e as PSC durante a prestação de cuidados, mas, para que esta fosse eficaz nos processos de transição, foram imprescindíveis os nossos conhecimentos e competências, de maneira a que a PSC compreendesse as intervenções executadas ao longo de cada turno. E por este motivo, surgiu a necessidade de melhorarmos esta comunicação, de forma a garantirmos os vários processos de transição que cada doente foi vivendo. Realizou-se uma pesquisa sobre a escuta ativa e técnicas de avaliação das respostas não-verbais, nomeadamente, a utilização de folhas brancas e caneta, que permitiram a algumas PSC com traqueostomia descreverem os seus pedidos, necessidades, tendo-se tal revelado na nossa prática como uma das ferramentas facilitadores para uma comunicação eficaz e eficiente com as PSC a quem tivemos oportunidade de prestar cuidados ou assistir. Estas estratégias de comunicação permitiram validar se a informação tinha sido compreendida pela PSC e esclarecer as suas dúvidas sobre procedimentos e plano de cuidados.

VIEIRA et al. (2018) concluíram que a comunicação efetiva aumenta a eficiência dos profissionais de saúde e que as trocas de informações devem ser transmitidas de forma completa, sem obstáculos e ruídos entre os membros da equipa e as famílias. Para isso, tivemos a necessidade de utilizar uma postura de escuta ativa, de modo a compreendermos quais as preocupações da PSC e família. Um exemplo disso foi a situação gerada após a extubação de um doente, em que a família se demonstrou preocupada, pelo facto de o seu familiar não se alimentar oralmente; pelo que foi necessário explicar o que é a alimentação entérica e quais os seus benefícios no aporte nutricional.

Existiram algumas situações mais difíceis de gerir junto dos familiares, como a comunicação de más notícias. Também isso foi experienciado neste contexto de estágio. A comunicação de más notícias em saúde é uma área de grande dificuldade na relação doente/família/profissional de saúde, integrando uma das problemáticas mais difíceis e complexas nas relações interpessoais. Por conseguinte, para os profissionais de saúde é uma grande instigação, não só pela insegurança de enfrentar as reações emocionais e físicas do doente e/ou família, como também pela dificuldade de gerir a situação (PEREIRA, 2004). Segundo BECZE (2010), as notícias devem ser transmitidas de forma gradativa, com abordagem clara, somadas as necessidades e manifestações do paciente e familiares.

No estágio vivenciámos uma situação delicada junto de um doente com falência multiorgânica, traqueostomizado com necessidade de suporte ventilatório não invasivo, que apresentou duas peri-paragens detetadas pela monitorização cardíaca. Nesta situação, após um murro precordial, o doente reverteu e ficou prescrito que o doente ficaria sem indicação para SAV. Esta situação levantou algumas dúvidas na tomada de decisão pela equipa multidisciplinar. Após o *debriefing* a tomada de decisão da equipa multidisciplinar foi não reanimar a pessoa numa situação de PCR e solicitar colaboração de cuidados Paliativos para a promoção de conforto e de qualidade de vida nos últimos dias de vida. Em ambas as situações, utilizámos a abordagem “ABCDE”, para reconhecermos precocemente a estratificação da gravidade do estado do doente, prevenirmos mais disfunções e darmos suporte aos órgãos vitais em falência, neste caso, ao coração. Perante esta situação, deparámo-nos com a ansiedade de um familiar que expressou medo e angústia, especialmente a nível espiritual, ao perceber a situação do seu familiar. Depois de termos tomado as medidas necessárias para esclarecer os seus medos e receios, explicado o plano de cuidados previsto e quais as medidas que tinham sido tomadas, utilizou-se o Protocolo SPIKES sobre a comunicação de más notícias, que consiste num modelo orientador através

de 6 etapas. Estas etapas procuram tornar uma má notícia menos perturbadora, otimizando e orientando os profissionais a utilizarem estratégias favoráveis para que isso ocorra. Como tal, ao aplicarmos o protocolo SPIKES, seguimos várias etapas, correspondendo cada letra a uma etapa do protocolo: S – *Setting*, Preparação do local e postura do profissional, sala de reuniões; P – *Perception*, percepção da pessoa, de que modo a pessoa compreendeu a informação e conhece a sua condição de gravidade; I – *Invitation*, troca de informação, esclarecemos as suas dúvidas e informamos sobre os possíveis tratamentos; K – *Knowledge*, conhecimento do doente sobre os tratamentos; e – *Explore emotions*, explorar emoções, o que nos permitiu abordar cada pessoa de forma empática, através de uma escuta ativa; S – *Strategy and summary*, estratégias e síntese. Nesta última etapa fizemos uma reflexão com a pessoa e família sobre toda a informação transmitida (BAILE et al.,2000).

Na UCIP tivemos a oportunidade de assistir e participar na comunicação de más notícias e, para isso, a utilização do Protocolo SPIKES permitiu realizarmos uma preparação prévia. O protocolo ajudou-nos a dar a notícia de forma clara e aberta, mas sempre com a sensibilidade com que estas notícias devem ser dadas de forma gradual.

A Espiritualidade, a Enfermagem e a Dor são uma tríade indissociável no cuidar da PSC, porque são sentidas, vividas e experimentadas de forma única. Moreira (2021) afirma que a dor é o sintoma universal que une a tríade no ciclo vital desse ser humano; e a ansiedade resulta de sentimentos de medo, de insegurança, de intranquilidade, de excesso de preocupações, que também podem levar à dor, seja ela física, emocional ou espiritual. Por sua vez, Caldeira (2017) definiu o conceito de espiritualidade como complexo, pois apresenta diversos significados para distintas pessoas. Em todo o caso, o “cuidado espiritual é um aspecto fundamental da enfermagem e atender às necessidades espirituais dos pacientes pode melhorar seus resultados de saúde”. (CALDEIRA, 2017).

Já Katharine Kolcaba (2009), na sua teoria de médio alcance, demonstrou que o conforto “é a experiência imediata e holística de ser confortado mediante a satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental”. Sendo que, ao longo da construção desta teoria, Kolcaba acrescentou que o conforto da PSC “é muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos.”, pois atingem 4 níveis- contexto físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2009).

Ao longo do estágio, compreendemos que os enfermeiros precisam de uma “compreensão da espiritualidade e como isso pode ser afetado por doença ou lesão, para

melhor apoiar as necessidades espirituais dos pacientes”. (CALDEIRA, 2017) O modelo de Wright promove o carácter indissociável entre os três elementos: crenças, sofrimento e espiritualidade, numa situação de transição saúde-doença. Wright et. al. (2005) escreve que este modelo é “um cruzamento, ou interligação destes três conceitos” em que “o propósito, o significado e sentido da vida são interrogados, podendo ser afirmados (consolidados) ou postos em causa”. Um estudo realizado por Grant (2004) revelou que a equipa de enfermagem sugere que o conceito de espiritualidade “proporciona paz interior (100%), força para ultrapassar a crise (98%), relaxamento físico (97%), ajuda a perdoar (93%), facilita o estabelecimento de relações significativas com outras pessoas (94%), reduz a dor (85%) e promove um sentimento de paz pelo perdão de Deus (83%), ajudando a encontrar sentido na doença (77%).

Podemos então definir a espiritualidade como aquela dimensão da pessoa em que esta estabelece uma relação criatura com o divino, o transcendente, o Criador. Cabe ao EE manter e ser um instrumento facilitador no reequilíbrio da saúde espiritual da pessoa. Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) refere que a dimensão da espiritualidade é importantíssima e que o “profissional de saúde deve observar os pacientes e seus familiares em quatro aspetos: físico, psíquico, social e espiritual”. (BULECHEK, 2016). O Enfermeiro não precisa de ser religioso ou um praticante de qualquer religião. O que é necessário é que esse profissional esteja atento à causa do sofrimento, que pode envolver o mundo religioso espiritual da pessoa. Cabe ao EE verificar se a resposta à dimensão religiosa-espiritual do doente é algo desejado por este ou pela sua família.

Wanda de Aguiar Horta, ao propor a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) para a enfermagem, incentiva os Enfermeiros a estarem atentos às NHB na assistência de enfermagem, incluindo a espiritualidade, na tentativa de evitar o reducionismo às 8 necessidades biológicas e colaborando com uma experiência positiva do cuidado de enfermagem. A esperança, um melhor enfrentamento de doenças, paz, segurança, conforto e melhora terapêutica e do bem-estar são alguns dos benefícios que um cuidado espiritual de qualidade pode provocar em pacientes. A pessoa, perante uma doença grave, procura de forma muito frequente a ajuda espiritual. Tarouco et al. (2009) afirma que, quando não se consegue encontrar esse sentido, somos capazes de estar na presença de um quadro de Angústia Espiritual. (MENDES, 2014) Para dar resposta a esta angústia espiritual, é importante que o EE estabeleça uma relação de confiança apresentando-se com carinho,

facilitando o diálogo sobre as preocupações espirituais da PSC, dando suporte com orações individuais ou em grupo, participação em celebrações e rituais espirituais. O EE pode promover e assegurar as condições necessárias para manter um ambiente adequado para a prática da meditação (SILVA, 2020).

Portanto, muitas das competências que foi possível desenvolver na assistência espiritual foram atingidas, pois fomos capazes de recolher informações sobre a espiritualidade do doente, identificando as suas necessidades, soubemos apresentar soluções e falar com a equipa sobre a assistência espiritual planeada. Isto fez com que fôssemos capazes de lidar com os próprios valores e com os dos outros. Neste sentido, a comunicação com a PSC e a sua família foi uma competência adquirida. Envolvermos todos os participantes no processo de transição saúde-doente através de uma escuta ativa, o que nos permitiu perceber quais as necessidades manifestadas pela PSC e família.

A comunicação, sendo uma ferramenta na prestação de cuidados, foi capital para garantirmos a segurança da pessoa em contexto hospitalar, particularmente quando se deu a transferência de responsabilidade na prestação de cuidados de saúde, como foi o caso da passagem de turno e das transferências de doentes entre unidades. Segundo o parecer do Conselho Jurisdicional/20 de 2001, da OE, os locais de passagem de turno são geridos em cada contexto de trabalho e atendendo às suas necessidades. No contexto de estágio, a passagem de turno decorre no balcão de enfermagem, que é um espaço aberto, *Open Space*, o que potencia o risco de fuga de informação clínica, uma vez que os doentes que se encontram nas unidades à frente deste espaço estão a uma distância muito curta e, por conseguinte, conseguem ouvir a passagem de turno. Para salvaguardar esta situação, procurámos passar o turno o mais perto possível dos colegas, com um tom de voz mais baixo, não mencionando mais do que uma vez, o nome da pessoa em causa.

No contexto de estágio do **SMI**, foi possível colaborar em medidas de prevenção de práticas de risco, através da recolha dos dados epidemiológicos e na participação das auditorias internas do serviço, seguindo os protocolos previamente existentes. Neste seguimento, as IACS assumiram um foco da nossa atenção, pois estas são um problema oculto e transversal em todos os contextos hospitalares, particularmente no serviço de medicina intensiva. Assim, procurámos adquirir competências que dessem resposta a este domínio no contexto do SMI. O impacto das IACS resulta, nomeadamente, num aumento do tempo de internamento. A aplicação dos feixes de intervenção ou *bundles* tem vindo a

demonstrar ser uma vantagem, uma vez que a taxa de incidência de IACS, nos serviços do SNS, revela um decréscimo importante, comprovando o aumento de práticas seguras pelos profissionais.

A formação contínua das equipas é uma ferramenta eficaz na prevenção das IACS e, para isso, o EEMC à PSC assume o dever de assegurar práticas seguras. O impacto que os feixes de intervenção podem ter depende da formação dos profissionais das unidades, da existência de auditorias diárias e periódicas aos profissionais, para a promoção da melhoria contínua das equipas. (DGS, 2017)

Segundo a DGS (2017), a auditoria que evidencia interesse é a auditoria interna, associada aos Feixes de Intervenções do ITU, CVC e PAI. Estes feixes assumiram um papel importante na aquisição de competências ao longo do estágio, dado que nos foi possibilitada a participação e execução de auditorias aos feixes de intervenções no serviço. Após a reflexão com os enfermeiros tutores, o processo de auditoria comprova se a equipa executa as intervenções corretamente, se existem práticas que demonstram *deficit* de conhecimentos e de adesão a boas práticas e se é necessária a realização de formações em serviço para a otimização da implementação dos feixes de intervenções.

Na prestação de cuidados à PSC com CVC, tivemos a oportunidade de treinar e cumprir o “Feixe de Intervenções” do CVC preconizado pelo protocolo do serviço. Além disso, monitorizar a ventilação é um cuidado muito frequente no SMI à PSC. Nesta sequência, têm sido construídos diversos equipamentos para a avaliação dos parâmetros fisiológicos vitais. No SMI a utilização da capnografia é uma prática frequente e tivemos a oportunidade de observar que foi utilizada em situações de entubação endotraqueal, PCR, verificação do tubo TOT e ET, como instrumento auxiliar na entubação e na extubação. Além disso, este recurso, no estágio, permitiu-nos identificar a ocorrência de tentativas de extubações acidentais, monitorizar o desmame ventilatório, verificar a eficácia das compressões torácicas durante a RCP, detetarmos ciclos de respiração espontânea, entre outras. Num estudo randomizado com várias meta-análises, realizado por Bisesti et al. (2021), procurou-se descrever a ventilação e o uso da posição *prone* - decúbito ventral em doentes com COVID-19 no centro da unidade de terapia intensiva na Lombardia, Itália. Este estudo concluiu que o posicionamento em decúbito ventral é uma estratégia disponível para o tratamento da síndrome do desconforto respiratório agudo em doentes com COVID-19, recomendando esta posição por períodos de 12h-16h diárias. Conforme as diretrizes da *Surviving Sepsis Campaign* (ALHAZZANI, 2020) e da OMS (2020) face aos benefícios da

posição em decúbito ventral em situações de Síndrome de Pneumonia Aguda Grave, recomenda-se esta posição por períodos de 12h-16h diárias, em adultos com COVID-19. A manobra de supinação (colocar a PSC em decúbito dorsal) é geralmente mais simples do que o colocar em *prone*. Em ambos os procedimentos, existem intervenções que devem ser executadas.

O SMI apresenta uma Ala destinada para PSC com COVID-19 e, durante a passagem de turno, a equipa médica refletia com a restante equipa sobre o caso clínico de uma doente. Nessa troca de impressões multidisciplinar, realçou-se que esta não estava vacinada contra a COVID-19 por receio dos efeitos secundários da vacina, pois apresentava alterações cardíacas congénitas. Nessa reflexão, surgiu um dilema ético: se tivessem que escolher entre esta doente e outro doente para a única cama disponível de ECMO, por quem iriam optar. Alguns elementos responderam que deveria ser a PSC que estava vacinada. Uma das reflexões realizadas juntamente com os Enfermeiros tutores foi que, de facto, ao EEMC é moralmente exigido que este garanta os direitos e respeito pela PSC que dependa dos seus cuidados. O ato de cuidar, em todos os processos de transição saúde-doença, deve sempre fundamentar-se no respeito pela dignidade humana garantindo os valores éticos. (SILVA et al., 2016)

Ao longo da nossa prática no estágio, perante a PSC, fomos frequentemente confrontados com situações que implicaram da nossa parte uma tomada de decisão ética. Neste sentido, vimos a necessidade de desenvolver competências importantes para as nossas tomadas de decisão, uma vez que, em algumas situações ficámos com a consciência e pensamento ético mais inquietos, pois, perante alguns problemas não encontramos uma solução única, o que implicou, da parte da equipa, um exercício maior na deliberação ética. (JUNGES, 2014). Solucionar os problemas detetados na prática clínica, implica do EE criatividade, uma vez que, dependendo dessa resposta, podem existir ganhos em qualidade e segurança para os doentes (ZOBOLI, 2013).

Por conseguinte, foi importante aprofundar os conhecimentos sobre o que são os dilemas éticos, sendo estes então definidos como situações que apresentam apenas duas saídas extremas que se opõem, refletindo-se em duas situações incompatíveis. Tornou-se evidente que a tríade (autonomia, o conhecimento científico e a ética) é o pilar na resposta, na prevenção do EE perante um Dilema ético. Um dilema ético acontece quando existe um conflito entre dois valores morais, em que não há uma solução linear. A solução do dilema requer o envolvimento responsável e reflexivo dos profissionais, que lhes permitam uma

tomada de decisão fundamentada em questões e respostas que avaliem as diferentes alternativas, com o propósito de determinar qual a opção mais clara que deve ser tomada. (RABADÁN,2017).

Para que isso ocorra, Silva (2020) refere que é de “extrema importância a atualização constante sobre as normas éticas da profissão”, uma vez que, ao apropriarem-se de tais normas, os EE saberão agir mais corretamente e terão os alicerces necessários para tomarem uma decisão, alicerces indispensáveis na garantia da equidade do sistema de saúde, pois a mesma é um meio para assegurar a efetividade da justiça e, por conseguinte, um atendimento de qualidade, que respeite os princípios de beneficência e não-maleficência, perante a PSC (SILVA, 2020).

Perante a situação exposta e após a nossa reflexão, partilhámos com um dos Enfermeiros tutores, que não compreendia o porquê de a consideração do critério “ser vacinado” ter, só por si, maior peso na tomada de decisão, para que a PSC progredisse para cuidados de ECMO, prioritariamente face ao não vacinado. Recorreu-se à proposta de resolução do Parlamento Europeu sobre a violação dos direitos humanos relacionada com o certificado digital e a vacinação contra a Covid-19. O artigo 2º da Declaração Universal dos Direitos Humanos afirma que os seres humanos podem alegar os direitos e as liberdades, sem distinção alguma, independentemente de raça, de cor, de sexo de língua, de religião, de opinião política (...) ou outra situação. Segundo a alínea a) do artigo 143.º do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (2021), a “distinção, em termos de direitos humanos e liberdades, entre pessoas vacinadas e não vacinadas constitui uma grave violação dos direitos humanos”. A toma da vacina não é obrigatória, pois infringiria e violaria a Constituição, a Liberdade e a Dignidade da pessoa humana. Além disso, a distinção entre pessoas vacinadas e não vacinadas pode gerar atos de discriminação. Pudemos então concluir que o critério de a PSC ser vacinada ou não, não pode ser empregue na prática e que, portanto, teriam de ter em conta outros critérios, que não fossem relacionados com a vacinação para a COVID-19.

Por fim, analisamos o percurso realizado dentro deste domínio, tendo a consciência de termos colocado todos os meios para salvaguardar os valores éticos, deontológicos e jurídicos. Por este motivo, as competências adquiridas foram: promove com iniciativa propostas de melhoria para o serviço, dando um contributo para o desenvolvimento científico na prática clínica, nas suas dinâmicas funcionais e organizacionais; Fundamenta a prática clínica especializada com conhecimentos científicos; Desenvolve uma capacidade de

cooperação com os elementos da equipa multidisciplinar e hospitalar; Desenvolve estratégias de intervenção de EE promotoras de uma comunicação eficaz na relação terapêutica com o doente e família, adaptando-as aos processos de transição saúde/doença, segundo os princípios, os valores e normas deontológicas e demonstra discernimento crítico para os problemas da prática profissional.

3.2 Competências no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Atualmente, o ambiente de trabalho reflete a qualidade de cuidados que são prestados à PSC. Os EE assumem um papel fundamental nos resultados obtidos pela equipa, uma vez que são os responsáveis pela supervisão dos cuidados prestados à PSC. Cabe-lhes construir estratégias de gestão promotoras de um excelente ambiente de prática em Enfermagem (APE), que permitam o crescimento da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem à PSC. Para que tal aconteça, a segurança da PSC tornou-se um foco de atenção na prestação direta de cuidados, reduzindo o risco de danos resultantes de tomadas de decisão incorretas. Por conseguinte, a gestão dos riscos relacionada com a prestação de cuidados tem como principal objetivo otimizar e garantir uma maior segurança aos doentes, em particular, à PSC. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, no despacho n.º 1400- A/2015 de 10 de fevereiro de 2015, emitido pelo Ministério da Saúde, aponta os seguintes objetivos estratégicos: “1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno. 2. Aumentar a segurança da comunicação (...) 4. Aumentar a segurança na utilização da medicação. (...) 8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes. 9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos”. (Pág. 3882-3)

No que diz respeito ao domínio da melhoria da qualidade, este abrange a capacidade de adaptação, liderança, gestão de recursos, visando a garantia da qualidade dos cuidados prestados. Deste modo, apresentamos nos próximos parágrafos o desenvolvimento das competências dentro deste domínio, nos dois contextos de estágio, tendo em consideração os objetivos pré-determinados.

2º Objetivo Específico- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

O domínio da melhoria da qualidade abarca a conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade, garantindo práticas de qualidade, através de gestão e

participação em programas de melhoria contínua. Isto inclui o reconhecimento do EE como garante de uma melhoria de qualidade, o envolvimento e a avaliação das práticas para o atingimento dos resultados pretendidos, que, por sua vez, implicam uma revisão das intervenções implementadas, protocolos e normas do serviço e a adequação da instituição em prol de uma melhoria contínua que possibilite uma resposta eficaz e eficiente às necessidades dos doentes.

No decorrer do estágio, surgiu uma oportunidade de melhoria em que, apesar de ter havido critérios diferentes quanto à sua deteção nos dois contextos de estágio, a temática abordada é a mesma e as conclusões são semelhantes. Por este motivo, por ordem cronológica, será descrita a proposta de melhoria em ambos os contextos. No contexto de **UCIP**, o enfermeiro especialista adquire um papel “dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”. (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2019).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem destacam que o Enfermeiro Especialista é responsável pela “procura permanente da excelência no exercício profissional (...) e contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”. (OE, 2018) Neste sentido, o exercício profissional tem de se alicerçar na excelência do Cuidar e é indispensável estabelecer critérios de melhoria contínua da qualidade, tornando-se pertinente abordar este domínio para a aquisição de competências estabelecidas para a especialidade do EE, e que contribuem para a excelência da disciplina de enfermagem. Para que tal suceda, no exercício profissional, o enfermeiro contribui com intervenções de enfermagem dirigidas para as PSC, de forma que estas competências favoreçam o máximo potencial de saúde da pessoa, estimulando as suas capacidades e estratégias face à doença, de forma a atingir a sua recuperação. Com uma supervisão clínica presente, os ganhos em saúde tornam-se muito evidentes. A utilização da estratégia de comunicação na equipa interdisciplinar e multidisciplinar é fundamental. Os *briefings* de segurança ajudam as organizações a reduzir o risco de erros e a melhorar a qualidade dos cuidados (MAGALHÃES, 2017). Além disso, permitem aos profissionais refletirem sobre o modo de atuação e permitem discutir estratégias de melhoramento, envolvendo toda a equipa.

No estágio, foi possível detetar alguns pontos de melhoria, no que diz respeito à segurança da comunicação, surgindo assim uma proposta descrita no Apêndice II. Para a realização desta proposta utilizámos a técnica observacional para adquirir o diagnóstico situacional no contexto de estágio, com o objetivo de detetar debilidades e potencialidades

no decorrer da transferência dos cuidados na UCIP e saber como essa transferência é efetuada na unidade, observando quais são os instrumentos aplicados, como sucede a comunicação entre os profissionais e como se transmitem as informações entre os turnos (SILVA,2017).

A detecção de problemas na comunicação no decorrer da transição de cuidados foi objetivo tido em conta desde o primeiro momento na UCIP. Neste sentido, foram elaborados um instrumento de colheita de dados e uma grelha de observação, com a respetiva descrição dos itens a serem observados, instrumentos fundamentados e adaptados à norma 001/2017 da DGS. A norma tem como objetivo uniformizar a comunicação efetiva das equipas com a implementação avançada da técnica ISBAR, aumentando a segurança do doente, neste contexto da PSC. Há que destacar que o que motivou esta observação foram, por um lado, as partilhas com dois elementos da equipa e, por outro, a ausência de informação que começou a ser detetada na passagem de turno da manhã, comparativamente com a passagem de turno da tarde, do dia anterior. Verificámos de facto algumas dificuldades na passagem de turno, o que despoletou a proposta de melhoria. Realizámos uma recolha de dados, através de uma escala observacional para detetarmos quais os fatores não facilitadores da passagem de turno, com o intuito de encontrarmos as estratégias utilizadas pela equipa, as maiores dificuldades evidenciadas, os fatores que desencadeavam a dispersão da equipa, questionando se a utilização da técnica ISBAR era utilizada pela UCIP, se a identificação do doente era clara na passagem de turno e, por último, se o tempo de passagem de turno era adequado.

Perante isto, após uma análise crítico-reflexiva, foi possível compreender que a Comunicação Eficaz seria uma área na qual poderíamos dar um contributo à equipa, na gestão de risco e segurança do doente, em prol de uma passagem de turno de qualidade. Desta forma, após partilha com a tutora e com a concordância da mesma, foi elaborado um instrumento adaptado à realidade da UCIP, seguindo a diretrizes da DGS, segundo a norma NOC 001/2017. Este foi primeiramente apresentado à Enf^a Chefe, que concordou com o tema e com a sua implementação e, de seguida, individualmente, a cada enfermeiro da UCIP através de uma apresentação de *Power Point*.

Por sua vez, em contexto de **SMI**, os EEMC à PSC têm um papel fundamental no cuidado transicional, pois permanecem muito próximos das Pessoas e dos seus familiares/cuidadores, prestando cuidados diretos no atendimento às suas necessidades de saúde. Além disso, possuem competências e habilidades para planear e implementar os

cuidados no processo de transição de forma efetiva e individualizada, tendo como um dos principais pilares a educação em saúde (COSTA, 2021). A comunicação eficaz entre os profissionais de saúde é caracterizada por ser apropriada, explícita, completa, no momento certo e percebida pelo recetor (DGS, 2017).

Em consequência, o EE deve ser detentor de perícia que lhe proporcione ser um elemento facilitador no processo de transição, nunca esquecendo que o seu papel não pode ser de substituição ou de paternalismo, mas que deve assumir ser um papel de cooperação com a PSC, para que esta possa adquirir uma melhor qualidade de vida. Por isso, a transmissão da informação nos processos de transição de cuidados de EE deve estar alicerçada numa comunicação eficaz. Essa transmissão é crucial para a descrição da situação, como também a definição dos cuidados que devem ser prestados à PSC; e isso implica um processo fundamentado num procedimento de apoio à prática segura de cuidados de enfermagem especializada. (CASELHAS, 2020). Neste processo, é necessário que a equipa utilize ferramentas unificadoras de comunicação, de forma a diminuir o risco de erro. O estágio permitiu perceber que, tanto na UCIP como no SMI, o estado clínico da PSC pode sofrer alterações em segundos, podendo isso potenciar também um maior número de erros relacionados com a comunicação, uma vez que a tomada de decisão precisa de ser rápida e transmitida de forma precisa para que a resposta salvaguarde a falência dos órgãos vitais e, conseqüentemente, a vida.

A metodologia de passagem de turno de Enfermagem adotada no SMI implica dois momentos de transmissão de informação – a passagem de informação integral (entre os dois Enfermeiros prestadores de cuidados ao doente) e a passagem de informação relevante – “*briefing*” (entre o Enfermeiro que rececionou a passagem de informação integral e a restante equipa de Enfermagem presente nesse turno). Pretende-se com este projeto efetivar um plano de implementação da metodologia ISBAR no momento da passagem de informação relevante - “*briefing*”. Neste contexto de estágio, foi possível comprovar algumas dificuldades na passagem de turno. Após a observação da passagem de turno da manhã, recolheu-se alguns dados, que se encontram descritos na proposta, no apêndice II. Esta recolha de dados decorreu durante o período de 5/11 a 27/11. Após uma análise crítico-reflexiva sobre o que detetámos no início do estágio, e após a partilha com os tutores, compreendemos que a Comunicação Eficaz seria uma área na qual poderíamos dar um contributo à equipa, na gestão de risco e segurança do doente, em prol de uma passagem de turno de qualidade e inovadora. No contexto de estágio no SMI identificámos falhas na comunicação efetiva

umentando a incompreensão de algumas avaliações, dando azo a incorretas interpretações e a retenção de informações que não eram transmitidas. Perante esta situação, tal como decorreu na UCIP, procurámos colaborar com esta proposta de melhoria, que pretendeu promover a melhoria da segurança e da comunicação efetiva de profissional para profissional, endossando uma maior segurança do doente e prevenindo erros graves; o que também permitiu cooperar com uma das subequipas do SMI na sua proposta de melhoria, dando contributos para a mesma.

A melhoria contínua da qualidade reflete a capacidade do EE na implementação de estratégias de melhoria e o desenvolvimento de uma prestação de cuidados de qualidade, garantindo um ambiente terapêutico centrado na pessoa e gerador de segurança. (OE, 2019). Com uma reflexão contínua sobre os cuidados prestados pelas equipas da UCIP e do SMI, procurámos promover uma prestação de cuidados de enfermagem mais segura e eficiente. Com o desenvolvimento e aquisição destas competências inerentes a um EEMC à PSC, procurou-se avaliar, observar, supervisionar, refletir e aplicar estratégias que melhorem a qualidade das práticas de enfermagem, propondo uma oportunidade de melhoria, baseada na evidência científica. De facto, a implementação da ISBAR, tanto na UCIP, como no SMI, constituiu um processo gradual, que envolveu sugestões da equipa sobre a utilização desta ferramenta, o esclarecimento da equipa com ações de formações, o treino com a equipa nas passagens de turno com uso da ISBAR e, por último, no caso do SMI, ainda foi possível reunir com a subequipa que trabalha a temática da Comunicação Eficaz no serviço, para encontrarmos soluções em ordem a uma maior adesão da equipa à proposta de melhoria.

Após a validação das Enfermeiras Chefes e dos Enfermeiros Tutores, apresentámos aos Enfermeiros a ferramenta ISBAR, numa reunião de serviço, demonstrando a sua efetividade na otimização da passagem de turno. Vale a pena realçar que a ferramenta apresentada foi adaptada e foram reestruturados instrumentos facilitadores para a equipa da UCIP e para a equipa do SMI em ordem à implementação desta proposta. Como tal, encontram-se nos Apêndices todos os instrumentos necessários para que a equipa do SMI possa implementar a proposta e a equipa da UCIP possa dar-lhe continuidade: um Instrumento de Auditoria à Técnica ISBAR, para continuidade da formação, um Plano de Sessão de Formação, uma apresentação de formação em *Power Point* e, por último, um questionário de Avaliação de Formação em Serviço.

Na UCIP, a Técnica ISBAR foi implementada, deixando esta ferramenta otimizada no serviço, enquanto a implementação da Técnica ISBAR no SMI não foi possível no período

do estágio, por todos os processos inerentes ao serviço. Contudo, é de destacar que houve já um compromisso com a equipa no sentido de deixar esta ferramenta otimizada no serviço. Para que isso seja possível, juntamente com a Equipa de Informática do Hospital e com a autorização da Enfermeira Chefe, tal como foi criado um modelo em parceria com os serviços informáticos para a UCIP, será criado um formulário ISBAR para todos os doentes do SMI no *SClínico*. Por fim, com esta ferramenta digital, as equipas demonstraram-se mais motivadas para aderir e dar continuidade a esta proposta. Relativamente à equipa do SMI, a equipa ficou mais desperta e mais consciente da importância da proposta, que uma das subequipas do SMI realizou, uma vez que é um meio facilitador para acompanhar os processos de transição dos doentes de turno para turno, de forma otimizada e rápida.

3º Objetivo Específico: Desenvolve competências na área da Gestão de Risco referentes aos erros e acidentes que ocorrem na preparação e administração de terapêutica.

Dentro deste mesmo domínio, não sendo o menos importante, a gestão do ambiente terapêutico assume uma condição *sine qua non* para a promoção de uma prática segura na gestão de medicamentos e na prevenção de erros e incidentes medicamentosos, aumentando a segurança da comunicação, com a implementação de estratégias uniformizadoras. Segundo a *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (2000), o Erro de medicação é descrito como qualquer evento evitável que cause ou induza o uso inadequado de um medicamento, estando a medicação na vigilância e ao cuidado do profissional de saúde, paciente ou consumidor. Estes erros podem ocorrer no exercício profissional, na prescrição médica, na rotulagem dos produtos, na composição, ou nas falhas na distribuição, administração e monitorização. (Pág.1).

No ambiente de **UCIP**, deparámo-nos com um contexto rigoroso, em que os EEMC coordenam e gerem uma prestação de cuidados centrada na PSC, através de uma supervisão contínua na preparação terapêutica, detetando mais rapidamente práticas menos seguras. Assim cabe aos EEMC, de forma proativa, gerir situações de risco e promover práticas seguras em ordem à prevenção de incidentes. Por este motivo, procuramos adquirir mais conhecimentos sobre quais são os fatores de risco que proporcionam maior número de erros medicamentosos no contexto clínico recorrendo às bases de dados *SCIELO*, *B-ON* e *PUBMED*. Nestas bases de dados, foi possível encontrar fundamentação sobre a temática, sobretudo em artigos publicados entre 2015-2021. Perante os artigos que foram encontrados, percebeu-se que é essencial garantir a qualidade na assistência à PSC e, por isso, é necessária a implementação de estratégias de diminuição do risco, como a

implementação de uma ferramenta que facilite ao profissional diminuir o risco de erro. Uma ferramenta utilizada na preparação e administração de medicamentos no estágio foi a que designámos por “os 10 certos de enfermagem” (1 – Paciente certo, 2 – Medicamento certo, 3 – Dose certa, 4 – Via certa, 5 – Hora certa, 6 – Tempo certo, 7 – Validade certa, 8 – Abordagem certa, 9 – Previsão certa, 10 – Registro certo). A ferramenta exposta anteriormente garante uma maior segurança para a PSC e reduz as hipóteses de erros no decorrer do processo de preparação e administração da medicação. (COREN/SE, 2015).

O erro de medicação pode ocorrer no momento em que a prescrição médica prescreve doses ou medicamentos errados. A sobrecarga de trabalho ou a dispersão dos Enfermeiros, desencadeada por outros ou pelos doentes, também são considerados fatores potenciadores do erro de medicação. O *deficit* de conhecimentos sobre a droga administrada e sobre o problema de saúde da PSC, e mesmo o cansaço ou desmotivação dos enfermeiros resultante do excesso de horas de trabalho por trabalharem em mais do que uma instituição dado receberem baixos salários, são fatores que também expõem motivos para os erros (SILVA, 2018).

Além das questões sobre a preparação, diluição e acondicionação dos medicamentos, há também a necessidade de uniformizar os procedimentos de administração da medicação a fim de evitar erros e diminuir os riscos ao doente. Na UCIP verificou-se que os “10 certos” para medicação segura são aplicados pela equipa, de forma rigorosa, mas que as ocorrências de erros também acontecem, por stress e pelas situações complexas implicadas na abordagem à PSC. Por este motivo, existe no serviço uma tabela de referência, na zona de preparação da medicação, com a referência aos “10 certos”. Infelizmente, a ocorrência de erros na preparação e administração medicamentosas são situações que fazem parte da realidade dos enfermeiros, destacando-se o papel do Enf^o responsável de serviço, neste caso, nos dois contextos. O EEMC é fundamental para incentivar a equipa a detetar o erro e ajudar a solucionar e a prevenir potenciais reincidências. Além disso, os enfermeiros envolvidos no final do processo da administração de medicamentos assumem uma responsabilidade acrescida para impedirem os erros, uma vez que o ato de administrar se torna a última oportunidade de intervir, evitando a ocorrência de erros que poderiam ter-se iniciado no princípio deste processo (SILVA, 2018).

Os enfermeiros devem conhecer os tipos de erros de medicação mais frequentes para prevenir ou minimizar estes eventos, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Os erros de medicação não ocorrem devido a uma única causa, mas sim a

múltiplas, devendo estas ser identificadas para que se possa intervir de forma preventiva e corretiva. Por conseguinte, torna-se mais evidente que o papel e as intervenções do EE são extremamente necessários, para o que este deve implementar, como ocorreu ao longo do estágio, novos Protocolos de segurança de preparação e administração de medicamentos, para além do recurso a outros, como o protocolo de validação da Prescrição eletrónica, e da utilização de novas estratégias, como o sistema de dispensação por dose unitária, a utilização do Sistema de identificação de medicamentos por código de barras, utilização de etiquetas por roldana com o nome do fármaco, dose e via, validação das folhas terapêuticas por 2 enfermeiros, entre outras.

Figueiredo et al., (2018) realizaram um estudo de revisão integrativa com o objetivo de encontrarem evidências científicas que abordassem os principais erros de medicação e indagassem quais as causas de erro observados pela equipa de enfermagem nas instituições hospitalares e quais as estratégias implementadas para proporcionar uma maior segurança medicamentosa nestas instituições. Em resultado, identificaram como os tipos de erros mais citados a dose imprópria 35 (13,3%), omissão de dose 30 (11,5%), e horário errado 29 (11,1%). Concluíram que os fatores que estavam relacionados com os erros medicamentosos eram os fatores humanos (erro de preparação, cansaço, sono, stress, *deficit* no conhecimento, erro de prescrição), os fatores de sistema (ruído, interrupções, distrações, inexperiência da equipa, etc.), os fatores de comunicação (défices na comunicação verbal ou escrita, erro na prescrição e na sua interpretação), fatores de acondicionamento (embalagem imprópria, confusão na forma farmacêutica, cores e formas similares) e confusão de nomes (nomes comerciais ou químicos com escrita ou sons semelhantes) (FIGUEIREDO, 2018). Como causas mais potenciadores de erros, destacaram-se as falhas na performance individual, na gestão do processo e na comunicação. Nas falhas humanas, revelam a violação do método individual de trabalho, *deficit* na identificação do doente, pressa, distrações/fadiga, falha na comunicação e excesso de confiança (PEREIRA, 2015).

No **SMI**, foi possível refletir juntamente com os Enfermeiros tutores sobre a adoção de Práticas Seguras no âmbito da Identificação segura da Medicação e diluições dos fármacos de emergência. Após a troca de reflexões sobre esta temática, detetámos a necessidade de colaborar com a equipa do departamento de Emergência Médica e Medicina Intensiva, estando esta integrada na equipa do SMI. Cabe ao EEMC à PSC promover práticas que garantam a segurança do doente com o propósito de diminuir ou mesmo eliminar potenciais

riscos que possam desencadear o agravamento ou a instabilidade da PSC e, para isso, necessita de ter um papel proativo na procura de novos conhecimentos que possa transmitir à restante equipa. A proposta de melhoria tem como objetivo geral contribuir para a proposta de melhoria do DEMI, com evidências científicas sobre a segurança na preparação dos fármacos do carro de emergência através de um sistema de rotulagem e tabelas de diluições dos fármacos. Esta proposta foi iniciada no SU e, posteriormente, foi implementada no SMI, visto que foi percebida e detetada a necessidade de desenvolvimento e continuidade desta proposta junto da equipa do DEMI. A elaboração da proposta de melhoria visou sensibilizar os profissionais de Enfermagem da instituição, através da equipa de emergência médica intra-hospitalar e da equipa do SU, na implementação e uniformização dos procedimentos, garantindo uma preparação da medicação segura para o doente e profissional, prevenindo eventos adversos e aperfeiçoando a qualidade da prestação de cuidados.

Os doentes que sofrem paragem cardiorrespiratória (PCR) apresentam sinais e sintomas que refletem uma instabilidade fisiopatológica, muitas horas antes da ocorrência da PCR. Por este motivo, é fundamental o reconhecimento precoce dos doentes críticos, seguido de uma intervenção adequada e atempada, pois tal facto pode evitar a PCR e desta forma melhorar o prognóstico destes doentes. A Equipa de Medicina Intensiva tem como missão, promover, em articulação com os Centro de Formação, a formação em SBV, Suporte Imediato de Vida (SIV), Suporte Avançado de Vida (SAV) e Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP) dentro da instituição, com acreditação do Conselho Português de Ressuscitação (CPR), assegurando que todos os profissionais da instituição tenham a formação necessária, mediante a sua área de intervenção, para participarem na cadeia de sobrevivência. Uma realidade que podemos de facto verificar em contexto hospitalar é que os profissionais de saúde que prestam os cuidados diretos ao paciente são os que mais se deparam com situações que justificam a ativação da Equipa de Emergência Intra-hospitalar (EEMIH). Por isso, esta equipa do SMI desenvolveu um modelo assistencial que permite a deteção precoce do doente crítico, ativação precoce da EEMIH e a resposta operacionalizada da ajuda diferenciada. Nos SU, assim como no DEMI, pode-se assistir a um raciocínio clínico e uma tomada de decisão seguros, que implicam e exigem dos profissionais uma atuação rápida e eficaz (SILVA, 2019).

O ritmo intenso de trabalho nos serviços de emergência torna os profissionais suscetíveis às falhas excessivas durante a execução das suas tarefas, circunstância que pode impactar

negativamente nos resultados assistenciais. A EEMIH é constituída por um médico de Emergência e por um enfermeiro do SMI, normalmente EEMC à PSC. Estes profissionais encontram-se a exercer funções no SMI ou na sala de Emergência, em acumulação com as funções do EEMIH, permitindo o modelo de organização supletividade em permanência. A ativação da equipa de EEMIH ocorre através do número único de emergência, que ativa um telefone localizado no SMI. É importante salientar que maioria dos carros de emergência da Instituição têm na sua constituição um monitor desfibrilhador. Os serviços que não o têm na sua constituição recebem formação e sabem a que serviço devem recorrer em caso de ativação da EEMIH. A manutenção dos carros de emergência é da responsabilidade do Enfermeiro chefe de cada serviço.

Outras situações detetadas nas diversas situações de emergência, em que a EEMIH foi acionada, foram casos em que a maioria dos profissionais de Enfermagem não identificava as seringas com o medicamento preparado como é contemplado pelos “10 certos”, nem utilizava qualquer tipo de rotulagem/identificação dos fármacos preparados, aumentando o risco de erro. Além disso, a maioria dos profissionais apresentava dúvidas na diluição ou preparação dos fármacos de Emergência. Ou seja, com o *deficit* de conhecimento há um maior risco de erro para o doente e profissional envolvidos. Nestas situações, tivemos a oportunidade de participar e adquirir competências como enfermeiro EEMC, no modo como devemos atuar em todo o processo que envolve uma ativação sendo visível que, ao EEMC, cabe coordenar a equipa do serviço onde decorreu a situação crítica, preparar ou delegar intervenções relacionadas com a estabilidade do doente, como a preparação dos fármacos de emergência, desempenhar o papel preponderante na gestão dos recursos necessários e atuar nos cuidados técnicos e diferenciais de avaliação e intervenção perante a PSC. Isto também faz com que o EEMC assuma o dever de detetar práticas que necessitem de melhoria e planear estratégias para combater lacunas das equipas, através de planos de formação contínua das equipas hospitalares.

Através dos dados observados, recolhidos e analisados no SU e SMI, foi realizada uma revisão de literatura e uma análise da evidência científica como suporte teórico. Seguidamente efetuámos uma revisão da lista de medicamentos da sala de trabalho com os principais efeitos adversos de cada um. Foi realizada uma pesquisa na instituição junto da equipa de gestão de compras, equipa de farmácia, assim como junto da equipa do SMI sobre as diversas estratégias implementadas para identificação/rotulagem dos fármacos após a sua preparação no serviço, segundo os protocolos já existentes na instituição. Pudemos

concluir que existiam 2 sistemas de rotulagem possíveis de implementar em todos os serviços, através da formação e implementação da equipa do DEMI. É importante destacar que a utilização do carro de emergência indica que a vida do doente está em risco, implicando uma rapidez na administração dos fármacos e na atuação da equipa de Enfermagem. Por este motivo, foi efetuada também uma revisão da lista de medicamentos do carro de emergência e umas tabelas com as diluições dos fármacos de emergência. Neste sentido, dando resposta a estes fatores de risco de erros na preparação dos fármacos de emergência, foram elaboradas umas tabelas com as diluições dos fármacos de emergência, segundo as indicações do INFARMED, para serem anexadas ao Manual do Departamento de Emergência, em ordem à sua aplicação nos carros de emergência.

Assim, os profissionais conseguem consultar, validar e confirmar doses, diluição, vias de administração e incompatibilidades, recorrendo aos carros de emergência, ao protocolo no sistema informático ou ao manual. Em ambos os contextos de estágio, desenvolvemos as competências na área da Gestão de Risco referentes aos erros e acidentes que ocorrem na preparação e administração de terapêutica e na gestão de estratégias de segurança na comunicação. Para que isso ocorresse, foi realizada uma pesquisa contínua e atualizada, tendo adquirido novos conhecimentos sobre a terapêutica mais administrada no SMI. Pudemos ainda participar e observar a forma de preparação e administração da Terapêutica para adquirir uma maior destreza na preparação da mesma. Relativamente ao âmbito da comunicação, foi-nos possível detetar precocemente situações de risco com proatividade, o que se refletiu na proposta de melhoria.

Perante o PNPS, e conforme o que é preconizado para a especialidade do EE, procurámos dar resposta a todos os objetivos estratégicos no contexto de estágio. Como tal, com o aprofundamento dos conhecimentos neste domínio, desenvolvemos as respetivas competências: propõe programas de melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados; Gere a comunicação interpessoal que alicerça a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação; Gere as situações de risco que punham em causa a estabilização do doente, a manutenção e a recuperação de situações consequentes de doença aguda ou crónica e, por último, Gere a medicação emergente com conhecimento e prática de forma a dar resposta às situações emergentes com eficácia.

3.3 Competências no domínio da Gestão dos Cuidados

Relativamente a este domínio, o Enfermeiro Especialista assume um papel fulcral na gestão dos cuidados, aperfeiçoando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde às necessidades dos doentes, salvaguardando “a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2019).

Além disso, o EE adequa os recursos às necessidades de cuidados, reconhecendo o estilo de liderança mais adequado para a garantia da respetiva qualidade. A gestão promove a estabilidade, a ordem e a resolução de problemas numa organização. (MAÇÃES, 2017). Focaliza-se principalmente nas atividades de planeamento, organização, direção e controlo (BLANCHARD, 2013).

No âmbito hospitalar, o líder de enfermagem deve realizar um trabalho que vise o alcance das metas que são determinadas, alcançando resultados satisfatórios e fazendo com que a assistência de qualidade ao paciente e a satisfação da equipa de enfermagem sejam os alvos principais. Neste sentido, expomos o percurso realizado para a aquisição de competências no domínio da gestão dos cuidados, em cada contexto de estágio, baseando-nos nos objetivos pré-definidos:

4º Objetivo Específico- Desenvolver competências específicas do Enfermeiro gestor numa unidade de cuidados intermédios e cuidados intensivos, nomeadamente na prevenção de complicações mais comuns decorrentes do internamento na UCIP e SMI.

No contexto de estágio da **UCIP** verificou-se de forma inequívoca quem assumia o papel de gestor e o papel de Líder. O papel do EEMC como “Enfermeiro Gestor” na UCIP tem o papel fundamental na equipa, uma vez que este é detentor de um conhecimento profundo sobre o domínio específico da gestão em enfermagem. Isso implica que este seja capaz de detetar e solucionar problemas, gerindo os recursos necessários para dar respostas às necessidades humanas, aos processos de vida e aos problemas de saúde, garantindo sempre a execução de práticas alicerçadas nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2018). Na prática, vimos como a enfermeira gestora da UCIP promoveu a estabilidade, a ordem e a resolução dos problemas da equipa, dentro da organização. Ao longo do estágio, vimos que esta se focalizou principalmente nas atividades de planeamento, organização, direção e controlo, como elaboração dos horários, dos recursos materiais, de equipamentos, entre outros; mas também que, em situações de maior sobrecarga de trabalho da equipa, participou na prestação de cuidados diretos à PSC. A enfermeira chefe procurou sempre que a sua equipa atingisse os objetivos, elaborando

estratégias facilitadoras como planos, orçamentos, aplicação de recursos, organização, resolução de problemas e controlo de objetivos. Por sua vez, o Líder em enfermagem é definido como aquele que influencia e que inspira os outros enfermeiros a adotarem práticas que dignifiquem a profissão, em prol da qualidade e segurança dos cuidados à PSC. A liderança promove a visão, a criatividade e a mudança, mas não pode substituir a gestão, apenas se pode adicionar à gestão. Foi possível perceber, no contexto de estágio, que é essencial que este seja um bom comunicador, pois, através dessa competência, consegue influenciar, motivar e inspirar os outros para uma enfermagem mais avançada.

Esta diferença na UCIP era notória pelo tipo de comportamentos que ambas as Enfermeiras demonstravam: uma encontrava-se focada na intervenção, na forma como as intervenções devem ser executadas com vista a atingir determinados objetivos e determinados níveis de desempenho. Por outro lado, a outra enfermeira, a lidar, orientava-se para as pessoas: focando-se na satisfação, motivação e bem-estar dos restantes Enfermeiros. Esta última é enfermeira especialista em EMC e é o elemento de referência para toda a equipa.

É muito importante referir que as intervenções autónomas dos EE, contribuem para uma maior visibilidade dos cuidados avançados à PSC. Alguns dos exemplos das ações autónomas implementadas na UCIP, em cuja execução foi possível colaborar foram a otimização da unidade da PSC, a realização de tratamento de feridas, a prestação dos cuidados de higiene e conforto, controlo da dor através de técnicas que utilizamos como intervenções autónomas do EE no alívio da dor (a massagem, como redutora da tensão muscular e de relaxamento músculo-esquelético; a imobilização com alinhamento adequado; a aplicação de frio ou calor diminuindo inflamação; estratégias de distração com a consequente diminuição da perceção da dor, pedindo à família algum objeto ou material que a PSC gostava como o Jornal, palavras-cruzadas, agulhas de croché e linhas, *tablets* e computadores para verem filmes), estratégias que nos permitiram estimular cognitivamente os doentes. (BARROS, 2019).

Tendo em conta, as competências inerentes de um EE em EMC, desenvolvemos diversas atividades que nos permitiram perceber e antecipar a instabilidade da PSC, realizando um plano de cuidados. Muitas vezes, dada a instabilidade dos doentes e a necessidade de uma resposta rápida e eficaz, este foi mental, possibilitando intervir precocemente, revertendo ou diminuindo as complicações detetadas na PSC. Referimo-nos principalmente a atividades de controlo do *delirium*, da dor e da agitação, seguindo o

protocolo do serviço no uso de estratégias analgésicas, sedativas, entre outros, mas também, com estratégias facilitadoras durante o processo de desmame ventilatório, assegurando um ambiente seguro e calmo. Estas atividades e outras refletem as aprendizagens adquiridas no contexto de UCIP. Ao longo do estágio, foi-nos dada a oportunidade de gerir os recursos materiais, que consistia na verificação do material existente nos respetivos carros de medicação, gestão do *stock* de medicação, gestão de dispositivos médicos e gestão do carro de emergência. Além disso, surgiu a oportunidade de acompanhar a Enf^a Chefe da UCIP, que nos transmitiu diversos conhecimentos sobre a deteção precoce da instabilidade da PSC, sobre como gerir uma equipa na distribuição de um plano de cuidados, sobre o planeamento de formação em serviço, gestão de recursos humanos e materiais, e aptidões, enquanto gestora da unidade. Muitos dos conhecimentos adquiridos sobre a deteção precoce da PSC consistiram na aplicação direta da escala NEWS, a qual nunca tinha aplicado e de que, junto da Enf^a Chefe, foi possível adquirir conhecimento e experiência. Com a aplicação desta escala, conseguimos determinar o grau de risco de cada doente, o que nos permitiu determinar a frequência respiratória, as saturações de oxigénio, ajustar o oxigénio suplementar, a pressão arterial, a frequência cardíaca e também o estado de consciência. Foi um turno muito enriquecedor, uma vez que permitiu uma partilha de conhecimentos e de diferentes pontos de vista, importantes para o crescimento e maturação profissional, destacando um tema que foi refletido sobre a importância do EE no processo de transição saúde-doença da PSC. Perante a PSC, efetuámos uma gestão de cuidados de Enfermagem, desenvolvendo competências específicas do Enfermeiro gestor numa UCIP, através da participação na gestão dos cuidados, na otimização da resposta da equipa de enfermagem e na articulação com a equipa multidisciplinar. Como tal, conseguimos evidenciar um papel dinamizador na criação e suporte das escolhas estratégicas institucionais na área da gestão clínica. Uma das estratégias adotadas para identificar as situações críticas, problemas ou potenciais problemas existentes no seio da equipa, foi a da comunicação e reflexão com a equipa.

Em relação ao contexto de **SMI**, a equipa é composta por Enfermeiro Chefe, Enfermeiro coordenador, Enfermeiro responsável do turno e os Enfermeiros que estão na prestação dos cuidados. Cabe ao Enfermeiro chefe gerir os recursos humano e materiais e os cuidados prestados pela sua equipa, de forma a avaliar o seu desempenho e detetar possíveis melhorias no serviço. O enfermeiro coordenador possui titulação de EEMC e assume o papel de cooperar nas dinâmicas do serviço, mais especificamente, na gestão do

serviço, e, em caso de ausência do Enfermeiro chefe, poderá substituí-lo e tomar decisões importantes, se necessário.

Não sendo o menos importante, o Enfermeiro responsável de turno, neste contexto de estágio, tem de ser um EE e cabe-lhe a responsabilidade de solucionar potenciais problemas organizacionais e técnicos. Por exemplo, assume o papel de dispensar um elemento ou de chamar um elemento para assegurar um turno ou então decidir em situações como resolver problemas com ventiladores, realizar auditorias ao material, assegurar os cuidados de enfermagem necessários para cada turno, verificar a assiduidades dos enfermeiros e dos assistentes operacionais, pedir medicação à farmácia, fazer a distribuição dos enfermeiros no plano de trabalho, entre outras. É importante mencionar que o Enfermeiro responsável acompanha as passagens de turno, fica responsável pelo *Briefing* da equipa, pelas auditorias diárias de controlo de infeção, pela contagem dos estupefacientes, pela verificação das datas dos fármacos, pela reposição de material, e que, coordenando a equipa de assistentes operacionais, assume o papel de elo de ligação entre a equipa de enfermagem e a equipa médica e vice-versa. No parecer Conjunto N°01/2017 do Conselho de Enfermagem e da Mesa do Colégio da Especialidade de EMC (OE, 2017), o Enfermeiro responsável é aquele que apresenta melhores habilitações para implementar cada intervenção, não descurando o seu papel com enfermeiro especialista.

Dentro deste domínio, não podemos deixar de mencionar a equipa de transporte da PSC. Segundo o parecer n.º 09/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade em EMC, cabe ao EEMC à PSC prestar cuidados em qualquer situação, visto que possui competências diferenciadoras, que o capacitam para dar respostas humanas de forma autónoma e interdependente, podendo integrar uma equipa de emergência. Por vezes, ao longo do estágio, foi possível assistirmos à preparação do transporte da PSC para outro hospital. Ao questionar o Enfermeiro Tutor sobre quem coordenava e acompanhava esse transporte, realizámos uma breve pesquisa e concluímos que o EEMC à PSC é aquele que é capaz de dar resposta, em tempo útil e adequado, às situações mais complexas de doença ou falência orgânica da PSC, uma vez que é capaz de mobilizar todos os conhecimentos científicos, técnicos e relacionais, que permitem dar uma resposta mais eficiente e diferenciadora. Para a PSC o mais seguro é que esse transporte, seja ele pré-hospitalar ou intra-hospitalar, seja assegurado pelo EEMC à PSC, uma vez que, no decorrer do transporte podem ocorrer situações de agravamento clínico, sendo necessário dar uma assistência diferenciadora nessas eventualidades. Perante isto, depois de consultarmos o Protocolo do Serviço sobre

a Emergência Intra-hospitalar, constatámos que este apresenta a escala mensal de enfermeiros, o registo de manutenção de monitor desfibrilhador, bem como o algoritmo de reanimação intra-hospitalar, de SBV pediátrico e de Suporte de vida do recém-nascido. Além destes documentos, apresenta impressos sobre a validade dos fármacos do carro de emergência, a listagem da constituição do carro de emergência misto e, ainda, os critérios de ativação da Equipa de Emergência Intra-Hospitalar. Por diversas vezes, realizámos a verificação da validade dos fármacos do carro de emergência, bem como de todos os recursos materiais que se encontravam lá inerentes. Além disso, acompanhámos a equipa de EMI em situações em que o número de emergência foi acionado, tendo tido a oportunidade de colaborar com a equipa do DEMI na prestação de cuidados diferenciados à PSC. O critério de ativação “o profissional encontra-se preocupado” foi muito utilizado pelas equipas do hospital, o que possibilita muitas vezes que a EMI consiga dar uma resposta mais eficaz à PSC antes que esta entre numa situação limite ou de falência multiorgânica. Isto também demonstrou que as formações dadas pelo DEMI aos serviços trouxeram ganhos, o que motiva o trabalho do mesmo.

No estágio, em ambos os contextos clínicos, foi possível compreendermos quais são as dinâmicas do serviço, protocolos e normas vinculadas, o que permitiu o desenvolvimento de competências importantes para uma boa coordenação do trabalho em equipa, capaz de trabalhar de forma cooperativa com a equipa multidisciplinar. Procurámos aproveitar todas as oportunidades que surgiram dentro deste domínio, com a consciência de que estas foram fundamentais no nosso percurso de aprendizagem.

Com este domínio, após o desenvolvimento e participação em diversas atividades, pudemos dar resposta ao objetivo definido, adquirindo as competências previstas para o EEMC à PSC: Gere a comunicação interpessoal que suporta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador perante um estado de saúde complexo; contribui para a prestação dos cuidados de Enfermagem e da equipa de saúde, garantindo segurança e qualidade na prestação de cuidados.; Reflete sobre a adequação dos recursos (humanos e materiais) às necessidades detetadas nos dois contextos; assiste a pessoa, família/cuidador nos distúrbios emocionais resultantes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica e demonstra uma reflexão crítica para com os problemas da prática profissional.

3.4 Competências no domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Conforme está preconizado para a especialidade de EE, tivemos a oportunidade de demonstrar a capacidade de assertividade na tomada de decisão perante a PSC, estabelecendo eficazmente prioridades e relações terapêuticas. Para isso, procurámos consolidar todos os conhecimentos através de um estudo contínuo após o confronto com a prática, de forma a sermos promotora e incentivadora em todos os processos de aprendizagem (DIÁRIO DA REPÚBLICA, ARTIGO 8.º; PÁG. 4545, 2019).

Ao longo do estágio, tornou-se evidente que o EE tem de adquirir a capacidade de aplicar conhecimentos de forma contínua para conseguir responder às múltiplas situações clínicas que pode encontrar na PSC. No estudo realizado por Moraes et al., (2021), percebeu-se que as competências profissionais dos enfermeiros, uma vez identificadas, permitem elaborar normas para a elaboração do perfil do enfermeiro e estimular/mobilizar as práticas de cuidado desse profissional. Neste seguimento, tendo como ponto de referência os objetivos previamente traçados, refletimos sobre as competências adquiridas neste domínio, nos contextos de estágio:

5º Objetivo Especifico- Saber aplicar os conhecimentos, a capacidade de compreensão e de resolução dos problemas em situações novas, com o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, baseando a sua prática especializada à luz da evidência científica no cuidar da PSC.

No contexto de **UCIP**, o nível de complexidade técnica e científica que envolve os cuidados prestados é grande, implicando uma resposta eficaz às necessidades da PSC e utilizando uma abordagem adequada. Essa abordagem implica a mobilização de recursos, de forma a questionar, investigar e esclarecer quais os cuidados específicos que a PSC necessita para manutenção dos seus órgãos vitais, através de procedimentos técnicos diferenciados e complexos. Requer um estudo contínuo e uma visão crítico-reflexiva da prática para que possam aplicar os conhecimentos de forma direcionada para a PSC. O sofrimento presente no fim de vida deve-nos levar a equacionar o que pretendemos? Qualidade ou quantidade de vida? Com efeito, a complexidade de cuidados que envolve o fim de vida apela para cuidados humanos que assegurem a qualidade de vida e a dignidade da pessoa (MOURA, 2017).

No SMI, UCIP e SMI, a maioria das PSC referenciadas para os cuidados paliativos eram quase sempre mobilizada para outros serviços. Se a PSC em fim de vida não estivesse

estável, procurava-se otimizar as estratégias com ações paliativas e, só posteriormente, era realizada a transferência para outra unidade. Nestas situações já era pedida colaboração à equipa de CP. A PSC que se encontra numa fase aguda, crónica ou em fim de vida, era tratada com toda a dignidade e com todas as estratégias necessárias para manter a pessoa em situação confortável, responder às suas necessidades e aos seus pedidos. Um estudo de Barreto et al. (2020) teve como objetivo indagar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, sobre quais os benefícios da abordagem dos CP nos SMI. Concluiu-se que a abordagem dos CP apresenta um impacto positivo na UCI mas, apesar disso, existem diversas limitações resultantes da ausência de estudos de maior impacto, assim como protocolos assistenciais pautados em evidências. Atualmente, é possível constatar, que a presença e a colaboração dos CP em UCIP ou em SMI ainda é considerada “tabu”, pois parece que se pautam por paradigmas opostos nos seus princípios de cuidar, enquanto, nestes serviços, visa tendencialmente um método puramente curativo. Há que realçar que os CP são uma especialidade que tem vindo a ganhar um papel crucial nos cuidados prestados às pessoas com doenças crónicas incuráveis (BARRETO, 2020), sendo fulcral entendê-los como cuidados de parceria e não de substituição ou “fim de linha”.

Transpondo esta dimensão para a realidade do estágio, foi fundamental reconhecer problemas de especial complexidade na área de assistência à PSC em fim de vida e sua família, na UCIP, e abordá-los com estratégias de comunicação eficaz bem como conhecer as abordagens terapêuticas priorizadas pelos Profissionais de Saúde na UCIP, perante a PSC em fim de vida. Nestas situações, identificámos as necessidades da PSC em fim de vida e procurámos priorizá-las, solicitando aos colegas dos cuidados paliativos a sua avaliação, para definirmos um plano de cuidados mais ajustado em ordem ao controlo dos sintomas e à promoção do conforto do doente e da sua família. Por estes motivos, tivemos a necessidade de elaborar um artigo de revisão de literatura para darmos respostas a algumas necessidades detetadas na PSC. Como sabemos, a prática baseada em evidências é uma abordagem que impulsiona a construção e a aplicação de resultados de pesquisas para darem resposta às lacunas detetas na prática clínica no SU, na UCIP e no SMI. Trata-se de uma revisão de literatura orientada em função da seguinte questão de investigação: “Quais os critérios atribuídos na triagem à pessoa em situação crítica em fim de vida?”. As pesquisas dos artigos foram feitas nas bases de dados *EBSCOT* e *B-ON*. Após a aplicação dos descritores, apenas foram selecionados 11 estudos, com ajuda do diagrama PRISMA. e dos critérios de inclusão (artigos publicados entre 01 de janeiro de 2015 e 01 de janeiro de

2021, em inglês, e artigos de revistas académicas). Quanto aos resultados obtidos, verificámos que é fundamental conhecer os critérios atribuídos à definição da pessoa em situação crítica em fim de vida na triagem no serviço de urgência. Através dos dados encontrados, diversos autores comprovaram e validaram diversos instrumentos de triagem, que deram respostas eficientes às necessidades dos doentes em fim de vida. Contudo, é indispensável o desenvolvimento de mais projetos e estudos de investigação nesta área.

No âmbito da formação do EEMC, foi fundamental aprofundar e desenvolver competências no planeamento e prestação de cuidados ao doente crítico na UCIP. Para que esta meta fosse atingida, desenvolvemos competências técnicas e científicas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados ao doente da UCIP, dando maior destaque às atividades desenvolvidas na ventilação não invasiva, no controlo de drenagens, no controlo da monitorização cardíaca, na avaliação da PIA, na monitorização do Balanço Hídrico, na identificação rápida dos problemas potenciais da PSC, prescrevendo e implementando intervenções que evitassem problemas ou minimizassem os efeitos indesejáveis, sem descuidar a prescrição de intervenções de enfermagem especializadas face aos potenciais focos de instabilidade/problemas identificados. Foi assim, neste âmbito, recorrente a utilização de técnicas decorrentes do conhecimento científico, como a colocação do CVC, do cateter arterial, de drenos torácicos, a realização de biópsias eco-dirigidas, entre outras, não descuidando a referenciação das situações problemáticas, como é o caso das situações sociais, em que a forma de resolução na UCIP passou sempre por um trabalho multidisciplinar capaz de dar resposta às necessidades da PSC. Segundo o que se encontra preconizado para a especialidade do EE, este deve assumir a responsabilidade pela evacuação numa situação de emergência, assim como, providenciar o transporte da pessoa em segurança. Em todas os transportes realizados no turno da manhã, a EE avaliou a estabilidade clínica da PSC e, só depois da sua tomada de decisão, é que esta iria ou não realizar algum exame ou ser submetido a um transporte.

Ao longo do estágio, também foi facultada a possibilidade de realizar as admissões das pessoas em situação crítica na UCIP, providenciando todos os recursos necessários para a sua estabilização, seguindo sempre a abordagem ABCDE, para o controlo e implementação de intervenções capazes de darem resposta à falência orgânica que as pessoas apresentavam à entrada. Realizávamos o plano de cuidados, com uma visão holística e fazíamos uma avaliação inicial através do processo da pessoa, recolhendo dados junto da mesma e da sua família, sempre que era possível. Estas experiências permitiram

transpor para a prática os protocolos do serviço vigentes, principalmente nas situações com necessidade de colocação de VNI, de cateter central, de cateter vesical, de linha arterial, de acessos venosos, de colheitas de sangue, de colheitas de microrganismos, de entubação nasogástrica, de aspiração de secreções, de monitorização cardiorrespiratória, e na avaliação e tratamento das feridas cirúrgicas e das úlceras de pressão, entre muitas.

No estágio, adotámos uma atitude interventiva e disponível na aprendizagem, adquirindo, na UCIP, diversos saberes sobre os procedimentos e técnicas mais comuns. Como referimos no parágrafo anterior, a aquisição de saberes no âmbito da VNI foi crucial para a estabilização de diversas situações da PSC. Obtivemos assim os conhecimentos relacionados com as especificidades dos focos, diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem na assistência ao doente crítico na UCIP. Adquirimos também novos conhecimentos sobre o controlo de infeção, intervindo na sua prevenção na PSC. Atingimos competências na área de intervenção do SAV, implementando uma avaliação ABCDE numa situação de agravamento, mas também como técnica de uma avaliação secundária, para conseguir detetar precocemente as alterações hemodinâmicas mais comuns do doente crítico, associando-as com alterações na monitorização contínua e atuando em conformidade. Podemos verificar que as complicações mais comuns da PSC, na UCIP, incidem na extubação, nos pneumotórax, na aquisição de IACS, na Agitação e *Delirium*, entre outros. A PSC apresenta de facto muitas vezes alterações no estado de consciência, acabando por desenvolver quadros de agitação e de desorientação.

Delirium é um sintoma ou manifestação de disfunção cerebral generalizada caracterizada por um quadro súbito e flutuante, que se reflete num declínio a nível cognitivo geral, atingindo a consciência, a atenção, a atividade psicomotora e implicando alterações também no ciclo do sono. (WESLEY, 2015). Esta patologia apresenta uma taxa de incidência elevada nos serviços de Medicina Intensiva. O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV), apresenta quatro domínios do *delirium*: perturbação da consciência, mudança na cognição, desenvolvimento num curto período e flutuação. A característica mais comum presente na PSC na UCIP e no SMI é a desatenção. Sendo que o *Delirium* apresenta uma manifestação inespecífica, mas geralmente reversível, de uma doença aguda que pode ter muitas causas, incluindo a recuperação de um estado sedativo, isto aconteceu várias vezes com os doentes que chegavam do Bloco, SMI ou UCIP.

Dentro do *Delirium* existem três tipos: o *Delirium* hipoativo, o agitado (ou hiperativo) e o Misto. Para se avaliar o *delirium*, as escalas mais utilizadas nos serviços de UCIP e SMI

são: o CAM-ICU e o ICDSC. Estas surgiram com o objetivo de detetar sinais e sintomas que facilitem ao profissional diagnosticar ou prever o risco de desenvolvimento de *delirium* na PSC, em ordem a minimizar as complicações inerentes. O conceito da “tríade UTI” reconhece que a dor, a agitação e o delírio estão inextricavelmente ligados. A avaliação da dor e o fornecimento de analgesia adequada são componentes essenciais no cuidado da PSC no SMI. Por sua vez, a etiologia do *delirium* é multifatorial e decorre principalmente de fatores precipitantes e predisponentes (MART, 2021).

Neste âmbito, desenvolvemos estratégias como a utilização da abordagem ABCDEF, composta por intervenções baseadas em evidências que orientam o cuidado multiprofissional para a prevenção e o tratamento do *delirium*. A *bundle* ABCDEF foca-se efetivamente na prevenção do *delirium* (MARRA et al, 2017). Para uma melhor compreensão, realizámos uma tabela, tabela 1, que apresenta uma síntese explicativa sobre o que é o ABCDEF e quais são as intervenções de enfermagem associadas.

Tabela 1- BUNDLE ABCDEF E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (ADAPTADO- TOVAR, 2021)

Sigla	Definição	Intervenções dos Enfermeiros e Enfermeiros Especialistas de Médico Cirúrgica
A	Avaliação, prevenção e tratamento da dor	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação frequente da dor com uso de escalas validadas; • Controlo da dor com medidas não farmacológicas, de conforto e com alguns analgésicos. • Aplicar estratégias de terapia não farmacológica como técnicas de massagem, musicoterapia, terapia de frio e técnicas de relaxamento como medidas primárias, antes da administração de analgésicos
B	Despertar o paciente e treinamento de respiração espontânea	<ul style="list-style-type: none"> • A interrupção diária da sedação e analgésicos é oportuna para despertar diariamente e alcançar a respiração espontânea.
C	A seleção de sedação e analgesia	<ul style="list-style-type: none"> • iniciar com a avaliação frequente do estado de sedação com a aplicação das escalas RASS ou SAS. • Sugere o uso de sedação guiada por objetivos, sedação leve, de forma intermitente ou nenhuma.
D	Avaliação, prevenção e gestão do delirium	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar o <i>delirium</i> com o uso de escalas validadas: CAM ICU ou ICDSC. • Colocação de próteses auditivas e oftálmicas. • Estimulação cognitiva. • Promoção do sono • Remoção de imobilizadores • Redução de estímulos desnecessários, como ruído e luz artificial.
E	Mobilidade Precoce	<ul style="list-style-type: none"> • A mobilização precoce é recomendada mesmo em pacientes em ventilação mecânica, iniciando com os EEMC juntamente com o EE em reabilitação, sentando os doentes na cama ou na cadeira, em pé e quando reunir as condições iniciar o treino de marcha.
F	Envolvimento da família.	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenções concentram-se em envolver a família na tomada de decisões, planeando o tratamento, os cuidados de rotina e programando visitas ao doente ou dando a possibilidade de videochamadas com o Tablet ou um telemóvel do serviço.

Em contexto de estágio, depois de partilhar com os Enfermeiros tutores as pesquisas realizadas sobre o *delirium* e os cuidados de enfermagem associados à *bundle*, percebemos que as realidades da UCIP e SMI refletem os resultados de vários estudos sobre o *delirium*. Nomeadamente, verifica-se que maioria das PSC que sobreviveram aos cuidados intensivos desenvolveu disfunções neurológicas como perda de memória, perda de orientação espaço temporal, entre outras. Mas o EEMC deve ter em conta também os antecedentes da PSC pois, muitas vezes, são estes que desencadeiam um quadro de *delirium* no SMI e na UCIP. Esses fatores são normalmente relacionados, tal como, é referido no artigo de Prayce (2018), com a “existência da perturbação cognitiva prévia, como a demência; pela depressão; por alterações iónicas; pela diminuição da acuidade visual e pela idade igual ou superior a 70 anos”. Por outro lado, as PSC normalmente apresentam um *delirium* iatrogénico, ou seja, que é resultante do uso incorreto da medicação: corticóides, anticolinérgicos e benzodiazepinas.

Por outro lado, ao longo do estágio, pudemos participar e colaborar nas intervenções de EEMC na prevenção do *delirium* com a implementação das múltiplas intervenções da *bundle* descrita anteriormente. Portanto, a implementação precoce de intervenções de enfermagem para a prevenção do *delirium*, através do pacote ABCDEF, constituiu uma abordagem excelente e criteriosa, que facilitou ao EEMC prestar cuidados de excelência, perante a complexidade da PSC com *delirium*.

Um estudo realizado por TOVAR et al., (2021), teve como objetivo descrever as intervenções de cada componente do ABCDEF e sua eficácia na prevenção e no tratamento do *delirium* em pacientes internados em terapia intensiva. Trata-se de uma revisão sistemática realizada nas bases de dados *Medline*, *Science Direct*, Biblioteca Virtual de Saúde e *Scopus*, selecionando 23 artigos. Destes, foi possível identificar intervenções para controle da dor (A); despertar e respiração espontânea (B); sedação de analgesia e sedação (C); monitorar *delirium* (D); mobilidade precoce (E) e empoderamento familiar (F). Resultados: O ABCDEF e os seus procedimentos demonstram ser eficazes na diminuição da incidência e da duração do *delirium*, bem como na redução dos dias de ventilação mecânica e da mortalidade na PSC nos cuidados intensivos. As intervenções do ABCDEF encontradas foram: monitoramento da dor e seu controlo com medicamentos e técnicas de relaxamento; implantação do protocolo de acordar e respiração espontânea; administração de analgesia antes da sedação, monitorizar o estado de consciência e profundidade da sedação com escalas validadas, monitorizar o *delirium* pelo menos uma vez ao dia; realizar

mobilização precoce, e inserir a família em todo o processo de transição saúde-doença. Na UCIP, foram-nos quase sempre atribuídos os doentes mais complexos, para que pudessemos desenvolver o maior número de competências e aptidões possível. Neste sentido, adquirimos mais experiências com doentes cirúrgicos, assim como com doentes com patologia do foro médico. Aprofundámos competências a nível da interpretação da resposta ventilatória, aprendendo a escolher a modalidade e gerindo o desmame ventilatório.

Quando abordamos o percurso realizado no estágio no **SMI**, dentro deste domínio, percebemos que este local de estágio permitiu a aquisição de muitas aprendizagens através de atividades que realizámos e em que colaborámos: na monitorização da PSC, na implementação dos protocolos de controlo de infeção e aplicação dos mesmos (com os procedimentos relacionados com o CVC e com a PAVI), com a monitorização não invasiva e invasiva, com a verificação da utilização correta dos transdutores de pressão, na supervisão da preparação dos fármacos de emergência e sedativos, no manuseamento do tubo traqueal, na aspiração de secreções a doentes ventilados, nas técnicas de substituição renal, na implementação prática de protocolos de sedação, analgesia e abordagem do *delirium*, no desmame ventilatório e cuidados inerentes, nos tipos e modos ventilatórios, na preparação da alimentação parentérica e cuidados intrínsecos, entre outros.

Ainda dentro deste âmbito, cabe considerar que a execução e interpretação das Gasometrias são fundamentais para o tratamento da PSC, uma vez que permitem detetar complicações e possíveis agravamentos, direcionando os focos de vigilância para a PSC, de forma a planear intervenções que previnam ou respondam a possíveis instabilidades. Uma das atividades realizadas pela equipa de enfermagem é a colheita gasométrica, tanto através do cateter arterial ou por via arterial sem cateter. Após refletir sobre essa prática com os tutores, e apesar de saber que só o Enfermeiro que tenha experiência e formação na colheita gasométrica o pode realizar, considerámos importante perceber o que o REPE preconiza acerca desta competência. Segundo o Parecer N.º 66/2017 da OE, no contexto de atuação multiprofissional, estão definidos dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa- intervenções interdependentes, tendo o enfermeiro a responsabilidade pela implementação técnica da intervenção - e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro, intervenções autónomas, tendo o enfermeiro responsabilidade pela prescrição da intervenção e sua implementação. Portanto, neste parecer da ordem, a colheita de produtos biológicos por cateter arterial ou venoso central, constitui uma função

interdependente de enfermagem, da responsabilidade do enfermeiro, na medida em que existe uma prescrição. O mesmo acontece com a colheita da gasimetria.

A gasimetria arterial é um procedimento cuja execução envolve a colheita de sangue de uma artéria, com o objetivo de medir a pressão parcial do oxigénio (PaO_2), a pressão parcial do dióxido de carbono ($PaCO_2$), pH, o teor do oxigénio arterial (O_2), a saturação do oxigénio ($SatO_2$), o bicarbonato (HCO_3) e a saturação de oxigénio da hemoglobina no sangue. Tivemos a oportunidade de realizar este procedimento, diversas vezes, através da punção arterial ou pela colheita através do cateter arterial, sendo que, esta intervenção se enquadra nas interdependentes. Além disso, a colheita de sangue arterial para gasometria com iões e lactato foi realizada pelos EEMC de forma precoce, logo a seguir à avaliação primária, porque fornece informações importantes para a estratificação de gravidade da situação clínica. Pudemos constatar, que a gasimetria pode indicar sinais de falência orgânica, pelo que é essencial que os EE saibam interpretar e atuar perante os valores da gasometria, de forma a conseguirem detetar fatores e sinais de instabilidade hemodinâmica.

Nos SMI, na maior parte, os doentes encontram-se sedados e com necessidade de suporte VMI. Este consiste num método de suporte para o tratamento de PSC com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada. Este suporte ventilatório tem como principal objetivo manter as trocas gasosas, diminuir o trabalho da musculatura respiratória, reverter ou diminuir a fadiga, diminuir o desconforto respiratório e proporcionar a aplicação de terapias mais concretas. Uma das questões que surgiu no estágio foi sobre os sinais e critérios que permitem decidir o desmame ventilatório. Segundo Souza et al. (2020), o processo de desmame da VM deve ser realizado de maneira precoce, de forma a auxiliar a recuperação do estado do paciente, diminuindo a ocorrência de pneumonia associada a VM e, em certos casos, a necessidade de realização de traqueostomia.

O papel do EE na assistência ventilatória é essencial para a manutenção da oxigenação e perfusão adequadas dos órgãos e tecidos para prevenir a hipoxia. Portanto, cabe aos EE monitorizar os sinais e sintomas de hipoxia, tais como: as alterações de comportamento, a cefaleia, a agitação, a perda de concentração, a taquicardia, a taquipneia, o aumento súbito da pressão arterial, as arritmias, a cianose e os sinais de alteração do padrão respiratório, e comunicar à equipa médica as alterações observadas, administrando a terapia prescrita (DORNELLES, 2012). Um estudo controlado randomizado de uma UCI realizado por KRESS et. al. (2001) revelou que 128 doentes tratados com testes de Acordar Espontâneo (TAE) também sofreram menos complicações (por exemplo, pneumonia

associada ao ventilador, hemorragia gastrointestinal superior, bacteremia, barotrauma) do que aqueles doentes que foram tratados com cuidados habituais. Estas preocupações de segurança têm desencadeado um aumento do interesse em implementar estratégias de implementação geral para diminuir a exposição dos doentes a medicamentos sedativos. A sedação orientada por um protocolo é uma estratégia que permite reduzir a exposição dos doentes a medicamentos potencialmente nocivos.

Um estudo realizado por GREEN (2021) teve como objetivo reduzir a exposição a medicações sedativas e analgésicas em doentes sob VM, dado a exposição prolongada a medicamentos sedativos e analgésicos contribuir para resultados clínicos negativos. Como conclusão, o estudo sugere que a implementação de um protocolo de sedação dirigido por enfermeiros aportou a resultados favoráveis, diminuindo a duração da VM, o tempo de permanência no SMI e a duração da sedação contínua e aumentando o número de ensaios de teste de acordar espontâneo (TAE) realizados. No SMI, é utilizado um algoritmo de interrupção diária da sedação, que é realizado a todos os doentes com VMI. A este respeito, pudemos participar e avaliar se os protocolos estavam a ser realizados diariamente e verificar que todos os dias o TAE foi realizado.

Outra oportunidade de aprendizagem que surgiu no estágio foi a das TSR, técnicas que necessitam de uma formação específica e cuidados de enfermagem diferenciados. Isto permitiu o aprofundamento dos conhecimentos prévios ao estágio e possibilitou adquirir mais experiência para a prática. Para prestar cuidados à PSC submetida a técnicas dialíticas, tivemos a necessidade de perceber todos os circuitos, todos os protocolos existentes no serviço, aprofundar o conhecimento sobre os cuidados de enfermagem no antes, durante e após o tratamento. Todas as experiências descritas nos domínios anteriores, são consideradas aprendizagens profissionais e todos os objetivos específicos, foram trabalhados arduamente ao longo de todo o estágio, com vista a uma prestação de cuidados mais eficiente e alicerçada em evidência científica sobre os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Relativamente a este domínio, adquirimos as seguintes competências: otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados; promove intervenções baseadas na evidência científica junto de pessoas com doença incurável ou grave em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores; fundamenta a prática na investigação e no conhecimento, na área da especialidade; exerce uma prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, prevendo situações potenciais de instabilidade ou de

risco de vida, utilizando as técnicas científicas mais eficazes para a recuperação da pessoa em situação crítica; propõe programas de melhoria contínua na prestação de cuidados e maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC.

4. CONCLUSÃO

Os cuidados do EE à pessoa, família/cuidador em situação crítica implicam uma observação, colheita e procura contínua de evidências, de forma sistêmica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar as intervenções necessárias de forma exata, concreta, eficiente e em tempo útil. Além disso, compete-lhe liderar projetos de formação, de assessoria e de investigação, que permitam atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da EMC à PSC, assim como dar contributos para a sua equipa.

Os dois contextos de estágio final, UCIP e SMI, sucederam à UC “A Pessoa em Situação Crítica em Família- Vigilância e Decisão Clínica”. O desenvolvimento de competências e aptidões, enquanto Mestre em EMC na área da PSC, passou por um encadeamento contínuo, na medida em que ambos os locais de estágio proporcionaram experiências e conhecimentos inovadores, bem como oportunidades de aprendizagem sobre as competências a adquirir; e tudo isto viabilizou uma análise crítico-reflexiva da prática clínica. Para finalizar, objetivámos uma análise global do caminho realizado, dando maior relevo, a negrito, aos locais de estágio onde foi possível desenvolver várias contribuições, das quais destacamos, as resultantes das propostas de melhoria implementadas.

Iniciando pela **UCIP**, este contexto permitiu uma reflexão sobre a nossa prática profissional, como também sobre os cuidados prestados pela equipa, procurando promover uma prestação de cuidados de enfermagem mais seguros e eficientes, trazendo uma mais-valia para a equipa e doentes. No domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, garantimos uma prática de cuidados que assegurassem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, gerindo situações que pudessem ser prejudiciais para os doentes. Participámos como membros ativos da equipa, desenvolvendo uma relação de confiança com os profissionais de saúde, com as PSC e com as suas famílias, estabelecendo uma comunicação eficaz e uma relação-empática. Conforme é preconizado quanto às competências inerentes ao EE, procurámos adquirir conhecimentos que pudessem dar um suporte científico à nossa prática, de forma a garantir o respeito pelos princípios de beneficência e de autonomia. Neste sentido, a comunicação é fundamental para a tomada de decisão da PSC. Esta faz as suas escolhas, podendo assinar ou não o consentimento informado, aceitando ou recusando um tratamento.

Na Melhoria Contínua da Qualidade, o EE adquire uma grande capacidade de adaptação, de liderança, de gestão de recursos, garantindo a qualidade dos cuidados prestados. A gestão do ambiente terapêutico assume a promoção de uma prática segura na gestão medicamentosa, na prevenção de erros e incidentes. Os EE, ao supervisionarem a preparação terapêutica, detetam mais rapidamente práticas de risco. Com o desenvolvimento e aquisição destas competências, procurámos avaliar, observar, supervisionar, refletir e aplicar estratégias que melhorassem a qualidade das práticas de enfermagem, propondo uma oportunidade de melhoria. O seu objetivo é promover e aumentar a segurança do doente e da equipa de enfermagem na UCIP, com a adoção de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde.

Para a sua operacionalização, foi elaborada uma estratégia de otimização da Passagem de Turno, com a adaptação do Instrumento ISBAR, apresentada na alínea 1 da Norma nº 001/2017 da DGS, à UCIP. Após o *feedback* positivo, foi realizada uma pesquisa sobre as ferramentas que poderiam contribuir para a melhoria da comunicação na passagem de turno. Depois da análise dos artigos recolhidos, foi construída a proposta e elaborada uma formação que deu suporte à formação em serviço. Esta permitiu esclarecer as dúvidas da equipa, recolher opiniões e *feedbacks* sobre o instrumento, proporcionar um momento de treino e validar o instrumento com a equipa. Seguidamente implementou-se a Técnica ISBAR, em formato papel e digital, criado um formulário ISBAR para todos os doentes da UCIP no *SClínico*. No domínio da Gestão dos Cuidados, o EE adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos mesmos. As ações autónomas implementadas na UCIP foram: a otimização da unidade da PSC, a realização de tratamento de feridas, a prestação dos cuidados de higiene e conforto, a implementação de uma ferramenta capaz de uniformizar a comunicação da equipa de Enfermagem e a utilização de estratégias de estimulação cognitiva, entre outras. Verificámos que a humanização assume um lugar de grande importância na prestação de cuidados à PSC. Mas cabe ao EE garantir a sua promoção, otimização e implementação junto da equipa. A comunicação com a PSC e a sua família foi uma competência adquirida, na medida em que envolvemos todos no processo de transição do cuidar.

Constatámos que o processo de auditoria verifica e comprova se a equipa executa as intervenções corretamente, se existem práticas que demonstrem *deficit* de conhecimentos e de adesão de boas práticas e se é necessária a realização de formações em serviço para a

otimização da implementação dos feixes de intervenções. Efetuou-se a gestão dos cuidados de Enfermagem, através da otimização da resposta da equipa de enfermagem e da articulação com a equipa multidisciplinar, conseguindo assim demonstrar um papel dinamizador na construção e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da gestão clínica.

No Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, treinámos competências no planeamento e prestação de cuidados à PSC. Para que esta meta fosse atingida, desenvolvemos competências técnicas e científicas: na VNI, no controlo de drenagens, no controlo da monitorização cardíaca, na avaliação da PIA, na monitorização do Balanço Hídrico, na identificação rápida dos problemas, prescrevendo e implementando intervenções perante potenciais focos de instabilidade/problemas identificados, na utilização de técnicas cientificamente fundadas, como a colocação do CVC, do cateter arterial, de drenos torácicos, entre outras. Segundo o que se encontra preconizado para a especialidade do EE, este deve assumir a responsabilidade pela evacuação numa situação de emergência, bem como assegurar o transporte da pessoa em segurança. Assim, também adquirimos competências na área de intervenção do SAV, com a implementação da avaliação ABCDE, com a vigilância e monitorização contínua e com a atuação em conformidade com as situações detetadas, o que permitiu demonstrar a importância do EEMC à PSC. As complicações detetadas na UCIP estavam relacionadas com: práticas potenciadoras de IACS, com a Agitação e o *Delirium*. Isto permitiu demonstrar que as capacidades de assertividade nas tomadas de decisão do EE são cruciais para o estabelecimento de prioridades e relações terapêuticas.

No contexto do **SMI**, no que toca ao domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, colaborámos com medidas de prevenção de práticas de risco, através da recolha dos dados epidemiológicos e na participação das auditorias internas do serviço, seguindo os protocolos existentes. Neste seguimento, sabendo que as IACS assumem um foco de atenção do EE, e sendo estas, um problema oculto e transversal nos SMI, procurou-se a aquisição de competências que dessem resposta a este domínio. Após a reflexão e discussão com os Enfermeiros tutores sobre a importância do uso da capnografia na deteção precoce de complicações, tivemos a oportunidade de observar que as situações mais frequentes foram: a entubação endotraqueal, a PCR, a verificação do tubo TOT e ET. Após a discussão com os Enfermeiros tutores sobre o critério de a PSC ser vacinada ou não, concluímos que este, de si, não pode ser empregue na prática, pois iria contra os Direitos Humanos. Após a análise dos pareceres éticos, partilhámos esta reflexão com a equipa.

Na melhoria Contínua da Qualidade, após uma análise sobre os conhecimentos, sentimentos, possíveis receios, medos ou problemas da PSC e das suas famílias, com os enfermeiros tutores, é indiscutível que os EEMC apresentam um papel impreterível, na gestão da qualidade dos cuidados de saúde, otimizando e auditando as técnicas de comunicação. Isto permite que as equipas detetem de forma mais precoce as necessidades da PSC e de suas famílias. O EE é detentor de perícia, um elemento facilitador no processo de transição, e assume um papel de cooperação com a PSC e com a equipa. Após a reflexão com os orientadores, sobre a metodologia de passagem de turno adotada pelo SMI, efetivámos um plano de implementação da metodologia ISBAR no momento da passagem de informação relevante - “briefing”. Tal como decorreu na UCIP, procurámos colaborar com a proposta de melhoria, promovendo uma melhoria na comunicação efetiva entre os profissionais, promovendo uma maior segurança do doente e prevenindo erros graves. Pudemos cooperar com uma das subequipas do SMI na sua proposta de melhoria, dando algum contributo, que foi aceite pela equipa. Considerámos que o EEMC assume um papel importante na reflexão sobre a gestão do ambiente terapêutico, promovendo uma prática segura na gestão de medicamentos. Após esta análise, verificámos que é crucial a adoção de Práticas Seguras no âmbito da Identificação segura da Medicação e das diluições dos fármacos de emergência na instituição. Após a troca de impressões, detetámos a necessidade de colaborar com a equipa do DEMI, eliminando potenciais riscos que possam desencadear um agravamento ou a instabilidade da PSC. Para isso, foi necessária uma atitude proativa com a EEMIH, com uma proposta de melhoria sobre a segurança na preparação dos fármacos do carro de emergência através de um sistema de rotulagem e do uso de tabelas de diluições dos fármacos anexadas ao carro de emergência. Esta proposta de melhoria foi iniciada no SU e, posteriormente, foi implementada no SMI, visto que foi detetada a necessidade de desenvolvimento e continuidade desta proposta.

Em relação ao domínio da Gestão dos Cuidados, o Enfermeiro responsável de turno, neste contexto de estágio, tem de ser um EE e cabe-lhe a responsabilidade de solucionar potenciais problemas organizacionais e técnicos. Por exemplo, assume o papel de dispensar ou de chamar um elemento para assegurar um turno, resolver problemas com ventiladores, realizar auditorias ao material, entre outros. O Enfermeiro responsável acompanha as passagens de turno, fica responsável pelo *Briefing* da equipa, pelas auditorias diárias de controlo de infeção, pela contagem dos estupefacientes, pela verificação das datas dos fármacos, pela reposição de material, coordenando a equipa de assistentes operacionais; e

assume o papel de elo de ligação entre a equipa de enfermagem e a equipa médica e vice-versa. O estágio permitiu perceber que o EEMC à PSC é aquele que é capaz de dar resposta, em tempo útil e adequado, às situações mais complexas de doença ou falência orgânica.

Por fim, no domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, este contexto possibilitou a aquisição de muitas aprendizagens sobre a monitorização da PSC, sobre protocolos de controlo de infeção (procedimentos relacionados com o CVC e com a PAVI), com monitorização não invasiva e invasiva, sobre preparação dos fármacos de emergência e sedativos, sobre manuseamento do TOT, aspiração de secreções a doentes ventilados, TSR, sobre implementação na prática de protocolos de sedação, analgesia e abordagem do *delirium*, sobre o desmame ventilatório e os seus cuidados inerentes, entre outras. Após a reflexão com os Enfermeiros tutores sobre a colheita e interpretação das Gasometrias, reconhecemos que estas são fundamentais para o diagnóstico, para a deteção de complicações da PSC, para direccionar os focos de vigilância, para planear intervenções que previnam ou respondam a possíveis complicações. Implementámos o algoritmo de interrupção diária da sedação e pudemos avaliar se os protocolos do TAE estavam a ser realizados diariamente. Outra oportunidade de aprendizagem foram as TSR, técnicas que necessitam de uma formação específica e cuidados de enfermagem diferenciados. Isto permitiu o aprofundamento dos conhecimentos prévios ao estágio e possibilitou adquirir mais experiência com a prática. Quanto à realização da revisão da Literatura sobre os critérios de admissão da PSC em fim de vida, pretendemos que esta seja publicada, para que se possam desenvolver novos estudos com vista à validação das propostas de tradução de algumas escalas importantes para a assistência da PSC em fim de vida.

No decorrer deste caminho, detetámos quais são as nossas áreas de intervenção prioritária, através das competências adquiridas na EEMC, refletindo-se estas num crescimento pessoal e profissional e numa visão mais crítico-reflexiva e proativa no local de trabalho. Este curso foi muito desafiante, pois implicou um grande sacrifício da vida pessoal e profissional, uma vez que a situação pandémica atingiu grande picos na altura dos estágios e exigiu muitas horas de trabalho. Apesar das limitações, conseguimos ultrapassar e fortalecer outras competências e capacidades. Por fim, atingimos os objetivos pré-definidos para a UC, contribuindo para a mesma e evidenciando a importância do EEMC na área da PSC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACHREKAR, M., Murthy, V., Kanan, S., Shetty, R., Nair, M., & Khattry, N. Introduction of Situation, Background, Assessment, Recommendation into Nursing Practice: A Prospective Study. *Asia-Pacific Journal Of Oncology Nursing*, 3 (1), 45. doi: 10.4103/2347-5625.178171 ((2016)
2. ALHAZZANI, W., Moller, M., Arabi, Y., Loeb, M., Gong, M., Fan, E., ... Rhodes, A. (2020, 28 Março). Surviving sepsis campaign: guidelines on the management of critically ill adults with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Intensive Care Med*, 46, 854-887. Recuperado de doi:10.1007/s00134-020-06022-5 (2019);
3. BAILE, Walter F. et al. SPIKES—Um protocolo em seis etapas para transmitir más notícias: aplicação ao paciente com câncer. *The Oncologist*, v. 5, p. 302-11, (2000).
4. BARRETO, Tiago Lima, et al. Cuidados paliativos em terapia intensiva: uma revisão integrativa de literatura. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, 2020, 3.2.
5. BARROS, Ana Patrícia Ferreira. Relatório de estágio: a cultura da segurança do doente em situação crítica na perspetiva do enfermeiro especialista. 2019. PhD Thesis.
6. BECZE, E. Strategies for breaking bad news to patients with cancer. *Ons connect*. 2010 sept; 25(9):14-5
7. BIRMINGHAM, P., Buffum, M., Blegen, M., & Lyndon, A. (2014). Handoffs and Patient Safety. *Western Journal Of Nursing Research*, 37 (11), 1458-1478. doi: 10.1177/0193945914539052 (estudo1
8. BISESTI, Alberto, et al. Facing COVID-19 pandemic in a tertiary hospital in milan: Prevalence of burnout in nursing staff working in sub-intensive care units. *International journal of environmental research and public health*, 18.13: 6684. (2021)
9. BLANCHARD, ken; *Um nível superior de liderança com sócios e consultores das empresas*. 4ª ed. - Lisboa : Actual, 2010. - XV, 319, [1] p. : il. ; 24 cm. - Tit. orig.: Leading at a higher level : Blanchard on leadership and creating high performing organizations. - ISBN 978-989-8101-04-4
10. BRUSAMARELLO, Tatiana; DA SILVA, Samantha Soares; MACHADO, Edineia Miranda. Cuidado de enfermagem a familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. *Saúde e pesquisa*, 2019, 12.3: 629-638.
11. BUCKMAN, Robert A. Breaking bad news: the SPIKES strategy. *Community oncology*, v. 2, n. 2, p. 138-142, (2005).

12. BULECHEK GM, et al. NIC. Classificação das Intervenções de Enfermagem. 6ª ed. Tradução de Denise Costa Rodrigues. Rio de Janeiro: Elsevier; (2016)
13. CALDEIRA, S. Espiritualidade no cuidar. Lisboa, Portugal: Coisas de Ler. (2011).
14. CALDEIRA, S., Castelo Branco, Z., & Vieira, M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: Revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 145–152. doi: 10.12707/RIII1133 (2011).
15. CALDEIRA, Sílvia et al., Spirituality in the Undergraduate Curricula of Nursing Schools in Portugal and São Paulo-Brazil. *Religions*, v.7, (2016).
16. CAMILLO, Nadia. et al. Perception of spirituality, religiosity, and euphemia in the light of hospitalized patients. *Rev Rene*. 22., 2021, Ceará. Universidade Federal do Ceará, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212262502>. Acesso em: 10 nov. (2021)
17. CAVALHEIRO, Lucas Feliciano; PAULIN, Fernanda Viana. HCO3 E BE: ANÁLISE E IMPORTÂNCIA FISIOLÓGICA NA GASOMETRIA ARTERIAL. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, 2.1: 15-15. (2021)
18. Clinical Epidemiology and Health Service Evaluation Unit, Melbourne Health and Delirium Clinical Guidelines Expert Working Group. Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people. 1st ed. Melbourne: Dept of Human Services; (2006)
19. CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente. Brasília-DF, 22 de Novembro de 2017. Disponível em: < <http://www.conass.org.br/seguranca-do-paciente/> (2017)
20. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SERGIPE. Dez certos de enfermagem no preparo e na administração de medicamentos. Disponível Ciências Biológicas e de Saúde Unit | Aracaju | v. 3 | n.3 | p. 241-256 | Outubro 2016 | periodicos.set.edu.br 254 | Cadernos de Graduação (2016)
21. CONSELHO, DOS ENFERMEIROS, *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, (2012)
22. COSTA LGF. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enferm Brasil*. 15(3):137-45. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>. (2016)
23. COSTA NA, et al. Evaluation of peptidylarginine deiminase 4 and PADI4 polymorphisms in sepsis-induced acute kidney injury. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 66: 2-10 (2020)

24. DEVLIN JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al. Diretrizes de prática clínica para prevenção e manejo da dor, agitação/sedação, delírio, imobilidade e interrupção do sono em pacientes adultos na UTI. *Crit Care Med*;46:e825-73. (2018)
25. Direção Geral de Saúde Norma 001/2017 de 08 de fevereiro: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde. (2017).
26. Direção Geral de Saúde. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. (2015).
27. Direção Geral de Saúde. Processo de Gestão de Medicação. <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2015/12/17/orientacao-dgs-processo-de-gestao-da-medicacao/>. (2015).
28. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas a Cuidados de Saúde. [Online em Maio de 2019]. <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>. (2016).
29. DORNELLES, Cristian, et al. Experiências de doentes críticos com a ventilação mecânica invasiva. *Escola Anna Nery*, 16: 796-801. (2012).
30. FARIA, Paula Lobato de; MOREIRA, Pedro Sá. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27.2: 103-106. (2009)
31. FERNANDES, P. A., Silva, M. G., Cruz, A. P., & Paiva, J. A. Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em números – 2015. Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência Aos Antimicrobianos, 1–43. (2016).
32. FERREIRA, Cláudia Cristina dos Santos. *Relatório de estágio: Internship report*. PhD Thesis. (2016).
33. FIGUEIREDO, Talita Wérica Borges, et al. Tipos, causas e estratégias de intervenção frente a erros de medicação: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 7.2. (2018).
34. GEEN, Olivia; ROCHWERG, Bram; WANG, Xuyi Mimi. Optimizing care for critically ill older adults. *CMAJ*, 2021, 193.39: E1525-E1533. (2013).
35. GOMES, Daniela Alexandra de Abreu. Comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e família. PhD Thesis. (2019)
36. GONÇALVES, João Filipe Duarte. *ISBAR: Uma comunicação efetiva na transição de cuidados durante a passagem de turno*. Master's Thesis. Universidade de Évora. (2018)

37. GRANT D. Spiritual Interventions: how, when, and Why Nurses Use Them. *Holist Nurs Pract.*; 18{1}:36-41. (2004)
38. GREEN, Samantha; STAFFILENO, Beth A. Favorable Outcomes After Implementing a Nurse-Driven Sedation Protocol. *Critical Care Nurse*, 41.6: 29-35. (2021)
39. JOINT COMMISSION On Accreditation Of Healthcare Organizations. Eventos sentinela. Oak Brook: Joint Commission Resources; (2008).
40. JUNGES JR, Zoboli ELCP, Schaefer R, Nora CRD, Basso M. Validation of the comprehensiveness of an instrument on ethical problems in primary care. *Rev Gaúcha Enferm.* Mar; 35(2):148-56. (2014)
41. KEYTON, J. Communication and organizational culture: A key to understanding work experience. Thousand Oaks, CA: Sage. (2011).
42. KOLCABA, Katharine.(2009). Comfort. [autor do livro] Sandra J. Peterson e Timothy S. Bredow. Middle Range Theories. Application to nursing research. s.l.: Lippincott.
43. KRESS JP, Pohlman AS, Hall JB. Sedation and analgesia in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med.* 166(8):1024-1028. 16. Sessler CN, Pedram S. Protocolized and target-based sedation and analgesia in the ICU. *Crit Care Clin.* 2009;25(3):489.(2002)
44. Lei nº 48/1990. DR. I Série. 195 (1990-08-24). Lei de Bases da Saúde. Disponível em <http://dre.pt/pdfgratis/1990/08/19500.PDF> (1990)
45. LEUTER C, Petrucci C, Mattei A, Tabassi G, Lancia L. Ethical difficulties in nursing, educational needs and attitudes about using ethics resources. *Nurs Ethics.* May; 20(3):348-
46. MAÇÃES, Manuel Alberto Ramos. *Manual de Gestão Moderna. Teoria e Prática.* Leya, (2018).
47. MACHADO, P. A. Papel do prestador de cuidados: Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do Autocuidado (Dissertação de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa). (2013)
48. MAGALHÃES, Maria Dulce Domingues Cabral de. A dimensão processual do raciocínio clínico dos enfermeiros. (2020)
49. MARQUES, Anna Clara Carnaúba, et al. Dilemas vividos pela equipe de enfermagem no cuidado ao paciente com COVID-19 na UTI: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 2021, 10.12: e417101220296-e417101220296. (2021)
50. MARRA A, Ely E, Pandharipande P, Pate, M. The ABCDEF bundle in critical care. *Crit Care Clin.* 2017;33(2):225-243. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.005> (2017)

51. MART MF; Robertson SW; Salas B; Pandharipanda PP; Eli EW. Prevenção e manejo do delirium na unidade de terapia intensiva. *Semin Respir Crit Care Med.*;42(1):112-126. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710572> (2021)
52. MATEUS, Sérgio Serra David . *Gestão em saúde : liderança e comportamento organizacional para enfermeiros gestores* /pref. Sílvia Lopes ; posf. Juan Gomez Salgado. - 1ª ed. - [S.l.]: Lusodidacta, - XXVII, [1], 165 p. : il. ; 23 cm. - ISBN 978-989-8075-72-7 (2017)
53. MATOS, Arminda Dinis, et al. A influência da Comunicação Terapêutica EM Enfermagem na transição para o estatuto Familiar-Cuidador: uma Scoping Review. *Revista da UI_IPSantarém-Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8.1: 31-41. (2020)
54. MEESTER, K., Verspuy, M., Monsieurs, K., & Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse– physician communication and reduces unexpected death: A pre and post 72 Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre intervention study. *Resuscitation*, 84(9),1192-1196. doi 10.1016/j.resuscitation.2013.03.016
55. MENDES, João; VIEIRA, Margarida. O diagnóstico de angústia espiritual e a intervenção de enfermagem na prática quotidiana dos enfermeiros. (2014).
56. MENDES, Paulo Ricardo Ribeiro. O Processo de transição da pessoa idosa sujeita a cirurgia ortopédica. (2018).
57. MIASSO, A., Grou, C., Cassiani, S., Silva, A., & Fakh, F. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. *Ribeirão Preto: Revista Escola de Enfermagem USP*, 524-532. (2006).
58. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Despacho n.º 5613/2015: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*. 2.ª série, n.º 102, 13550- 13553 (2015).
59. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015- 2020. Despacho 1400-A/2015, N 28, Série II, 10 de fevereiro de 2015. <https://dre.pt/application/file/66457154>. (2015)
60. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Regime Jurídico Da Gestão Hospitalar. Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de Agosto. Lisboa : *Diário da República*, 2003. Vols. I Série A - N. 191.(2003)
61. MINISTÉRIO DA SAÚDE; Portaria nº 87/2015 de 23 de março - *Diário da República*, 1.ª série - N.º 57 - 23 de março de 2015

62. MINISTÉRIO DA SAÚDE-Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Despacho nº 1400-A/2015. Diário da República. Série II, nº 28 de 10 de fevereiro de 2015. (2015).
63. MORAES, Ana Paula; KRON-RODRIGUES, Meline Rossetto. Competência profissional do enfermeiro em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 11.36: 320-329.(2021)
64. MOREIRA, Júlia Maria Moreira, et al. Manejo da lesão renal aguda: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13.5: e7072-e7072. (2021)
65. MOREIRA, Regina de Souza; SANTANA JUNIOR, Rui Nei de Araújo; POSSO, Maria Belén Salazar. Espiritualidade, enfermagem e dor: uma tríade indissociável. *BrJP*, 4: 344-352.
66. MORRIS, Jenna L., et al. Determinants of pain assessment documentation in intensive care units. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 1-9. (2021)
67. MOURA, Andreia Liliana Cerqueira. A pessoa em fim de vida no serviço de urgência: abordagem terapêutica dos profissionais de saúde. Master's Thesis. (2017)
68. MOURA, Filipa Alexandra Ribeiro dos Santos. *Comunicação: segurança no cuidar*. PhD Thesis.((2019)
69. NATIONAL Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP). About medication error. What is a medication error [Internet]. Available from: <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors> (2001).
70. ORDEM DOS ENFERMEIRO Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual Enunciados descritivos. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf> (2012).
71. ORDEM DOS ENFERMEIRO, Regulamento das Competências Específicas. Regulamento n.º 129/2011. (2011)
72. ORDEM DOS ENFERMEIROS - Assembleia do Colégio da Especialidades de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa : (2018).
73. Ordem dos Enfermeiros - Código Deontológico. Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, (2015)

74. ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Outubro 2010. Regulamento n.º 124/2011 de 18 Fevereiro (2011)
75. ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento n.º 372/2018. Regulamento da competência acrescida diferenciada em enfermagem do trabalho. Diário da República, 2ª série-n.º 114, 15 junho. pp 20673 (2018)
76. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2018). Regulamento n.º 429/2018. Regulamento da competência acrescida diferenciada em enfermagem do Médico Cirúrgica à pessoa em situação crítica. Diário da República, 2ª série-n.º 135, 16 julho. pp 19359 (2018).
77. ORDEM DOS ENFERMEIROS (PT). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica [Internet]. 2017 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf (2017).
78. ORDEM DOS ENFERMEIROS Assembleia do Colégio da Especialidades de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de especialidade em enfermagem em pessoa em situação crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (2011).
79. Ordem dos Enfermeiros Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias: parecer do Conselho Jurisdicional. http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_202001.pdf. (2020).
80. ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho Directivo. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro. Lisboa: Diário da República, n.º 26 - Série II. (2019)
81. ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em pessoa em situação crítica. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>. (2011)
82. ORDEM, dos Enfermeiros. Deontologia profissional de enfermagem. Lisboa: *Ordem dos Enfermeiros*, (2015)
83. PAIVA, ABEL– Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. Porto (2016)
84. PEREIRA, Ana Daniela Mesquita. Um processo de transição na aquisição e desenvolvimento de competências. (2020)

85. PEREIRA, Maria. Má Notícia em Saúde: Um Olhar sobre as Representações dos Profissionais de Saúde e Cidadãos. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf> (2004)
86. PEREIRA, V. Comunicar o fim de vida... O papel do enfermeiro face à comunicação de falecimento à família. *Revista enformação* [internet]. 12:14-7. Available from: <http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/176/1/enforma%203%a7%20c3%a3o%202009%2014.pdf> (2015)
87. PEREIRA-Rodríguez JE, Quintero-Gomez JC, Otilio LF, Sharon WSS, Ximena VB. Ventilatory support in sars-voc-2 during intensive Therapy. *MedRxiv*. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.05.14.20098608> (2020)
88. PINHEIRO, Rita Isabel Coelho. Delirium no doente em unidade de cuidados intensivos: da previsão à prevenção. Master's Thesis. Universidade de Évora. (2018)
89. PORTA, Paulo. Transmissão de más notícias. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa – Lisboa. (2016)
90. QUACH, Jon L., et al. Characteristics and outcomes of patients receiving a medical emergency team review for respiratory distress or hypotension. *Journal of critical care*, 23.3: 325-331. (2008)
91. RABADÁN AT, Tripodoro VA. ¿Cuándo acudir al comité de bioética institucional? El método deliberativo para resolver posibles dilemas. *Medicina* [Internet]. 2017 [cited 2020 Dec 1];77(6):486-90. Available from: <https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2010-a-2017/volumen-77-ano-2017-no-6-indice/cuando-acudir-al-comite-de-bioetica-institucional-el-metodo-deliberativo-para-resolver-possibles-dilemas> (2017)
92. RAWAL, Gautam; YADAV, Sankalp; KUMAR, Raj. Síndrome pós-intensiva: uma visão geral. *Journal of translational internal medicine*, 5.2: 90. (2017)
93. READE, Michael C.; FINFER, Simon. Sedação e delírio na unidade de terapia intensiva. *New England Journal of Medicine*, 370.5: 444-454.(2014)
94. REGULAMENTO n.º 140 Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série (N.º26 de 6 de fevereiro de 2019). (2019).
95. REGULAMENTO do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1998). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril

96. REGULAMENTO n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Diário da República n.º 26 – II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
97. REPE, Regulamento do Exercício Profissional Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. *Diário da República*, (1996)
98. SÁ, Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de; BOTELHO, Maria Antónia Rebelo; HENRIQUES, Maria Adriana. Cuidar da família da pessoa em situação crítica. *Pensar enfermagem*, 19.1: 31-46.(2015,)
99. SAIAS, Helder André Vermelho. *Transição segura de cuidados do doente crítico*. PhD Thesis. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. (2019)
100. SANTOS, Anna Cecília, et al. Fatores que influenciam a segurança do paciente em hemodiálise: revisão integrativa. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 11.65: 6334-6345. (2021)
101. SANTOS, P. Comunicação de Más Notícias em Contexto de Urgência: Práticas e dificuldades da equipa de saúde. Escola Superior de Saúde de Leiria. Dissertação de mestrado. Leiria. (2017).
102. SANTOS, Pedro Miguel Casal dos. Programa de reeducação funcional respiratória no doente crítico submetido a ventilação não invasiva. (2020)
103. SAPATINHA, Sandra. *A gestão da segurança dos cuidados, através da melhoria dos registos de enfermagem no serviço de urgência*. PhD Thesis. (2018)
104. SESSLER CN, Pedram S - Protocolized and target-based sedation and analgesia in the ICU. *Crit Care Clin*, 25:489-513.(2009)
105. SILVA, AEBC, Cassiani SHB. Prospective risk analysis of the anti-infective medication administration process. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. (Spec):233-41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700029> (2013)
106. SILVA, Cláudia Fernanda Trindade, et al. Cuidado de enfermeiras a idosos com doença arterial coronariana na perspetiva da Teoria das Transições. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74. (2021)
107. SILVA, Débora Alves, et al. Otimização da ferramenta utilizada durante a passagem de plantão em uma unidade de pronto atendimento. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 16.1. (2017)
108. SILVA, Eloyne Tavares, et al. Fatores que influenciam a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem* (2019)

109. SILVA, Marcelo Flávio Batista; DA SILVA SANTANA, Jefferson. Erros na administração de medicamentos pelos profissionais de Enfermagem. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 47.4: 146-154. (2018)
110. SILVA, Maria Augusta Oliveira da Cunha. Pessoa em situação crítica: foco de cuidados do enfermeiro especialista. PhD Thesis. (2014)
111. SILVA, MSF. Guimarães LR. Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. [internet]. Rio de Janeiro (br); 2016 [Acesso em: dia mês (abreviado) ano]. Disponível em: <http://www...>(completar com os dados do site) (2016).
112. SIMÃO, Isabela Ramos, et al. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM COVID-19: COM FOCO NA POSIÇÃO PRONA. *ÚNICA Cadernos Acadêmicos*, 3.1.(2021)
113. SOUSA, A. A Segurança do Paciente - Contributo da Comunicação na Passagem de Turno para a Qualidade dos Cuidados. (Tese de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Gestão em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15757/1/DissertaçãoCientífica> (2013).
114. SOUSA, P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19(4), 309-318. https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7828/1/Patient%20safety_a%20necessidade%20de%20uma%20estrategia%20nacional.pdf (2006).
115. SOUZA, Nayana Maria Gomes de, et al. Avaliação da rotulagem com código de cores para identificação de medicamentos endovenosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72.3: 715-720. (2019)
116. TAROUÇO RL; Muniz R.M.; Guimaraes, S.R.L.; Arrieira, I.C.; Campos, N.; Burille, A. Spirituality and living with cancer in the process of dying. *Rev Enferm UFPE* , out/dez, 3(4): p.p. 239-45. (2009).
117. TAVARES, Pedro Miguel Vicente. Fatores Determinantes na Transição para Cuidados Paliativos: Perspetiva do Perito em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. (2020).
118. The Joint Commition. Inadequate hand-off communication. *Sentinel Event Alert*, 58, 1-6. Disponível em <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PSSolution3.pdf> (2017).
119. TOVAR, Gomez Luz Omaira; HENAO-CASTAÑO, Ángela María. Intervencões e efetividade do pacote ABCDEF no tratamento do delirium: revisão de escopo. *Avances en Enfermería*, 39.3: 395-414. (2021)

120. TRANQUADA, M. A Comunicação Durante a Transição Das Equipas de Enfermagem: Estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem numa enfermaria cirúrgica de um Hospital Português. (Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde). ISCTE Business School - Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa. Portugal. (2013).
121. WEAVER K, Morse J, Mitcham C. Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *J Adv Nurs*. Jun; 62(5):607-18. (2008)
122. WESLEY E. Delirium em cuidados intensivos. 2ª edição. (2) Lee A; Mu JL; Chiu CH; Gin T; Underwood MJ; Joynt GM. Efeito de subtipos motores de delirium na unidade de terapia intensiva na falha de fast-track após cirurgia cardíaca. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2018;155(1):268-275. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2017.08.139> (2015)
123. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2020). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Recuperado em 04 março, <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/clinical-management-of-novel-cov> (2021);
124. WORLD, Health Organization. Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Direção Geral da Saúde. Lisboa, 2009; 145p. Disponível em: acessado em 31 de Maio. (2019)
125. Wright, L. M. Espiritualidade, Sofrimento e Doença . Coimbra: Adriane Editora.(2005)
126. ZOBOLI E. Deliberação: leque de possibilidade para compreender os conflitos e valores na prática clínica da atenção básica. [tese livre-docência]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; (2010).
127. ZOBOLI E. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. *Rev Bioét*; 21 (3):389-96. (2013)

5. APÊNDICES

APÊNDICE I – “Artigo: Os critérios atribuídos à pessoa em fim de vida na triagem”



OS CRITÉRIOS ATRIBUÍDOS À PESSOA EM FIM DE VIDA NA TRIAGEM DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

THE CRITERIA ASSIGNED TO THE PERSON AT THE END OF LIFE IN THE SCREENING OF AN EMERGENCY SERVICE

Autores: Mariana Seabra Galante Macedo Guimarães¹, Patrícia Coelho²

¹ Discente do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica-Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica do Instituto Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa

² Professora Auxiliar convidada, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde

Resumo:

O serviço de urgência (SU) é um local crítico para prestar cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida, uma vez que, na triagem de Manchester não existe nenhum fluxograma, nem nenhuma via verde que dê resposta às necessidades destas pessoas. O objetivo deste estudo é conhecer quais são os critérios atribuídos à pessoa em fim de vida na triagem no serviço de urgência. Metodologia: Trata-se de uma revisão da literatura. A pesquisa foi realizada na base de dados *B-ON* após a aplicação das palavras-chave *end of life care or terminal care or dying, emergency departament and triage in the emergency department or Triage System*, em publicações entre 01 de janeiro de 2016 e 31 de dezembro de 2021, obtivemos 316 artigos, sendo que, 9 foram eleitos para a revisão. Resultados obtidos pelos 9 artigos, demonstraram que é fundamental a utilização de critérios de triagem que permitam direcionar as pessoas em fim de vida para os cuidados adequados como: *GSF PIG, PRIM-ER Clinical decision support streamlined e Palliative care screening tool*. Conclusão: os estudos efetuados comprovam e validam diversos instrumentos de triagem, que são uma resposta eficiente às necessidades das pessoas em fim de vida. Constatamos, que não existem critérios, fluxogramas ou vias-verdes no Sistema de Triagem de Manchester para a pessoa em fim de vida. Por isso, é indispensável desenvolver mais estudos de investigação nesta área.

Palavras-chave: Fim de vida, serviço hospitalar de Emergência, Triagem e cuidados paliativos

Abstract:

The emergency department (ES) is a critical place to provide nursing care to the person at the end of life, since, in Manchester triage, there is no flowchart, nor any greenway that responds to the needs of these people. The objective of this study is to know what are the criteria assigned to the person at the end of life in the triage in the emergency department. Methodology: This is a literature review. The research was carried out in the B-ON database after applying the keywords end of life care or terminal care or dying, emergency department and triage in the emergency department or Triage System, in publications between January 1, 2016, and January 31, 2016. December 2021, we obtained 316 articles, of which 9 were elected for review. Results obtained from the 9 articles showed that it is essential to use screening criteria that allow people at the end of life to be directed towards adequate care, such as: GSF PIG, PRIM-ER Clinical decision support streamlined and Palliative care screening tool. Conclusion: the studies carried out prove and validate several screening instruments, which are an efficient response to the needs of people at the end of life. We found that there are no criteria, flowcharts or greenways in the Manchester triage System for the person at the end of life. Therefore, it is essential to develop further research studies in this area.

Keywords: *end of life care or palliative care or death or dying or terminally ill, emergency department, triage in the emergency department or triage or triage system*

Introdução

O artigo de revisão de literatura tem como objetivos identificar os critérios atribuídos à pessoa em fim de vida na triagem de um serviço de urgência; conhecer instrumentos científicos que possam ser aplicados na Triagem para que os profissionais possam dar uma resposta mais eficaz às necessidades das pessoas em fim de vida.

O tema escolhido foi determinado pelas lacunas detetadas falta de fluxogramas, de ferramentas de triagem e falta de critérios da triagem de MTS que respondam às necessidades das pessoas em fim de vida, no serviço de Urgência, tendo sido elaborados objetivos para a execução deste trabalho.

Segundo, KOSTENBERGER (2019), o principal foco da de emergência é a formação e estabilização das condições agudas, com destaque para as intervenções rápidas, bem como o início dos procedimentos e tratamentos necessários. E para dar resposta a estas necessidades agudas e críticas das pessoas, de forma eficaz, foi implementado em 1994, em Manchester, o Protocolo de Triagem de Manchester, com o objetivo de criar critérios, fluxogramas e vias-verdes que permitam determinar uma triagem de pessoas, baseadas na determinação do risco clínico (GPT,2010).

Os serviços de urgência (SU) servem então, como ponto de contacto para pessoas críticas e uma fração de pessoas que visitam o SU apresentam sintomas de fim de vida e requerem cuidados paliativos (KOSTENBERGER, 2019).

Neste sentido, é importante definir quem é a pessoa terminal ou pessoas em fim de vida. NETO (2020) define como “aquele que tem, em média, um prognóstico de 3 a 6 meses de vida, e é só no caso das pessoas moribundos que o prognóstico será de dias ou horas”. É importante refletir, que os tratamentos agressivos de manutenção da vida e direcionados à doença no SU, podem não estar de acordo com os objetivos de tratamento de todas as pessoas, dando um maior destaque às pessoas em fim de vida (PFV) (HOLT, 2017).

Alguns dados, revelam que até um quarto das admissões hospitalares ocorrem no último ano de vida, a frequência de internamento hospitalar aumenta no final da vida e um terço dessas admissões ocorre no mês anterior à morte (NEOLCIN, 2012).

Desta forma, torna-se importante conhecer as causas e os critérios implementados na MTS às pessoas em fim de vida, que acabam alguns por falecer no serviço de urgência, de forma a planear as intervenções que possam garantir uma melhoria na qualidade de vida e prevenção da mortalidade nestes serviços (VASCONCELOS, 2018).

Sabemos, que a morte no SU é reconhecida como uma preocupação pessoal e sentida por todos os profissionais de saúde que cuidam as pessoas em fim de vida, neste sentido, é importante melhorar a qualidade de organização e dos cuidados de Enfermagem prestados às PSC e suas famílias (BATISTA; 2012).

Enquadramento

O serviço de urgência tem como propósito a receção, diagnóstico e tratamento de doentes que tenham sofrido acidentes ou casos de doença súbita e que necessitem de atendimento rápido. A diminuição da taxa de mortalidade nos serviços de urgência assume-se como uma prioridade de enorme importância para o Serviço Nacional de Saúde (SANTOS, 2020).

O número de admissões de emergência continua a aumentar, ou seja, aquelas que não estão planeadas acontecem frequentemente e em custo espaço de tempo devido à necessidade de controlo de sintomas (um aumento de 47% nos últimos 15 anos no Reino Unido). (CHEN, 2019).

As razões para tais admissões são complexas e embora existam uma série de intervenções para reduzir as admissões e mover os cuidados para a comunidade, os dados revelam que não foram suficientes (EDWARDS, 2014).

A metodologia de trabalho do Sistema de Triagem de Manchester (MTS) foi implementada em 1997 em Manchester, Inglaterra, e foi amplamente distribuída no Reino Unido, e em outros países como os Países Baixos, Suécia e Portugal, entre outros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em Portugal, foi em 2000 que o sistema começou a ser utilizado nos SU, executado por enfermeiros, estando reconhecidos pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Enfermeiros e Ordem dos Médicos (NEVES, 2010).

Neste contexto o MS, na Norma 002/2015 (DGS, 2015), reitera que o Sistema de Triagem (ST) permite identificar e determinar uma prioridade clínica, com posterior alocação do utente na área de atendimento mais adequada, com a oferta de cuidados ajustada às necessidades, com maior qualidade e segurança.

Os sinais e sintomas que fazem a discriminação entre as prioridades são designados discriminadores e são apresentados sob a forma de fluxogramas para cada condição, sendo que os primeiros discriminadores avaliados são os que indicam os níveis de prioridade mais elevados (GPT, 2010).

Para salvarmos vidas é importante que haja uma identidade do atendimento de emergência e, portanto, a morte de uma pessoa é vista como uma falha indesejada (MCCALLUM et al., 2018).

É importante refletir, que pessoas em fim de vida apresentam normalmente complexos problemas, emocionais e psicossociais, e os serviços de urgência (SU) podem ser a única opção para a gestão urgente dos sintomas (MIERENDORF, 2014).

No entanto, a capacidade dos SUs para satisfazer as necessidades de tais pessoas tem sido questionada pelas equipas médicas e de enfermeiros. (MIERENDORF; 2014).

A situação de doença terminal, que implica intenso sofrimento para a PFV e sua família, requer uma abordagem especializada e específica pela parte dos cuidados de saúde. Com a observação da escassez e fraca qualidade dos cuidados prestados à pessoa em fim de vida. É necessário procurar soluções que sejam capazes de responder às lacunas detetas (NETO, 2006).

Os cuidados em fim de vida e os cuidados paliativos, são conceitos que se intersejam muito, mas muitos profissionais, que trabalham em hospitais de agudos e que prestam cuidados aos doentes no final da vida, muitas vezes não definem esses cuidados como ações paliativas.

Os cuidados em fim de vida incluem avaliação física, espiritual e psicossocial, e cuidados e tratamentos prestados por profissionais de saúde, mas não só, Pacheco (2002), descreve esta fase através de 4 critérios:

- *Existência de doença crónica ou incurável e de evolução progressiva*
- *Ineficácia comprovada de tratamentos curativos;*
- *Prognóstico limitado*
- *Impossibilidade de recuperação*

Os cuidados em fim de vida desencadeiam um aumento da dependência da PSC com elevado grau de necessidades, às quais é necessário dar resposta.

A *International Association for Hospice & Palliative Care* (2018) descreve que os CP são cuidados holísticos ativos, oferecidos às pessoas que se encontram em intenso sofrimento relacionados à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo dos CP é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores. As pessoas estão a "aproximar-se do fim da vida" quando são suscetíveis de morrer nos próximos 3,6 até 12 meses. Incluindo assim também, pessoas cuja morte é iminente (dentro de horas ou dias) e aquelas com - condições avançadas, progressivas, incuráveis, fragilidade geral e condições coexistentes que significam que se espera que morram dentro de pouco tempo (RAWLINGS, 2021).

Uma abordagem paliativa implica uma identificação precoce, e avaliação criteriosa e tratamento da dor. Embora o foco na melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa em fim de vida (PFV) tenha sido inicialmente direcionado principalmente para pessoas portadoras de doença oncológica com (SAUDERS, 2000), nos últimos anos a conscientização sobre a importância de melhorar os cuidados de fim de vida às pessoas com doenças incuráveis, progressivas e ameaçadoras da vida tem aumentado. (CURTIS, 2008) Exemplos disso, são a insuficiência cardíaca crônica (ICC) e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são duas causas proeminentes de morte em países desenvolvidos (NAGHAVI, 2017).

É importante perceber dentro do MTS, se existe algum fluxograma, via verde ou descritores/critérios correspondentes às queixas da PFV, de modo a permitir uma tomada de decisão consciente e assertada, de forma a colmatar as necessidades e, destas pessoas. É crucial também compreender se após a identificação do discriminador, se a prioridade dada à pessoa em fim de vida, é de facto priorizada, tal como, uma situação de via-verde. Isto é fundamental, pois há cada vez mais indícios de que o pedido de internamento hospitalar e de cuidados agudos é um pouco inevitável nas pessoas com doença incurável em fim de vida pois apresentam necessidades imprevisíveis e complexas que, em muitos casos, só podem ser geridas no contexto dos serviços de internamento, como unidade de cuidados intermédios polivalente (UCIP) e serviço de medicina intensiva (SMI).

Metodologia:

Este artigo foi elaborado com base na metodologia de uma revisão da literatura de forma sistematizada. Assim, foi formulada a questão de investigação através da estratégia PICO. AKOBENG (2005), explica que PICO representa um acrônimo para a pessoa, intervenção, comparação e “out comes” (desfecho). Desta forma a questão de investigação será descrita na figura 1.



Portanto a revisão desenvolveu-se com base na pergunta de investigação- “Quais os critérios atribuídos para pessoas em fim de vida na triagem no serviço de urgência?”. O tema surge após a reflexão sobre as realidades vivenciadas nos serviços de urgência, especialmente na Triagem (admissão de pessoas). Detetámos a necessidade de realizar esta revisão da literatura para procurarmos aumentar o conhecimento sobre a importância dos critérios atribuídos, que possam ajudar a realizar uma Triagem adequada não apenas em situações agudas ou críticas, mas também em situações de fim de vida. Assegurando que estes tenham resposta às suas necessidades segundo os princípios bioéticos, não sobrecarregando serviços como a UCIP e SMI.

Seguiu-se a pesquisa em base de dados credíveis, a 2 de janeiro de 2022 optou-se pela biblioteca do conhecimento online, *B-on* (através da *Virtual Private Network* (VPN) da Universidade). Para definirmos os descritores da pesquisa foram consultados a plataforma Medical Subject Headings, MeSH, e Descritores para Ciência em Saúde, DeCS. Definiram-se as palavras chave: *end of life care or terminal care or dying, emergency departament and triage in the emergency department or Triage system*. Com esta revisão utilizou-se uma metodologia de pesquisa rigorosa para estudo, de forma a ser possível constatar a importância e validade da pesquisa, recolha, síntese e interpretação dos dados recolhidos e analisados. Os artigos científicos publicados entre 01 de janeiro de 2018 e 31 de dezembro de 2021 foram elegíveis para inclusão nesta revisão. Para selecionar os critérios de inclusão neste estudo foram utilizadas um conjunto de palavras-chave, após uma breve pesquisa no MeSH Descritores e MeSH- descritores em Ciências da Saúde, para restringir a pesquisa e obedecer aos objetivos do estudo. Como outros critérios de inclusão: foram

selecionados artigos em língua inglesa, com publicação em revistas acadêmicas, analisados por pares e disponíveis em texto integral. Os critérios de exclusão foram, estudos que abordavam a pediatria, cuidados intensivos, ambulatório, pré-hospitalar, tratamentos oncológicos, covid-19 e outros.

Na figura 2 é apresentado o diagrama PRISMA que expõe o processo de seleção dos artigos analisados no trabalho. Neste diagrama é possível constatar que numa primeira etapa foram registados e identificados 9777 artigos após a pesquisa com as palavras-chaves. A segunda etapa consistiu na aplicação dos critérios de inclusão, que teve como consequências a eliminação de 221, ficando assim com 9556 artigos selecionados. Posteriormente, foram novamente analisados, sendo excluídos 9240 artigos, pelos critérios de inclusão, incluindo os assuntos: *Emergency departament, mortality, triage, hospital mortality, nurses, hospital Emergency service*. Assim, ficámos com 316 artigos com elegibilidade.

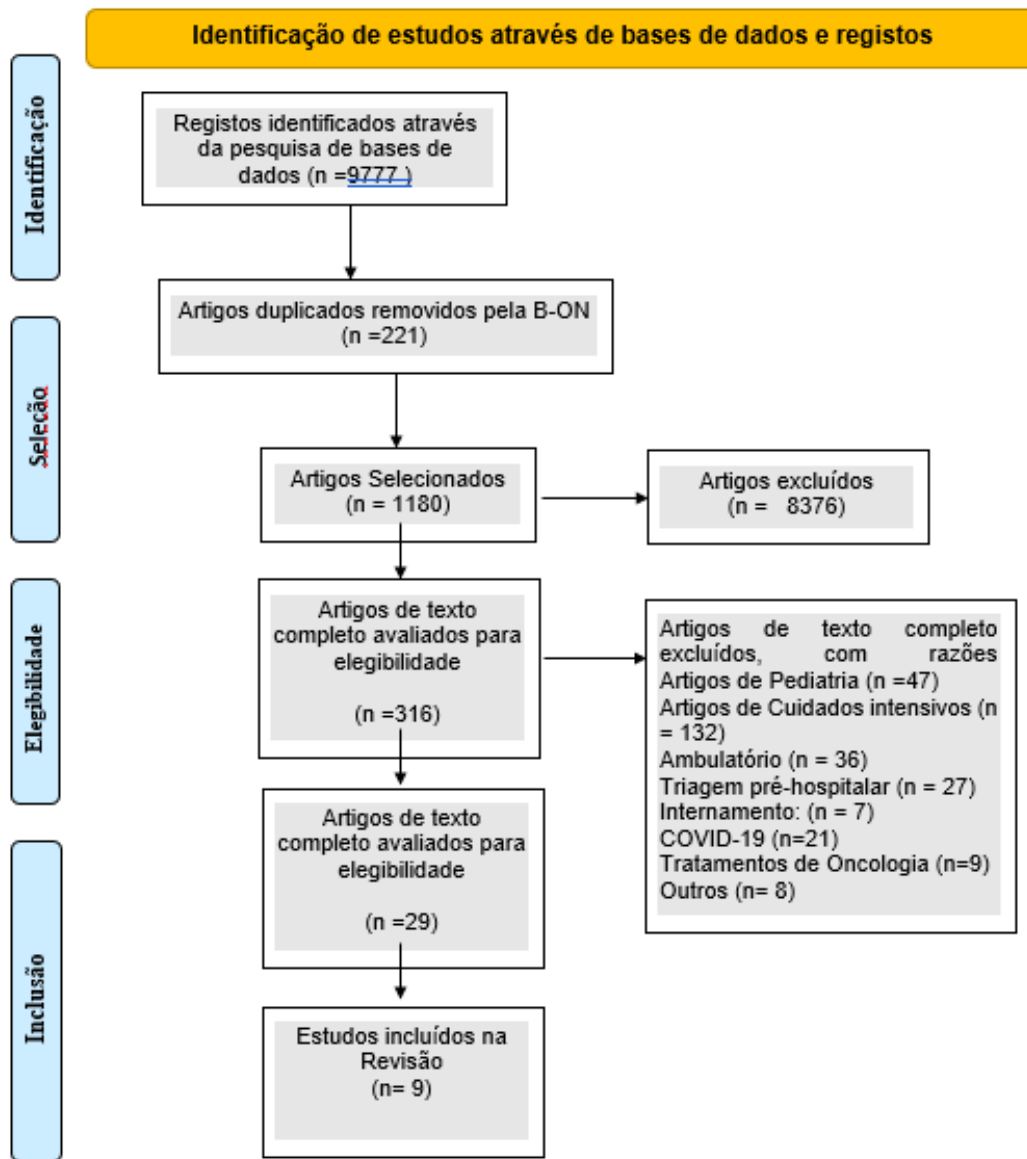
Na terceira etapa foram aplicados os critérios de exclusão a estes 316 artigos, que foram avaliados tendo em conta os objetivos do estudo, a questão de investigação, e que abarquem critérios / ferramentas para a pessoa em fim de vida na triagem. Validaram-se apenas 29 artigos para leitura integral, que eram realmente elegíveis para o estudo. Por fim, incluiu-se apenas 9 estudos, pois foram aqueles que corresponderam ao objetivo, aos objetivos específicos e à pergunta de investigação.

Em suma, após selecionarmos estes estudos, verificou-se que estes complementam e sustentam com os seus resultados e conclusões as respostas à nossa questão de investigação, ao nosso objetivo e aos nossos objetivos específicos. Para a análise de dados, os artigos foram lidos repetidamente e os elementos mais importantes de cada estudo foram extraídos como: autores, data de publicação, desenho de estudo, caracterização da amostra, nível de evidência, resultados e conclusões. Os dados encontram-se na tabela 1.

Figura 2-Diagrama Prisma



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Resultados:

A informação selecionada foi organizada numa tabela, que se encontra na tabela 1 no apêndice I, por ordem de publicação (do mais recente ao mais antigo) onde constam dados relativos aos autores, ano de publicação, país onde se realizou o estudo, tipo de comunicação, tipo de estudo, instrumento de colheita de dados, participantes e amostra, objetivo geral e principais conclusões presentes nos estudos.

No quadro resumo das evidências encontradas, confirmou-se que todos os estudos convergem para um objetivo comum, conhecer os critérios atribuídos à pessoa em situação crítica em fim de vida na triagem no serviço de urgência ou ferramentas que foram validadas para a triagem.

Após a análise dos dez artigos alvos de estudo, verificou-se que, relativamente aos critérios atribuídos para a pessoa em fim de vida, no artigo I cinquenta e três mil e cinquenta e sete pessoas recorreram ao SU, dos quais 4488 (8.5%) das pessoas tinham códigos de diagnóstico que indicavam potenciais necessidades de cuidados em fim de vida- 1024 (18,4 %). Cerca de 16,0-20,8% da amostra aleatória foram identificados como satisfazendo os critérios de triagem do GSF PIG, na triagem do SU para identificar os critérios que dão resposta às necessidades de cuidados em fim de vida. As principais doenças foram o cancro (26,1%), a DPOC (26.1%) e insuficiência cardíaca (22,9%). Extrapolando a incidência estimada, 826 das 4488 pessoas com 12 doenças teriam cumprido os critérios do GSF PIG, sugerindo que apenas 1,6% de todas as pessoas que se apresentam no SU satisfizeram os critérios do GSF PIG (Gold Standards framework prognostic indicators guidance) na triagem.

Relativamente ao artigo II, este foi desenvolvido num Hospital terciário, sendo que, a amostra do estudo envolveu 674 PFV que durante o período de estudo, morreram no SU entre 2015 e 2017. A nível de critérios à pessoa em fim de vida na triagem, foram ineficazes e inadequados, uma vez que, a proporção de pessoas submetidos a RCP aumentou, e houve também um aumento no número de pessoas que morreram à chegada do SU após receberem tratamento pelos serviços de emergência médica (SEM). A maioria das pessoas foi classificada como um nível de prioridade de triagem elevado (P1) e, portanto, entrou imediatamente na sala de Emergência e outros em fim de vida foram internados na área de urgência durante o período de estudo. As principais causas de morte foram o cancro metastático de estadio 4, denominado "cancro terminal" (20,3%), sépsis (13,9%) e falência de múltiplos órgãos (12,9%).

O artigo III apresentou uma amostra de 30.217 falecidos no serviço de urgência. As pessoas com falência cardiopulmonar (CPF) (tinham cerca de 1,5 vezes mais probabilidades de morrer num hospital de cuidados agudos. As pessoas com CPF eram mais propensas a serem hospitalizadas ou internados no serviço de urgência, após a implementação da triagem preconizada no serviço. E pessoas com cancro no último mês de vida, ou seja, em fim de vida. As pessoas com CPF apresentaram um risco de quatro a duas vezes maior de serem internados em SMI ou serem submetidos a tratamentos que prolongavam a vida, respetivamente, do que as pessoas oncológicas.

No Artigo IV, envolveu doentes com mais de 65 anos internados durante pelo menos uma noite no SU em cinco hospitais australianos e num hospital irlandês. Os valores para a coorte de validação (irlandês) foram AUROC usando a escala de Fragilidade Clínica (CFS). Um mínimo de cinco de 29 variáveis eram suficientes para uma previsão precisa sobre o fim de vida de cada pessoa, e um ponto de corte de 7+ ou 6+ dependendo da coorte era fortemente indicativo do risco de morte. O mais significativo critério associado à morte a curto prazo, em ambas as coortes foi a fragilidade. Quanto à precisão da *CriSTAL* para a previsão de morte no hospital no SU (AUROC = 0,795 e 0,81 na Austrália e Irlanda, respetivamente). A distribuição de fatores de risco *CriSTAL* individuais indica que a coorte de relatou uma maior incidência em pessoas em fim de vida, com diagnósticos de demência, cancro avançado, doenças cardiopulmonares, DRC, ICC, DPOC, EAM, AVC, DHC, Hipoglicemia, ECG anormal, Dessaturação, dispneia, entre outras (CARDONA, 2018). A saturação do oxigénio foi um preditor significativo em ambos os modelos de validação, enquanto a fragilidade foi apenas significativamente associada à morte a curto prazo quando medida com CFS. O AUROC mostrou uma boa capacidade discriminatória para a mortalidade a curto prazo em todos os modelos usando escalas de fragilidade CFS na triagem. (CARDONA, 2018)

No artigo V, foram realizadas 43 entrevistas a PFV e a cuidadores após a admissão no SU, sendo que, vinte pessoas, a maioria (17) que vivem com cancro avançado em fim de vida, tinham 2-4 admissões nos últimos seis meses de vida. Todos as pessoas que sofreram sintomas graves antes das admissões. Em 31 admissões, dependendo da gravidade e da urgência dos sintomas, o processo de admissão na triagem variou. Na maioria dos casos (35/43) foi simples, envolvendo apenas uma transferência (para uma ala oncológica para cuidados em fim de vida). Os sintomas que mais se evidenciaram na triagem foram: a fadiga, a dor, diarreia, febre, náuseas, obstipação, anorexia e dispneia.

O artigo VI relata que 1277 pessoas visitaram o SU durante o período de uma investigação. Destes doentes, 1096 foram rastreados e 145 destes doentes (13,2%) mostraram sintomas de fim de vida e precisavam de um termo orientado para o objetivo, ou seja, de critérios. Destas 145 pessoas, 10,9% foram avaliados pelo Sistema de Triagem de *Manchester* (MTS) como o nível de urgência, 2,7% como muito urgente, 34,7% como urgente, 51% como normal, e 0,7% como não urgente. As razões mais frequentes para a admissão das pessoas ao SU foram a angústia respiratória (23%), os sintomas neurológicos (17%), a deterioração geral (15%), a dor (11%), as infeções (11%), cólicas abdominais (7%), as lesões (3%) e outras condições stressantes (12%). Ao todo, das 145 pessoas, 108 (74,5%) foram internados e os restantes tiveram alta para o domicílio.

O artigo VII foi elaborado através de dados recolhidos num SU, de forma a evidências quais as ferramentas mais adequadas para a deteção de critérios na admissão da PFV, demonstrando que a análise de scoping identificou o Rastreio rápido de Emergência (P-CaRES) como instrumento validado para se adaptar e candidatar à criação da ferramenta do CDS (suporte de decisão clínica), na MTS. Os workshops multidisciplinares identificaram dois objetivos primários do CDS como identificar pessoas com indicadores de doença grave limitadora a vida, e auxiliar na referenciação e encaminhamento para serviços como os cuidados paliativos. Adicionalmente, desencadeiam um alerta clínico para a urgência. Este instrumento também é utilizado para triar pessoas em fim de vida na triagem complementando no sistema informático da triagem preconizada pelos serviços.

Em relação ao artigo VIII, foram avaliados pacientes com cancro admitidos no SU. Este artigo foi selecionado, pois é importante compreender quais os critérios utilizados na triagem perante a PFV com cancro e perceber que ferramentas são aplicadas na triagem. A idade média das pessoas admitidos foi de 59,2. O MEWS 1 (*Modified Early Warning Score*) foi superior ao MEWS2. Um total de 362 doentes (72,3%) sobreviveram e 139 (27,7%) morreram no prazo de 30 dias após a admissão inicial. A análise do ROC foi realizada para o MEWS 1; a área sob em curva (AUC), esta é uma “das ferramentas mais utilizadas para avaliar e comparar diferentes tipos de metodologias de diagnóstico”. (CRISTIANO, 2017). Sendo que, a (AUC) para a hospitalização foi de 0,768 (95%) e para a mortalidade foi de 0,900 (95%). A sensibilidade do coorte apresentado foi de 77,32% (72,1%-82,0%) para a hospitalização e de 76,24% para cuidados em fim de vida. Esta ferramenta mostrou-se eficaz na triagem, uma vez que, permite identificar grupos de risco,

prever o risco de morte e direcionar as pessoas para os cuidados que necessitam. Também realizaram a análise das características do operador do recetor (ROC) para determinar um valor de corte para MEWS que pode prever hospitalização e mortalidade em pessoas com neoplasias hematológicas, oncológicas, doenças crônicas incuráveis que são admitidas no SU. De acordo com os resultados obtidos relataram que MEWS é uma ferramenta mais valiosa do que avaliações de paramédicos para avaliar uma pessoa como crítico, e ainda determinaram um ponto de corte de 3 para o valor crítico de MEWS. A AUC deste valor foi de 0,799 e os valores de sensibilidade e especificidade foram de 71,1% e 76,2%, respectivamente. Esses valores são semelhantes, embora tenha havido diferença entre os resultados do estudo de Fullerton e colaboradores e este estudo, envolvendo valores de MEWS para pessoas que faleceram no mesmo dia de admissão no SU. Essa diferença está relacionada ao envolvimento multissistêmico da PFV. Referem que o valor de MEWS era 6, e que o MEWS era 9 nas pessoas em fim de vida.

Por último, no Artigo X pretendeu-se descrever as características clínicas das PFV admitidas no serviço de urgência. A amostra do estudo foi de 250 pessoas. O fluxograma da triagem de Manchester mais utilizado para pessoas em fim de vida, foi a dispneia (46,8%), a prioridade muito urgente reuniu 46,2% e a prioridade emergente 41,4%. As variáveis idades, tempo decorrido desde a admissão até à triagem, tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica, a pressão arterial sistólica, o Índice de reatividade de Glasgow, frequência cardíaca e temperatura corporal mostraram-se importantes na premonição de óbitos.

Discussão dos resultados:

A situação de doença terminal exige uma abordagem especializada e específica por parte dos cuidados de saúde, pois é necessário dar resposta ao sofrimento que advém de uma doença terminal. Com a observação da escassez e dos cuidados prestados à pessoa em fim de vida, Cicely Saunders, médica, quis chamar a atenção para a necessidade de oferecer cuidados rigorosos, científicos e de qualidade - Cuidados Paliativos (NETO, 2006).

Iremos organizar a discussão de resultados segundo os objetivos do estudo: identificar os critérios atribuídos à pessoa em fim de vida na triagem de um serviço de urgência que possam ser aplicados na Triagem, para que os profissionais possam dar uma resposta mais eficaz às necessidades das pessoas em fim de vida.

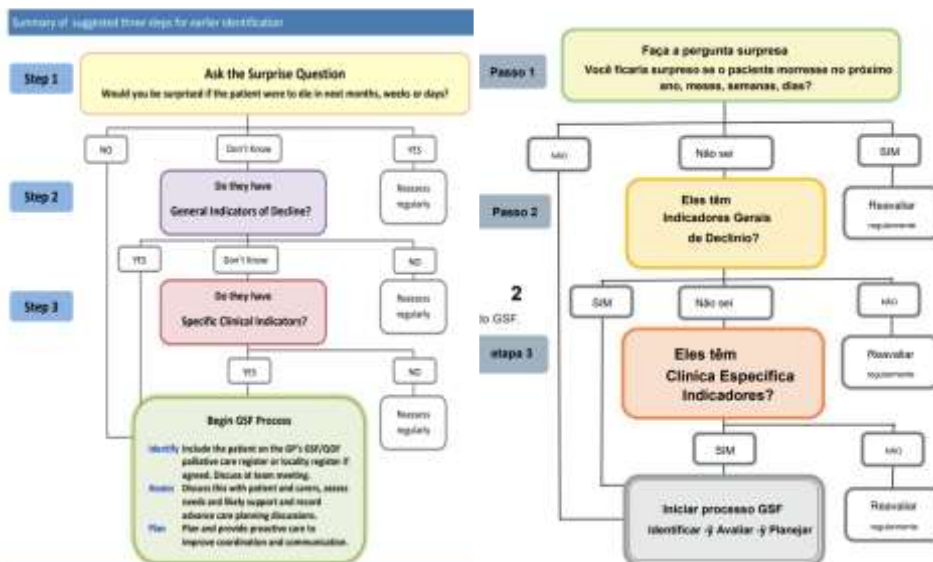
Por sua vez, é importante ter presente nesta discussão a definição de Cuidados em Fim de Vida, pois muitas vezes, os dados descrevem-nos as situações em que as pessoas estão a "aproximar-se do fim da vida" quando são suscetíveis de morrer nos próximos 3,6 a 12 meses. Isto inclui pessoas cuja morte é iminente (esperada dentro de algumas horas ou dias) e aquelas com: Condições avançadas, progressivas e incuráveis. (THOMAS, 2011)

No que diz respeito ao primeiro objetivo, identificar os critérios atribuídos à pessoa em fim de vida na triagem de um serviço de urgência, aferimos que o Sistema de Triagem de Manchester apresenta várias lacunas, sendo que, este não apresenta descritores/critérios, fluxogramas e via verde próprias para a PFV. Por sua vez, as principais doenças detetadas na triagem foram o cancro (26,1%), a DPOC (26.1%) e insuficiência cardíaca (22,9%). Mas relativamente aos sintomas, o sintoma/queixa mais prevalente na triagem foi a dor e dispneia, com uma taxa de incidência elevada.

Continua-se a verificar que existe uma taxa elevada de pessoas que recorrem ao SU e que satisfizeram os critérios do GSF PIG (Gold Standards framework prognostic indicators guidance), portanto a sua aplicabilidade torna-se fundamental para dar resposta às pessoas em fim de vida. Como critérios recorrem à pergunta surpresa, aos indicadores gerais de declínio e necessidades crescentes (declínio geral, aumento da dependência, admissões hospitalares não planeadas, doença avançada, instável e deteriorada) e aos indicadores específicos relacionados com as 3 trajetórias: cancro, insuficiência de órgãos e fragilidade, demência e comorbilidades. É importante analisarmos a figura 3, pois esta apresenta o fluxograma da GSF PIG e uma proposta de tradução. Após a recolha de dados nesta revisão conhecemos os critérios atribuídos à pessoa em fim de vida numa Triagem de um serviço

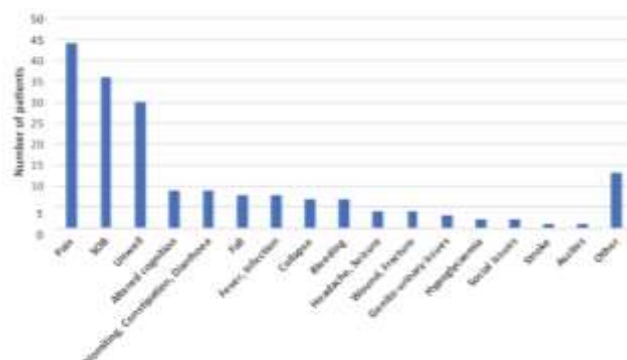
de urgência. Esta ferramenta demonstrou-se viável em diferentes hospitais internacionais e pode ser um recurso facilitador na aplicação da mesma, na Triagem a nível nacional. Neste sentido, foi elaborada uma possível tradução desta ferramenta.

Figura 3- - GSF PIG (Gold Standards framework prognostic indicators guidance inglês e possível tradução em PT)



Os resultados obtidos após a aplicação do GSF PIG tendo como sinais e sintomas mais prevalente na triagem foram: a dor, dispneia, deterioração geral, vômitos, obstipação, diarreia, alterações cognitivas, queda febre, infecções, hemorragia, Cefaleias, feridas, Fraturas, Hipoglicemias, ascites, AVC, aneurismas, incontinência urinária e outros.

Figura 4- Sinais e Sintomas dos pessoas em fim de vida segundo a GSF PIG (WONG,2017)



Na figura 4, encontram-se expostos os sinais e sintomas mais prevalentes na admissão das pessoas em fim de vida na triagem, após a aplicação do fluxograma GSF-PING. Ao analisarmos o gráfico percebemos que as razões mais frequentes para a admissão das pessoas ao SU foram: “a angústia respiratória (23%), os sintomas neurológicos (17%), a deterioração geral (15%), a dor (11%), as infecções (11%), as ascites abdominais (7%), as lesões (3%) e outras condições stressantes (12%). Ao todo, dos 145 pessoas, 108 (74,5%) foram internados e os restantes tiveram alta”. (KOSTENBERGER, 2019)

SABA et al., (2019) evidenciaram através do seu estudo, que a ferramenta CriSTAL foi concebida para ajudar na identificação do risco para pessoas mais velhas e frágeis, com complexas comorbidades múltiplas para sinalizar pessoas que beneficiariam de discussões oportunas em fim de vida sobre potenciais vias de cuidados. Esta ferramenta permite definir critérios como: fragilidade, idade avançada, sexo masculino, cancro, doenças incuráveis, deterioração do estado de consciência e dessaturação.

Após a revisão foi possível constatar que os sinais e sintomas, mais prevalentes nas pessoas em fim de vida são os elementos que constituem os critérios de triagem no serviço de urgência, sendo que, os mais frequentes são: as Alterações Neurológicas, a Deterioração cognitiva, a dor, as infeções, a angustia respiratória, a ascite abdominal, o stress, o medo, a ansiedade e a dispneia.

Relativamente ao segundo objetivo, conhecer instrumentos científicos que possam ser aplicados na Triagem, para que os profissionais possam dar uma resposta mais eficaz às necessidades das pessoas em fim de vida.

Os resultados encontrados apoiam a aplicabilidade do Sistema de Triagem de Manchester (MTS) e que esta pode ser aplicada em crianças, adultos, pessoas com síndrome coronária e com embolia pulmonar aguda. Também demonstrou que o MTS era inclusivo e que previa na admissão a possibilidade de a pessoa estar em fim de vida morrer no serviço de urgência a curto prazo.

O primeiro instrumento, aplicável na triagem, que iremos expor é o GSF PIG (Gold Standards framework prognostic indicators guidance). WONG et al., (2018) veio demonstrar que apesar de algumas mortes serem inesperadas, muitas podem ser previstas. Isto é inerentemente mais difícil, mas se formos capazes de prever as pessoas no último ano de vida, qualquer que seja o seu diagnóstico, incluindo-as num registo, existem indicadores de que são mais propensos a receber cuidados bem coordenados e de alta qualidade. Esta quarta edição atualizada da Orientação do Indicador prognóstico do GSF, apoiada pela RCGP, tem como objetivo auxiliar os profissionais na identificação precoce das pessoas que se aproximam do fim da sua vida que podem precisar de apoio adicional. No estudo de THOMAS et al., (2016), o *Prognostic Indicator Guidance GSF* permite a identificação precoce das PFV que podem necessitar de cuidados de suporte adicionais. Esta ferramenta abrange as PFV em três possíveis trajetórias para a morte- o declínio rápido e previsível, por exemplo, cancro; declínio errático, falência de órgãos e o declínio gradual (fragilidade e demência). Os sintomas que são identificados dentro destas três trajetórias são: a dispneia,

a pressão arterial elevada, função renal em declínio, anemia, náuseas, vômitos, deterioração do estado de consciência, insuficiência cardíaca direita, anorexia, caquexia, entre outros. Isto, por sua vez, pode desencadear um apoio específico, como clarificar as suas necessidades particulares, oferecendo discussões de planeamento de cuidados avançados para a prevenção de admissões de crises e apoio, garantindo que as pessoas "vivam bem até morrerem". (THOMAS, 2011)

Esta *guideline* visa clarificar a triagem permitindo identificar pessoas que possam ser elegíveis para inclusão no registo num portal. Este que permite às equipas hospitalares e de comunitária acederem aos resultados da GSF (registos de apoio/cuidados paliativos/GSF/localidade) e a darem continuidade aos cuidados à PFV. Uma vez identificados e incluídos no registo, estas pessoas passam a receber apoio, levando a melhores cuidados coordenados que também reflitam as preferências das pessoas.

Percebemos que o reconhecimento precoce das trajetórias possíveis da doença significa que as suas necessidades podem ser antecipadas e abordadas. As intervenções específicas para cada etapa fazem parte dos Programas GSF em diferentes configurações, a forma de permitir um cuidado coordenado de forma a dar resposta às necessidades da pessoa em fim de vida. É crucial que este instrumento seja aplicado na Triagem para direcionar as pessoas para os cuidados mais adequados. (GABRIEL, 2012)

Ao longo desta revisão, os dados demonstraram que as pessoas em fim de vida experimentam um processo de morte que nem sempre cumpre o pensamento básico de uma "boa morte", ou seja, muitas vezes as PFV são submetidas a procedimentos invasivos que aumentam o sofrimento numa tentativa de prolongamento da vida. A PFV necessita de medidas de conforto que não lhe aumentem o sofrimento. (FORERO, 2012)

No caso da pessoa em fim de vida, estes princípios de cuidados invasivos não podem ser implementados permanentemente a todas as pessoas que são admitidas no SU, cabe ao enfermeiro ter uma visão holística e perceber que as pessoas são tratadas de forma diferente, consoante as necessidades de cada uma, principalmente as PFV. As interações entre os modelos de fim de vida e a equipa do SU foram investigadas pela CHAN, e concluíram que o SU não é o local adequado para dar cuidados à PFV.

Por sua vez, as pessoas com CPF diferiam significativamente das pessoas com Cancro em todos os resultados de cuidados da PFV de qualidade e intensidade de tratamento. Especificamente, o estudo mostra que as pessoas com CPF tinham um maior risco de morrer nos hospitais de agudos e consideravelmente, menos acesso a cuidados

ou abordagem paliativa no hospital do que as pessoas com cancro, sendo submetidos a procedimentos invasivos. (WACHTERMAN, 2016)

Morrer no SU é um indicador de má qualidade nos cuidados à PFV, pois são locais com baixos recursos para darem resposta às necessidades das PFV, tanto a nível de conforto, como na gestão e controlo de sintomas. A literatura, como uma revisão sistemática de GOMES et al., (2013, estudo realizado por LASTRUCCI (2018) e o artigo de BLANCHARD et al. (2019), referem que a maioria das pessoas com CHF e DPOC preferem morrer em casa ou em instituições de cuidados não agudos (*Hospice* e Lares) e que essas preferências parecem refletir também nas pessoas com cancro avançado. (SKORSTENGAARD, 2017)

No que diz respeito às admissões em SU, os grupos de CPF têm um maior risco de admissão no SU, durante o último mês de vida, em comparação com o grupo cancro. (LASTRUCCI,2018)

A capacidade discriminatória da CriSTAL para a previsão de morte a curto prazo no SU para as pessoas mais velhas tem sido razoavelmente consistente em três países (Austrália, Estados Unidos, e Dinamarca) em termos de variáveis preditores, com exceção da residência variável do lar de idosos. A utilidade de uma ferramenta objetiva de previsão de riscos para os idosos reside na oportunidade de produzir uma avaliação global que engloba a sua morbilidade, fragilidade e história do uso recente do serviço de saúde, para ajudar a planear a via de cuidados mais adequada, incluindo referências de cuidados paliativos.

Os artigos analisados permitiram conhecer novos instrumentos de avaliação e ferramentas de rastreio aplicáveis na Triagem a pessoas em fim de vida. O segundo instrumento é referente aos Cuidados Paliativos e Rastreio rápido de Emergência (*P-CaRES*) como um instrumento validado para se adaptar e candidatar à criação da ferramenta de apoio a decisão clínica (CDS). Os workshops multidisciplinares identificaram dois objetivos primários do CDS: identificar pessoas com indicadores de vida grave limitando a doença, e auxiliar com encaminhamentos para serviços como cuidados paliativos ou trabalho social. (TAN, 2020)

Figura 5- PRIM-ER Clinical decision support streamlined. (TAN,2020)

CRITERIA 1: Patient with Advanced Illness Presents to ED (no advance care planning documentation)							
One of the below positive from specified time interval to present							
Least hospitalization disposition location of nursing facility in _____ months	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Previous palliative care consult order in _____ months	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Previous order for DNR	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Outpatient Palliative Care visit in past _____ months	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Previous disposition to outpatient or inpatient hospice in _____ months	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Eastern Cooperative Oncology Group 3 or 4	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Last hospitalization disposition location of Long-Term Acute Care Hospital in _____ months	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
OR							
CRITERIA 2: Patient with Advanced Illness Presents to ED (no advance care planning documentation)							
Current ED encounter							
Code number start	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	GFR<15	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Albumin <2	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Bicarbonate<10	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
PCO ₂ >70	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Active order for mechanical ventilation	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Active order for non-invasive ventilation	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
OR							
CRITERIA 3: Patient with advanced illness presents to the ED with advance care planning documentation							
Advanced care planning (e.g. MOLST, POLST, DNR/DNI)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	ACP note under "ODDE" tab in EPC	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
OR							
CRITERIA 4: Enrolled or referred to hospice work-flow or previous disposition of Home/Hospice or Inpatient Hospice							
	<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No						
REFERRAL TO SERVICES							
Social Work Consult	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Palliative or Hospice Care Consult	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Chaplaincy	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
EXCLUSION CRITERIA: BPA will not fire if these conditions are met							
Emergency Severity Index<5	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Patient is in fast track or urgent care	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
BPA TIMELINE: When should the BPA Fire?							
Immediately upon Arrival	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	One Hour after arrival	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____ after arrival			

ical decision support streamlined mapping document

Na Figura 5, é possível verificar quais os critérios que são aplicados numa triagem utilizando um fluxograma da ferramenta PRIM-ER. Este instrumento também pode ser utilizado como um sistema suplementar o Sistema de Triagem de Manchester.

Segundo o fluxograma da triagem de Manchester o maior número de pessoas que faleceram apresentavam sintomas preditivos de dispneia. Valores de saturação periférica de oxigênio mostraram uma relação importante com o fim de vida, já que 79,2% apresentavam valores inferiores a 90%, com oxigenoterapia suplementar, e 64,6% das pessoas apresentavam valores igualmente inferiores a 90%, sem, no entanto, terem oxigenoterapia suplementar. A incapacidade de corrigir a hipoxemia pode ter resultado num maior número de óbitos. (RENDA et al., 2018).

As carências de cuidados de qualidade que as PFV experimentaram, caracterizaram-se pela falta de atenção às suas necessidades fundamentais, pela falta de envolvimento da família, pela má comunicação dos planos de cuidados e pela falta de continuidade entre os cuidados primários e secundários.

Nos artigos elegidos nesta revisão é difícil perceber quais os critérios e discriminadores aplicados à pessoa em fim de vida. Percebemos que os sintomas mais comuns na triagem foram a dor, falta de ar (dispneia), náusea/ diarreia, falta de apetite e perda de peso. Em nenhum estudo é relatado a existência de uma via verde para pessoas

em fim de vida. Sendo evidente, a necessidade de novos estudos sobre a importância de vias verdes para pessoas em fim de vida, com critérios e circuitos próprios.

Segundo os WONG et al., SABAN et al., CARDONA et al., e CHEN et al., a maioria das admissões foram consideradas inevitáveis por especialistas em oncologia, cuidados paliativos e intensivistas, tanto por enfermeiros, como por médicos. Como tal, as admissões na urgência e na sala de emergência podem ser um passo necessário à PFV, pois a rede de apoio comunitária não tem apoios socioeconómicos, nem equipas formadas para darem uma resposta mais eficaz ao doente em ambiente domiciliário. Estas admissões ocorrem também pelas necessidades imprevisíveis e complexas, que às vezes só podem ser satisfeitas em ambiente Hospitalar.

A importância destes serviços de urgência especializados emergentes em pessoas com fim de vida é o facto de que significam uma necessidade essencial para dar resposta às pessoas com cuidados especializados, com atendimento dirigido, humanizado e com uma resposta rápida no atendimento, dando uma resposta eficiente às necessidades detetadas. Inicialmente as evidências limitadas da investigação sugeriram que estes serviços podem reduzir (re)taxas de admissão e duração da permanência hospitalar, e fornecer poupanças significativas de custos. (CHEN, 2018)

No entanto, existem apenas alguns centros em todo o mundo que prestam cuidados especializados não programados e urgentes para pessoas com patologia incurável ou em fim de vida, e, portanto, somente uma pequena percentagem destas pessoas conseguem aceder a esses cuidados. (CHEN, 2018)

É importante destacar, que com a redução de idas ao SU de um Hospital central, reduzimos a sobrelotação permitindo dar uma resposta mais eficaz nestes locais às pessoas com doença aguda e reduzir os internamentos hospitalares das pessoas em fim de vida, sem os cuidados necessários e diferenciados. As admissões de emergência constituem um custo financeiro significativo para os serviços de saúde e são frequentemente desagradáveis e confusas para as pessoas (PURDY, 2010). Além disso, mais de 50% das queixas recebidas sobre cuidados hospitalares relacionam-se com incidentes que ocorrem por volta da hora da morte (AL-QURAINY et al.; 2009).

Conclusões

Com a conclusão deste trabalho, foi possível verificar que combinar dados de delineamento de pesquisa diversos é complexo e desafiador, a condução da revisão, a partir da inclusão de uma, sistemática e rigorosa abordagem do processo, particularmente da análise de dados, resulta na diminuição de vieses e erros. (Araújo, 2021). A análise do conjunto de estudos em que nos baseamos para realizar esta revisão de literatura evidenciou que face às limitações desta revisão, falta de estudos sobre a aplicabilidade dos instrumentos com os critérios de admissão na triagem do serviço de urgência, às pessoas em fim de vida, em Portugal e a falta de fluxogramas para as pessoas em fim de vida, observamos durante as investigações que é necessário o desenvolvimento de novos estudos.

Este estudo revê se existem critérios ou não para as pessoas em fim de vida na triagem do SU, na admissão nos internamentos de emergência, incluindo o acesso prévio ao SU e à triagem. Estes são fatores que contribuem para cuidados hospitalares, permitindo combater as lacunas ainda existentes nos cuidados de saúde comunitária. Nos diversos estudos foi possível concluir que quase todas as admissões das pessoas em fim de vida, foram para alívio de sintomas, sendo eles por agudização, emergência, efeitos secundários de tratamentos ou complicações resultantes da evolução da doença.

Com este estudo, não conseguimos dar total resposta à nossa questão de investigação, uma vez que, apenas 2 dos 9 estudos sustentam a importância do desenvolvimento de critérios de triagem de emergência unificados, que identifiquem pessoas com baixo risco e pessoas com alto risco de necessidades e necessidades no fim de vida, sendo que, não existem critérios definidos na MTS. Percebemos que não existem critérios, fluxogramas ou vias-verdes direcionadas para a pessoa em fim de vida, refletindo-se em más práticas com estas pessoas e a falta de resposta às necessidades destas. Neste sentido, os estudos sugerem a utilização de diversas ferramentas de triagem, que possam ser implementadas nos Serviços de urgência- *GSF PIG*, *CriSTAL*, *P-CaRES*, *PRIM-ER*, *Clinical Decision support-streamlined*, *triagem (ADAPT)*, *o algoritmo de triagem de Copenhaga (CTA)*, *MESHS- Modified Early Warning Score*. Em Inglaterra, a Estratégia de Fim de Vida sublinha a necessidade de cuidados de fim de vida de alta qualidade para pessoas com doenças avançadas e com risco de vida em todos os contextos, incluindo o hospital. (ROGERS; 2000)

Como sugestão seria importante a realização de estudos de investigação sobre quais

os critérios mais adequados para serem aplicados na triagem de MTS ou ferramentas que permitam realizar uma triagem fidedigna que permita aos profissionais dar resposta às necessidades dos PFV. Além disso, seria igualmente importante validar, se a existência de uma “via verde fim de vida” não traria ganhos para as pessoas, família e profissionais. Perante isto, com esta proposta penso que seria possível existir uma triagem mais direccionada também para as pessoas em fim de vida facilitando e respondendo às necessidades das pessoas no processo de admissão, incluindo acesso prévio a aconselhamento especializado na triagem, pois são fatores que contribuem para bons cuidados hospitalares às pessoas e família.

Como anteriormente foi mencionado, a importância destes serviços de urgência especializados emergentes é o facto de que significam uma necessidade reconhecida de cuidados especializados à pessoa em fim de vida. Evidências limitadas de investigação inicial também sugeriram que estes serviços podem reduzir (re)taxas de admissão e duração da estadia hospitalar, e fornecer poupanças significativas de custos. (CHEN, 2018)

Por último, outra sugestão é a tradução e validação dos vários instrumentos encontrados nos artigos analisados para esta revisão. Com estes instrumentos traduzidos seria possível a realização de diversos estudos para identificar quais os critérios atribuídos às pessoas em fim de vida de forma mais direccionada e qual o instrumento mais eficaz nesse processo de triagem.

Bibliografia

1. Al-Qurainy R, Collis E & Feuer D. Dying in an acute hospital setting: the challenges and solutions. *International Journal of Clinical Practice* 63, 508. (2009)
2. AYGUN, Huseyin, et al. Predictive value of modified early warning scoring system for identifying critical patients with malignancy in emergency department. *Archives of Iranian Medicine*, 23.8: 536-541; (2020)
3. BATISTA, T. M. A Morte Inesperada no Serviço de Urgência: Um olhar ao Vivido pelos Enfermeiros. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. (2012).
4. BENEDETTI, G. M. dos S., Oliveira, K. de, Oliveira. Significado do processo morte/morrer para os acadêmicos ingressantes no curso de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, pp. 34(1), 173-179; (2013). <https://doi.org/10.1590/s1983-14472013000100022>.
5. BLANCHARD, C. L., Ayeni, O., O'Neil, D. S., Prigerson, H. G., Jacobson, J. S., Neugut, A. I., et al. (2019). A prospective cohort study of factors associated with place of death among patients with late-stage cancer in Southern Africa. *J. Pain Symptom Manage.* 57, 923–932. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.01.014 (2019)
6. CARDONA, Magnolia, et al. Prospective validation of a checklist to predict short-term death in older patients after emergency department admission in Australia and Ireland. *Academic Emergency Medicine*, 26.6: 610-620. (2019)
7. CHAN GK. Cuidados de fim de vida e paliativos no departamento de emergência: um chamado para pesquisa, educação, política e melhoria da prática nesta área de fronteira. *J Emerg Enfermeiras*. (2008).
8. CHEN, Hong, et al. Emergency admissions, and subsequent inpatient care through an emergency oncology service at a tertiary cancer center: service users' experiences and views. *Supportive Care in Cancer*, 27.2: 451-460. (2018)
9. CURTIS JR. Palliative and end-of-life care for patients with severe COPD. *European Respiratory Journal*. 32(3):796–803. <https://doi.org/10.1183/09031936.00126107> PMID: 17989116 (2008).
10. DEPARTMENT OF HEALTH TRANSFORM- ing Community Services: Ambition, Action, Achievement. Transforming Services for Acute Care Closer to Home. Best Practice Guidance. Department of Health, London; (2009).

11. EDWARDS N -Community Services. How They Can Transform Care. The Kings Fund, London. Available at: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/communityservices-nigel-edwards-feb14.pdf. (2014)
12. FORERO R, McDonnell G, Gallego B, et al. Uma revisão de literatura sobre cuidados no final da vida no departamento de emergência. *Emerg Med Int* 2012;2012:486516 (2012)
13. FRAMEWORK, Gold. The GSF prognostic indicator guidance. (2011).
14. GABRIEL J. Acute oncological emergencies. *Nursing Standard*;27:35-42. (2012)
15. GOMES, B., Calanzani, N., Gysels, M., Hall, S., and Higginson, I. J. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat. Care* 12, 1–13. doi: 10.1186/1472-684X-12-7 (2013)
16. GONÇALES, CAROLINE Paula, et al. Relationship between risk stratification, mortality and length of stay in a Emergency Hospital. *Investigacion y Education en enfermeria*, 33.3: 424-431; (2015)
17. GPT. Triagem no Serviço de Urgência- Protocolo de Triagem de Manchester. Amadora: Grupo Português de Triagem. (2010).
18. GRUDZEN CR, Richardson LD, Hopper SS, Ortiz JM, Whang C, Morrison RS. Does palliative care have a future in the emergency department? Discussions with attending emergency physicians. *J Pain Symptom Manage*; 43:1–9. (2012).
19. GRUDZEN CR, Richardson LD, Johnson PN, et al. Emergency department initiated palliative Care in Advanced Cancer: a randomized clinical trial. *JAMA Oncol*; 2:591–8. (2016)
20. HOLT GE, Sarmiento B, Kett D, Goodman KW. An unconscious patient with a DNR tattoo. *N Engl J Med*;377:2192–3. (2017)
21. KONTIS V, Bennett JE, Mathers CD, Li G, Foreman K, Ezzati M. Expectativa de vida futura em 35 países industrializados: projeções com um conjunto de modelos bayesianos. *A Lanceta.*; 389(10076):1323–1335. (2017)
22. KÖSTENBERGER, Markus, et al. Prevalence of palliative care patients in emergency departments. *Wiener klinische Wochenschrift*, 131.17: 404-409. (2019)
23. LASTRUCCI, Vieri, et al. Diagnosis-Related differences in the quality of end-of-life care: a comparison between cancer and non-cancer patients. *PloS one*, 13.9: e0204458. (2018)
24. MCCALLUM, KJ, Jackson, D., Walthall, H., & Aveyard, H. Explorando a qualidade da experiência do morrer e da morte no pronto-socorro: uma revisão integrativa da literatura. *Revista internacional de estudos de enfermagem*, 85, 106-117. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.05.011> (2018).

25. MEDEIROS, K. S., Costa, E. S. & Oliveira, M. R. Morte: O Processo Do Luto. *Psicologia.Pt*, pp. 1-10. (2019).
26. MIERENDORF SM, Gidvani V. Palliative care in the emergency department. *Perm J*;18(2):77–85; (2014)
27. MINISTÉRIO DA SAÚDE (POR). Triagem de prioridades na urgência. In: O Serviço de Urgência: recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes. Portugal: Grupo de trabalho de urgências 2011. Available from: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/apresentacao_powerpoint/livro_portugal.pdf. (2011)
28. MURRAY SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *Bmj*. 330 (7498):1007–11. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7498.1007> PMID: 15860828 (2005)
29. NAGHAVI M, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas K. M., Abd-Allah F, Abera SF, et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*.; 390(10100):1151–1210. (2017).
30. NEoLCIN - What We Know Now That We did not Know 12 Months Ago. National End of Life Care Intelligence Network, London. (2012)
31. NETO, I. G. Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In A. Barbosa & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 17-49). Lisboa, Portugal: Faculdade de Medicina de Lisboa. (2006).
32. NETO, Isabel Galriça. *Cuidados Paliativos: Conheça-os melhor*. FUNDAÇÃO FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS, (2020).
33. NEVES, L. M. (2010). Triagem de Manchester-Enquadramento conceptual. Em G. Rego, & R. Nunes, *Gestão da Saúde* (pp. 263-273). Lisboa: Prata&Rodrigues.
34. POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. *International journal of nursing studies*, 47.11: 1451-1458. (2010)
35. PURDY S. *Avoiding hospital admissions: what does the re- search evidence say?* The King's Fund, London. (2010)
36. RAWLINGS D, Devery K, Tieman J, Tait P, Chakraborty A. Rapid review of the literature on end-of life care. Sydney: ACSQHC; (2021)
37. RENDA, T., Corrado, A., Iskandar, G., Peleia, G., Abdalla, K., & Navalesi, P. Correlação das categorias de classificação de risco com aspectos clínicos e desfechos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, p. 24. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.11.010>. (2016).

38. ROGERS A, Karlsen S & Addington-Hall J. 'All the services were excellent. It is when the human element comes in that things go wrong': dissatisfaction with hospital care in the last year of life. *Journal of Advanced Nursing* 31, 768–774. (2000)
39. SABAN, M., et al. Emergency department mortality: Fair and square. *The American journal of emergency medicine*, 37.6: 1020-1024. (2019)
40. SANTOS, Arlete, et al. Falecer no serviço de urgência. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, 7e: 55-62. (2020)
41. SAUNDERS C. The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling*. 41:7–13 PMID: 10900362 (2000).
42. SCHULTZ, Martin, et al. Risk assessment models for potential use in the emergency department have lower predictive ability in older patients compared to the middle-aged for short-term mortality—a retrospective cohort study. *BMC geriatrics*, , 19.1: 1-9. (2019)
43. SKORSTENGAARD MH, Neergaard MA, Andreassen P, Brogaard T, Bendstrup E, A, et al. Local preferido de atendimento e óbito em pacientes terminais com doenças pulmonares e cardíacas em comparação com pacientes com câncer. *Revista de medicina paliativa*. 20(11): 1217-1224. <https://doi.org/10.1089/jpm>.(2017)
44. SKORSTENGAARD, M. H., Neergaard, M. A., Andreassen, P., Brogaard, T., Bendstrup, E., Løkke, A., et al. (2017). Preferred place of care and death in terminally ill patients with lung and heart disease compared to cancer patients. *J. Palliat. Med.* 20, 1217–1224. doi: 10.1089/jpm.2017.0082 (2017)
45. TAN, Audrey, et al. (PRIM-ER). *BMC medical informatics and decision making*, 20.1: 13. (2020)
46. THOMAS K. Prognostic indicators guidance (PIG). 4th ed. *The Gold Standards Framework Centre in End of Life Care*. [2011 Mar 23]. Available from: [http://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/GeneralFiles/PrognosticIndicatorGuidanceOctober\(2011\)](http://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/GeneralFiles/PrognosticIndicatorGuidanceOctober(2011))
47. VASCONCELOS Coimbra, B., Campos Garcia, C., & de Rezende Bessa Guerra, T. Perfil de causa mortis em idosos internados em um serviço público de urgência e emergência: evidências clínicas. *Académica Revista Científica Da Saúde*, pp. 3(2), 29- 35. <https://doi.org/10.24118/reva1806.9495.3.2.2018.438>. (2018).
48. WACHTERMAN MW, Pilver C, Smith D, Ersek M, Lipsitz SR, Keating NL. Qualidade dos cuidados de fim de vida prestados a pessoas com diferentes doenças graves. *JAMA*

medicina interna. 2016; 176(8): 1095-1102. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.1200> PMID: 27367547 (2016)

49. WONG, Joanne, et al. *Progress in Palliative Care*, 25.5: 235-241. (2018)

Apêndice I – Tabela 1 Análise dos artigos selecionados

Número e título dos artigos científicos	Autor, ano, publicação/ tipo comunicação, país	Tipo de estudo instrumento de colheita de dados	Participantes Amostra	Objetivo Geral
<p>Artigo I Apresentações de cuidados paliativos aos serviços de urgência num hospital secundário e sub-agudo: Um estudo de incidência de um ano.</p>	<p>WONG, Joanne, et al. Progress in Palliative Care, 2018, 25.5: 235-241</p>	<p>Paradigma Quantitativo Estudo: Coorte Nível do Conhecimento Exploratório Nível de variáveis Experimental Colheita de dados Retrospectivo Tipo de Investigação Experimental</p>	<ul style="list-style-type: none"> A amostra do estudo foi constituída por 250 indivíduos, dos quais 114 são do género masculino e 136 do género feminino. Verifica-se que a idade mínima registada, aquando admissão do serviço de urgência, foi de 27 anos e a idade máxima de 101 anos. A população centra-se em indivíduos adultos com idade superior ou igual a 18 anos numa região do centro de Portugal. Recorreu-se a estatística descritiva e inferencial, de forma a possibilitar a determinação de frequências absolutas e percentuais. Para a estatística inferencial utilizou-se teste do Qui-quadrado (X²). <p>O tratamento estatístico foi realizado com o programa Statistical Package for the Social Sciences versão 24.0 (2016) para Windows.</p>	<p>Descrever as características clínicas das pessoas que falecem no serviço de urgência.</p>
<p>Principais Conclusões</p>	<ul style="list-style-type: none"> A incidência de pessoas em cuidados paliativos reais que precisam de apresentar aos SUS foi inferior ao previsto, mas apresentam um número muito elevado. São necessárias mais investigações para examinar as tendências seculares nas apresentações de cuidados paliativos e se as taxas de incidência são consistentes em todas as definições de SU. 			
<p>Artigo II Mortalidade no departamento de emergência: justiça e de acordo com as regras</p>	<p>SABAN, M., et al. Emergency department mortality: Fair and square. 2019, 37.6: 1020-1024.</p>	<p>Paradigma: Quantitativo Nível do Conhecimento: Experimental Nível de variáveis: Não experimental Colheita de dados: Estudo retrospectivo Tipo de Investigação: Experimental</p>	<ul style="list-style-type: none"> A amostra do estudo foram 674 pessoas em fim de vida (PFV) que morreram no SU. Para cada doente, os dados foram colhidos e medidos durante o processo de morrer (distanásia e morte natural), características do paciente, variáveis de configuração do SU e características da equipa médica. Foram escolhidos a partir de prontuários eletrónicos (EMR) utilizando o código CID-9 para mortalidade. No SU como filtro (R79891, R7983, R79811 e R7982). O nível de significância para todas as análises estatísticas foi de 5%. Para a análise dos dados foi utilizado o Statistical Package for Health & Welfare Science for Windows (SPSS, versão 22.0, Chicago, IL, EUA). 	<p>Este estudo explorou as abordagens terapêuticas utilizadas para pacientes em fim de vida (PSF) internados no departamento de Urgência (SU) e examinou se a decisão de realizar o tratamento de prolongamento da vida (Distanásia) ou permitir a morte natural (AND). O objetivo deste estudo é mapear os fatores que contribuem para a decisão de realizar LET ou AND, possibilitando o desenvolvimento de um processo decisório mais adequado.</p>
<p>Principais Conclusões</p>	<ul style="list-style-type: none"> A abordagem terapêutica utilizada para pacientes PFV no SU depende de variáveis em todos os três tratamentos camadas: paciente, equipe médica e ambiente de emergência. Devem ser desenvolvidos programas nacionais aplicáveis para garantir que nenhum dos fatores externos influenciem o processo de morrer. 			

<p>Artigo III Diferenças relacionadas com o diagnóstico na qualidade dos cuidados de fim de vida: uma comparação entre pacientes com cancro e sem cancro</p>	<p>LASTRUCCI, Vieri, et al. Diagnosis-Related differences in the quality of end-of-life care: a comparison between cancer and non-cancer patients. <i>PLoS one</i>, 2018, 13.9: e0204458.</p>	<p>Paradigma: Quantitativo Nível do Conhecimento: Descritivo-correlacional Nível de variáveis: Não experimental Colheita de dados: Estudo retrospectivo Tipo de Investigação: Experimental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A população de estudo inclui todos os residentes da região da Toscana com idade igual ou superior a 18 anos que morreram com histórico clínico de cancro, IC, CHF ou DPOC. As pessoas foram categorizadas em duas categorias de diagnóstico mutuamente exclusivo: cancro (CA) e insuficiência cardiopulmonar (CPF). Foram adotadas várias medidas de resultado da qualidade dos cuidados PFV. Foram realizados modelos lineares generalizados multivariáveis para cada resultado. • Análise descritiva com um teste de dados categóricos e ordinais e um t-teste não remunerado para dados contínuos, a fim de avaliar associações significativas entre medidas de saída e todas as variáveis consideradas. Foi realizado um modelo linear generalizado multivariável para distribuição binomial para cada resultado, incluindo as variáveis estatisticamente significativas resultantes das análises univariadas. As margens para a CA e para o CPF foram calculadas para estimar as probabilidades ajustadas. Para cada análise, um nível de α de 0,05 é considerado como significante. O software estatístico Stata 14 SE foi utilizado para as análises de dados 	<p>O objetivo do presente estudo é comparar o padrão e a intensidade do atendimento à PFV recebido por pessoas com cancro, ICC e DPOC no último mês de vida, a fim de avaliar até que ponto a qualidade do atendimento PFV é sensível ao diagnóstico.</p>
<p>Principais Conclusões</p>	<p>• O estudo destacou a presença de diferenças significativas na qualidade dos cuidados PFV recebidos no último mês de vida pela DPOC e pelo CHF em comparação com as pessoas com cancro. São necessários mais estudos para elucidar melhor a extensão e a viabilidade destes diagnósticos de diferenças na qualidade dos cuidados à PFV.</p>			
<p>Artigo IV Validação Prospetiva de uma Lista de Verificação para Prever a morte a curto prazo em pacientes idosos Após a admissão no Serviço de Urgência em Austrália e Irlanda</p>	<p>CARDONA, Magnolia, et al. Prospective validation of a checklist to predict short-term death in older patients after emergency department admission in Australia and Ireland. <i>Academic Emergency Medicine</i>, 2019, 26.6: 610-620.</p>	<p>Paradigma: Quantitativo Estudo: COORTE Nível do Conhecimento: Experimental Nível de variáveis: Não experimental Colheita de dados: prospetivo Tipo de Investigação: Experimental</p>	<p>Estudo com pessoas com mais de 65 anos internados durante pelo menos uma noite no SU em cinco hospitais australianos e num hospital irlandês. Enfermeiros treinados com propósito de triarem a fragilidade usando dois instrumentos simultaneamente e completaram os outros fatores de risco na ferramenta CriSTAL na admissão. O acompanhamento telefónico pós-aviso foi usado para determinar o estado de sobrevivência. Foram utilizadas técnicas de regressão logística e de bootstrapping para testar a precisão preditiva da CriSTAL para a morte no prazo de 90 dias após a admissão como resultado primário. A previsibilidade da morte no hospital foi o resultado secundário.</p>	<p>Estabelecer a capacidade preditiva dos parâmetros individuais e combinados na ferramenta CriSTAL para prever objetivos secundários de morte.</p>
<p>Principais Conclusões</p>	<p>• A ferramenta CriSTAL modificada (com CFS em vez do instrumento de fragilidade de Fried) tinha um bom poder discriminatório para melhorar a certeza da previsão de mortalidade a curto prazo em ambos os sistemas de saúde. Prevê-se que a capacidade preditiva dos modelos ajude os médicos a ganhar confiança no início de discussões anteriores em fim de vida. Os aspetos práticos da incorporação do rastreio para o risco de morte na prática de rotina justificam uma investigação mais aprofundada.</p>			
<p>Artigo V Admissões de emergência e cuidados hospitalares subsequentes através de um serviço de oncologia de emergência num centro de cancro terciário: experiências e vistas dos utentes do serviço.</p>	<p>CHEN, Hong, et al. Supportive Care in Cancer, 2018, 27.2: 451-460.</p>	<p>Paradigma: Qualitativo Estudo: Descritivo Nível do Conhecimento: Descritivo Nível de variáveis: Experimental Colheita de dados: Transversal Tipo de Investigação: Descritivo</p>	<p>Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 15 pessoas e 12 cuidadores pós-alta hospitalar. A saturação de dados foi alcançada após 20 entrevistas (descrevendo 43 admissões).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foram realizadas entrevistas semi-dirigidas. • As entrevistas foram transcritas verbatim e tornaram-se anónimas através do uso de pseudónimos e remoção de características distintas. 	<p>Evitar admissões de emergência desnecessárias e gerir as pessoas que são admitidas de forma mais eficaz é uma grande preocupação tanto para as pessoas como para os serviços de saúde.</p>

<p>Principais Conclusões</p>	<p>As pessoas em ambulatório, particularmente os que fazem quimioterapia, podem adoecer agudamente, com condições agudas e sintomas descontrolados que necessitam de cuidados hospitalares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Podem ser necessárias admissões de emergência. A vontade de reduzir as admissões não deve desviar o foco na necessidade de melhorar o acesso fácil e o aconselhamento atempado e a revisão especializada, bem como o processo de missão de anúncio; e fornecer uma rápida palição dos sintomas e rápida estabilização de condições agudas, e bons cuidados hospitalares. • É também necessário encerrar o círculo de cuidados para as pessoas em fim de vida e oncológicos, envolvendo ativamente os profissionais de cuidados primários e os especialistas em cuidados paliativos/em fim de vida para dar resposta às necessidades complexas dos doentes e dos seus cuidadores através de cuidados coordenados. 			
<p>Artigo VI Prevalência de doentes de cuidados paliativos nos serviços de urgência</p>	<p>KÖSTENBERG ER, Markus, et al. Prevalence of palliative care patients in emergency departments. Wiener klinische Wochenschrift, 2019, 131.17: 404-409.</p>	<p>Paradigma: Quantitativo Estudo: Experimental Nível do Conhecimento: Exploratório Nível de variáveis: Analítico Colheita de dados: Longitudinal ou transversais Tipo de Investigação: Experimental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes adultos que visitaram o SU deste hospital (Klinikum Klagenfurt am Wörthersee) durante o período de estudo entre 8 de janeiro de 2018, e 17 de janeiro de 2018, foram elegíveis para o estudo. • 1227 doentes elegíveis recorreram ao SU. • Destes doentes, 1096 gráficos de rastreio foram preenchidos pelos médicos assistentes e devolvidos aos autores; • 131 gráficos não foram devolvidos porque os médicos que trataram esqueceram-se de realizar o estudo. • Estatísticas descritivas simples utilizando o SPSS 18.0 (IBM). Armonk, NY, EUA). Frequências, absolutas e relativas, foram calculadas para variáveis categóricas, medianas para as quantitativas. 	<p>Identificar pacientes com necessidades de cuidados paliativos no SU.</p>
<p>Principais Conclusões</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De acordo com relatórios de outros países, este estudo mostrou que uma fração significativa dos pacientes que visitam o SU sofrem de uma facilidade crónica de limitação da vida em vez de uma condição aguda para a qual o SU é o ponto de entrada ideal para o sistema de saúde. • Em resumo, 13,2% dos doentes adultos que se apresentaram ao SU apresentaram sintomas médicos paliativos e necessitaram de um tratamento médico orientado para objetivos e cuidados paliativos, mas apenas 5,5% destes doentes receberam cuidados paliativos no hospital. • É impressionante que quase 50% dos doentes com cuidados paliativos vieram ao PS como uma emergência ou com sintomas muito urgentes ou urgentes que possam ter sido evitados por cuidados domiciliários adequados. • O estudo sugere o investimento numa rede/ via verde dos cuidados paliativos poderia reduzir as visitas ao SU. 			
<p>Artigo VII Conceção e implementação de uma ferramenta de apoio à decisão clínica para cuidados paliativos primários para medicina de emergência (PRIM-ER)</p>	<p>TAN, Audrey, et al. (PRIM-ER). BMC medical informatics and decision making, 2020, 20.1: 13.</p>	<p>Paradigma: Quantitativo Estudo: Experimental Nível do Conhecimento: Experimentais Nível de variáveis: Analítico Colheita de dados: Transversais Tipo de Investigação: Correlacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como primeiro passo, uma revisão de scoping de ferramentas de rastreio validadas para necessidades de cuidados paliativos não atendidos no SU foi canalizada em março de 2018 pelo autor AT usando Pubmed. • Antes de ativar o Support-SU no EHR nyulh (PRIM-ER Pilot Site), os testes de usabilidade do think-aloud foram realizados com uma coorte de pessoal do SU, incluindo enfermeiros, médicos e liderança de operações clínicas entre agosto e setembro de 2018. • Uma ferramenta de apoio à decisão clínica intitulada Apoio à Decisão clínica de Cuidados de Apoio ao Serviço de Urgência (Support-SU) foi desenvolvida no âmbito de uma iniciativa de medicina baseada em valor institucional no Ronald O. Perleman Departamento de Medicina de Emergência da NYU Langone Health. Foi utilizada uma abordagem multidisciplinar para desenvolver o Support-ED, incluindo: uma revisão de scoping de ferramentas de rastreio de cuidados paliativos no SU; lançamento de um grupo de trabalho para identificar critérios de rastreio de doentes e serviços de encaminhamento adequados; ensaios de conceção e usabilidade iniciais através do questionário standard System Usability Scale, educação da força de trabalho SU sobre o fundo, finalidade e utilização do Suporte-SU; criação de um dashboard para monitorização e feedback. 	<p>Visa otimizar a utilização do registo eletrónico de saúde, criando uma ferramenta do CDS para identificar doentes de alto risco mais propensos a beneficiarem de cuidados paliativos primários e fornecer recomendações clínicas de ponto de cuidados.</p>

Principais Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> Os alertas do CDS podem ser uma ferramenta eficaz na implementação das melhores práticas de melhoria da qualidade dos cuidados paliativos primários. Os sistemas de saúde devem considerar cuidadosamente a adaptação e personalização da sua ferramenta CDS de forma a adaptarem-se ao seu fluxo de trabalho e ambientes únicos. As conclusões desta investigação podem ajudar os sistemas de saúde na adaptação eficaz e na integração perfeita de uma ferramenta primária de cuidados paliativos CDS nos seus padrões de cuidados 			
Artigo VIII Valor preditivo do sistema de pontuação de alerta precoce modificado para identificar doentes críticos com malignidade no serviço de urgência	AYGUN, Huseyin, et al. Archives of Iranian Medicine, 2020, 23.8: 536-541.	Paradigma: Quantitativa Estudo: Descritivo Correlacional Nível do Conhecimento: Descritivo Correlacional Nível de variáveis: Quase experimentais Colheita de dados: Transversal Tipo de Investigação: Correlacional	<ul style="list-style-type: none"> Avaliámos prospectivamente pacientes com malignidade que foram admitidos na Faculdade de Medicina da Universidade de Uludag durante um período de três meses. Todos os doentes com diagnóstico maligno conhecido admitidos no SU foram incluídos no estudo, independentemente de a sua queixa estar ou não relacionada com o seu diagnóstico primário. Foram avaliados um total de 501 doentes com diagnóstico primário de malignidade. <ul style="list-style-type: none"> Análise Estatística utilizando o software SPSS 16.0 (SPSS Inc., IL, EUA). Os dados descritivos foram apresentados como meios, desvios padrão, medianas, mínimo, máximo e percentagens. A análise da normalidade dos dados contínuos foi realizada através do teste Kolmogorov-Smirnov. Wilcoxon assinou teste de classificações e os testes Mann-Whitney U foram usados para comparar dados contínuos e ordinais de grupos dependentes e independentes, respetivamente. Os testes binomiais e os testes chi-quadrados foram utilizados para a comparação de dados categóricos. 	Avaliámos o valor preditivo do MEWS na identificação dos doentes críticos com malignidade no SU. Também avaliamos se o tratamento inicial em SUS pode alterar o MEWS dos pacientes que pode prever a mortalidade ou o internamento
Principais Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> Descobrimos no nosso estudo que a avaliação do MEWS para doentes com malignidade na admissão ao SU é preditiva da mortalidade nos 30 dias seguintes, e é uma ferramenta valiosa para identificar o grupo crítico. Além disso, só as pontuações da AVPU podem prever a mortalidade em doentes admitidos em SU. Muitos sistemas de Triage são utilizados no SU para identificar as classificações de gravidade da doença de doentes críticos desenvolvidas para utilização em serviços de emergência fornecendo resultados mensuráveis e objetivos na determinação do tempo adequado de intervenção, melhorando a qualidade dos cuidados ao paciente, o uso adequado dos recursos e a determinação do risco de mortalidade. A Escala de Coma de Glasgow (GCS) é um dos pioneiros destes sistemas de pontuação. Alguns dos outros são Rapid Acute Physiology Score (RAPS), Rapid Emergency Medicine Score (REMS), Charlson Comorbidity Index (CCI), Early Warning Score (EWS) e Modified Early Warning Score (MEWS). <p>MEWS também é uma ferramenta fácil de usar que pode ser executada pelas enfermeiras na avaliação à beira do leito e não requer uma educação especializada. Neste estudo, avaliamos o valor preditivo de MEWS na identificação de pacientes críticos com malignidade no SU. Também avaliaram se o tratamento inicial no SU pode alterar o MEWS dos pacientes, que pode prever a mortalidade ou hospitalização.</p>			
Artigo IX Falecer no serviço de urgência: melhor conhecer para melhor intervir	SANTOS, Arlete, et al. Falecer no serviço de urgência. Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health, 2020, 7e: 55-62.	Paradigma: Quantitativo Estudo: Coorte Nível do Conhecimento: Exploratório Nível de variáveis: Experimental Colheita de dados: Retrospectivo Tipo de Investigação: Experimental	<ul style="list-style-type: none"> A amostra do estudo foi constituída por 250 indivíduos, dos quais 114 são do género masculino e 136 do género feminino. A população centra-se em indivíduos adultos com idade superior ou igual a 18 anos numa região do centro de Portugal. A colheita de dados foi relativa ao ano de 2017, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro. Utilizou-se uma amostragem não aleatória de conveniência com os critérios de inclusão: pessoas adultas com idade superior ou igual a 18 anos; admissão no serviço de urgência; e ter falecido no serviço de urgência. Recorreu-se a estatística descritiva e inferencial utilizando o teste do Qui-quadrado (X²). <p>O tratamento estatístico foi realizado com o programa Statistical Package for the Social Sciences versão 24.0 (2016) para Windows.</p>	Descrever as características clínicas das pessoas que falecem no serviço de urgência.
Principais Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> O conhecimento da taxa de mortalidade nos serviços de urgências, e das respetivas variáveis que o influenciam, permite reorganizar todas as dinâmicas intrínsecas e com isso potencializar as estruturas existentes para uma resposta mais eficiente. 			

APÊNDICE II – “Proposta de Melhoria: Segurança do Doente e da Equipa de Enfermagem: Adoção de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, promovendo a segurança dos doentes e práticas seguras”



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA·PORTO

Segurança do Doente e da Equipa de Enfermagem: Adoção de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, promovendo a segurança dos doentes e práticas seguras.

Proposta de Melhoria

Docente: Prof.^a Doutora Patrícia Coelho;

Autor: Mariana Seabra Guimarães;

Universidade Católica Portuguesa – Porto
Instituto de Ciências da Saúde/ Escola de Enfermagem
Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica-
Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica
(área de enfermagem à pessoa em situação crítica)

Porto, 09 de Dezembro de 2021

Abreviaturas

DEMI- Departamento de Emergência e Medicina Intensiva

DGS – Direção Geral de Saúde

DGS- Direção Geral da Saúde

EA - Eventos Adversos

ICPS - International Classification for Patient Safety

ISBAR – Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation

JCAHO – Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSD- Plano Nacional para a Segurança do Doente

PSC- Pessoa em situação crítica

SCI – Serviço de Cuidados Intensivos

SMI- Serviço de Medicina Intensiva

SNS- Serviço Nacional de Saúde

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos.

UCIP- Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente

WHO- World Health Organization

ÍNDICE

Capítulo 1: Introdução	121
Capítulo 2: Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente e Serviço de Medicina Intensiva	124
Capítulo 3: Comunicação Eficaz	128
Capítulo 4: Proposta de melhoria: Adoção de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde promovendo a segurança dos doentes e práticas seguras	131
4.1 Técnica ISBAR	132
4.2 Vantagens da Técnica ISBAR	137
4.3 Justificação da Proposta de Melhoria	138
4.4 Adesão das Equipas à Proposta de melhoria	142
4.5 Implicações para a prática	143
Capítulo 5: Conclusão	145
Capítulo 6: Referências Bibliográficas	149
Capítulo 7- Apêndices	156
Apêndice I- Técnica ISBAR adaptada para UCIP.....	157
Apêndice II- Técnica ISBAR adaptada para o SMI.....	158
Apêndice III – Instrumento de Auditoria à Técnica ISBAR.....	159
Apêndice IV- Plano de Sessão de Formação.....	160
Apêndice V – Formação em Serviço Apresentação.....	162
Apêndice VI – Questionário de Avaliação de Formação em Serviço.....	165
Apêndice VII- Formulário ISBAR- SClínico.....	166

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1- ISBAR	134
-----------------------	-----

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1- Passagem de Turno	139
------------------------------------	-----

Gráfico 2- Passagem de turno dados	141
--	-----

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1-Passagem de turno UCIP	139
---------------------------------------	-----

Tabela 2- Passagem de turno SMI	141
---------------------------------------	-----

ÍNDICE QUADROS

Quadro 1- ISBAR (DGS, 2017)	135
-----------------------------------	-----

Capítulo 1: Introdução

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011), Regulamento nº 124/2011, define-se que “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p. 8656).

A OE no Regulamento nº 124/2011, os cuidados de enfermagem especializados 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 possibilitando manter as funções básicas de vida, antecipando complicações e limitando incapacidades, tendo como meta a sua recuperação total. (p. 8656).

A Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (UCIP) de um Hospital do Norte está sob a responsabilidade direta do Serviço de Medicina Interna, estando este último integrado no Departamento de Medicina, servindo uma população com cerca de 314 mil habitantes. Sendo atualmente a única unidade de cuidados intermédios na instituição, é uma unidade polivalente, recebendo doentes com patologia médica e cirúrgica das várias áreas existentes no hospital – Serviço de Medicina Intensiva (SMI), Serviço de Urgência, Departamento de Medicina, Serviço de Cirurgia Geral, Ortopedia, Urologia, Ginecologia/Obstetrícia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia. (UCIP, 2014)

O Serviço de Medicina Intensiva (SMI)- é um serviço cujo pessoal, instalações e equipamento, são capazes de assegurar um tratamento eficaz a doentes, com uma ou mais funções vitais em risco imediato e que não é possível efetuá-lo noutra serviço do hospital. (SMI,2019)

Doente Crítico ou de Alto Risco- Indivíduo cuja vida se encontra ameaçada por complicações que poderão surgir fruto de uma disfunção, podendo levar à falência de um ou vários órgãos e que necessita de cuidados e tratamentos imediatos, tratamentos esses que serão altamente diferenciados, bem como, de uma observação contínua e sistemática para deteção e prevenção precoce de novas complicações ou de evolução das existentes. (OE,2010)

O serviço de cuidados intensivos deste Hospital está sob a responsabilidade direta do Serviço de Medicina Intensiva, estando este último integrado no Departamento de Medicina

da instituição. O estágio inserido na UC Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica foi dividido em dois contextos: 180 h na UCIP e 180h no SMI, o permitiu uma reflexão diária da prática de Enfermagem. Neste sentido, perante a necessidade académica e profissional, ao longo do estágio detetei a necessidade de desenvolver competências especializadas na assistência ao doente em situação crítica, nomeadamente na supervisão clínica dos cuidados de enfermagem especializados, desenvolvendo este documento, como proposta de melhoria nos cuidados de Enfermagem. Esta sugestão foca-se essencialmente na adoção de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde promovendo a segurança dos doentes e práticas seguras na UCIP e SMI.

A segurança do doente é considerada uma medida de intervenção para uma assistência de qualidade em todos os níveis de atenção à saúde, no intuito de reduzir ou eliminar agravos ao doente através de pesquisas e práticas assistenciais. (ARAÚJO, 2020)

A transferência dos doentes tem sido um dos temas a obter uma crescente valorização a nível nacional e internacional, principalmente com a pesquisa e desenvolvimento da literatura científica, relativamente à necessidade de melhorias na transição de cuidados de saúde. (MARTIN et al., 2015).

Figueiredo (2020) comprova que uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde promove a segurança dos doentes. Esta pode ser alcançada com a implementação de ferramentas estruturadas que direcionam a transferência de informação sendo cientificamente recomendado a utilização da técnica ISBAR (Identificação; Situação; Background; Avaliação; Recomendações) durante o processo de transmissão de informação. (FIGUEIREDO, 2020)

As propostas de melhoria têm como objetivo geral: Implementar na UCIP e no SMI uma estratégia eficaz de comunicar a informação referente à pessoa em situação crítica, promovendo a continuidade de cuidados e a segurança do doente, na procura da melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem. E como objetivos específicos: Descrever os principais problemas na comunicação que decorrem no processo de transição de cuidados; Identificar novas estratégias de comunicação eficaz, para otimizar a qualidade e segurança na transmissão de informação entre profissionais; Descrever o papel dos Enfermeiros na implementação da técnica ISBAR (Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendações), pelos enfermeiros, na transferência de informação em contexto

hospitalar; e a Demonstrar a importância de um sistema de comunicação uniformizado na UCIP e no SMI;

Assim, a Ordem dos Enfermeiros, no seu estatuto, que foi homologado pelo Decreto-Lei nº 104/98 tem como principal competência a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população através da definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, os quais consolidam a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2010).

Neste sentido, com a elaboração deste documento, foi empregue a metodologia descritiva, fundamentada com base na análise de resultados descritos em artigos científicos, através diferentes fontes de informação como: em base de dados e de pesquisa bibliográfica.

Por fim, a elaboração deste documento visa sensibilizar os profissionais de Enfermagem da UCIP e do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) na implementação e uniformização dos procedimentos, garantindo uma comunicação eficaz e segura para o doente e profissional, prevenindo erros e aperfeiçoando a qualidade de prestação de cuidados. A proposta de melhoria descrita neste documento foi organizada e sistematizada em capítulos. Inicialmente será apresentada uma introdução, seguida de um enquadramento teórico que inclui características da Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes e do Serviço de Medicina Intensiva, Comunicação Eficaz, Processo de transição e a técnica ISBAR. Finalizando, com uma conclusão.

Capítulo 2: Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente e Serviço de Medicina Intensiva

Nos hospitais são admitidos no SU doentes crónicos ou doentes agudos podendo-se identificar uma população de doentes que não requerem de cuidados intensivos, mas que necessitam de mais cuidados do que aqueles providenciados numa enfermaria geral.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011), Regulamento nº 124/2011, define que “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. Desse modo, deverá receber cuidados de enfermagem contínuos e altamente qualificados, “como resposta às necessidades afetadas e admitindo manter as funções básicas de vida, antecipando complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.” (p. 8656)

A unidade de cuidados intermédios polivalente é uma área de alto risco para ocorrência de eventos indesejáveis, devido à rotatividade e dinâmica de atendimento, pela grande procura de doentes com graus variados de gravidade, implicando uma sobrecarga de trabalho e dificultando a preparação prévia da alta clínica, uma vez que é um serviço muito dinâmico.

A unidade polivalente é de carácter multidisciplinar, pois compreende o atendimento de doentes com diversas patologias, de diversos sistemas orgânicos abrangendo especialidades do foro médico e cirúrgico e as especificidades dos seus tratamentos

As unidades de cuidados intermédios permitem uma maior e melhor flexibilidade na triagem da pessoa em situação crítica. A nível de custo-benefício são consideradas a melhor alternativa, uma vez que, diminuem a ocupação de recursos humanos e materiais nas unidades de cuidados intensivos e asseguram a admissão de doentes com instabilidade clínica moderada ou potencialmente grave, aumentando a acessibilidade a cuidados intensivos limitados.

Além disso, são unidades de *step-down* dos doentes internados em unidades de cuidados intensivos, possibilitando uma alta mais precoce desse tipo de unidade, sem aumentar o período total de internamento. Permitem também, uma vigilância dos doentes no pós-operatório que necessitam de monitorização apertada durante mais do que apenas algumas horas.

Relativamente às áreas de intervenção dos cuidados intermédios estes podem ser multidisciplinares ou vocacionadas para áreas subespecializadas em sistemas – patologia cardíaca, patologia cirúrgica torácica, patologia neurológica, patologia respiratória.

A UCIP desempenha um papel fundamental nas diversas “Vias Verdes” existentes no hospital – Via Verde Coronária, Via Verde de AVC e Via Verde de Sepsis, sendo o local de admissão dos doentes que preenchem os critérios necessários para prosseguir os protocolos definidos pela instituição.

A UCIP ocupa um espaço próprio localizado no piso 1 desta unidade Hospitalar, possui 13 camas de internamento, sendo que, uma pode ser para isolamento com pressão positiva, possuindo a capacidade de acompanhar doentes instáveis que necessitem de maior vigilância. Todos os recursos materiais no hospital são meios facilitadores na prestação de cuidados, mas na UCIP destacam-se as condições existentes, pois apresentam camas ergonómicas e automáticas, com condições técnicas para monitorização contínua de tensão arterial (invasiva ou não invasiva), frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação periférica de O₂, ECG, CO₂, entre outros.

No que diz respeito à Medicina Intensiva é uma área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes que expõem falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s). Apresenta uma percentagem cada vez mais importante das camas de cuidados agudos e um dos pilares basilares da estrutura de avaliação e tratamento do doente agudo grave, quer dentro dos seus espaços físicos quer através da participação em outro tipo de atividades tais como vias de acesso preferencial, tendo ainda um papel cada vez mais importante nas Equipas de Emergência Intra-Hospitalares (Ministério da Saúde, 2013).

Os Serviços de Medicina Intensiva (SMI) / Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) devem ser responsáveis pelo doente crítico, independentemente do local onde este se depara no hospital, quer seja no serviço de urgência através de presença nas salas de emergência ou nas unidades intensivas e intermédias e no internamento através das equipas de emergência interna e do exercício de consultadoria (Ministério da Saúde, 2017).

O SMI encontra-se fisicamente no piso -1 de um Hospital do Norte, perto do Serviço de Urgência (SU) e o Centro de Formação. É importante referir que dentro do Serviço de Medicina Intensiva integra-se a Emergência Interna e a Sala de Emergência. Este serviço apresenta uma capacidade até 22 camas, sendo que apenas 10 estão ativas na zona limpa,

10 unidades preparadas para isolamento, em pressão negativa, com o grande objetivo de receber os doentes contaminados por SARS-CoV-2 com falência orgânica e as 2 restantes para situações de catástrofe.

Os doentes são admitidos por uma ordem de prioridade, sendo que, estes podem provenir de diferentes serviços, como os: Unidade de Cuidados Intermédios (UCIP), Unidades de Cuidados Intensivos de outros hospitais, Bloco Operatório, Departamento e Serviços de Internamento e Serviço de Urgência (que incluem os doentes transferidos e outras unidades hospitalares)

E ainda, desempenha um papel fundamental nas várias “Vias Verdes” existentes no hospital – Via Verde Coronária, Via Verde de AVC e Via Verde de Sepsis, sendo o local de admissão dos doentes que preenham os critérios necessários para prosseguir os protocolos definidos.

A integração de alunos e de novos profissionais no SMI é dinamizada pela mesma equipa multidisciplinar do SMI. Os recursos humanos no SMI encontram-se divididos em 4 categorias profissionais: equipa médica, equipa de enfermagem, equipa de assistentes operacionais e assistente técnica.

De acordo com a Rede de Referência de Medicina Intensiva os SMI devem ser promovidos de enfermeiro-chefe com o perfil e competências adequadas de acordo com a missão do serviço e da instituição e o rácio enfermeiro/doente deve ser flexível de acordo com os níveis de cuidados imprescindíveis a prestar aos doentes, e de acordo com perfil, missão e carteira assistencial (Ministério da Saúde, 2017).

Como podemos comprovar no SMI deste Hospital do Norte, a equipa de Enfermagem, esta é composta por:

- Uma Enfermeira Chefe
- Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação
- Enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Enfermeiros generalistas.

É importante explicar que a equipa de Enfermagem do SMI está subdividida em 5 equipas de trabalho, com 4 ou 5 elementos cada uma, sendo que um deles assume o cargo de responsável de equipa, que maioritariamente corresponde ao enfermeiro responsável pelo turno. Os responsáveis de turno são normalmente os Enfermeiros Especialistas e Seniores, tendo um papel crucial na tomada de decisões durante o turno, substituindo a ausência da Enfermeira Chefe.

Todas as camas apresentam recursos técnicos para monitorização contínua de tensão arterial (invasiva ou não invasiva), frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação periférica de O₂, ECG, entre outros.

Por fim, a Unidade de Cuidados Intermédios polivalente e o serviço de Medicina Intensiva são áreas de alto risco, devido à grande procura de doentes com graus variados de gravidade, à rotatividade dos doentes e à dinâmica de atendimento. Isto implica uma sobrecarga de trabalho e dificulta a preparação prévia da alta clínica dos doentes, uma vez que é um serviço muito dinâmico. A equipa de enfermagem trabalha rodeada de alta tecnologia como, ventiladores, monitores para as mais diversas funções, desfibriladores, máquinas perfusoras, bombas infusoras de alimentação e de terapêutica medicamentosa, rampas de avaliação de linhas arteriais, entre outros. Isto implica que haja um período de integração dos alunos e profissionais suficiente para o desenvolvimento de competências específicas.

Capítulo 3: Comunicação Eficaz

Na atualidade, a comunicação tem vindo a transformar o mundo de forma constante e de forma assustadoramente acelerada.

O desenvolvimento tecnológico avançado e o acesso mais acessível que, hoje em dia as pessoas têm em conectar-se e aproximarem-se, ao instituírem elos de comunicação virtuais, vieram demonstrar uma dimensão do progresso, mas por outro lado, uma destruição laços de proximidade humana, de comunicação, palavras, gestos, emoções e toque (CASELHAS, 2020).

Existem dois elementos comuns em todas as trocas de comunicação, que são o emissor e o recetor. O emissor começa a comunicação. Por exemplo, em contexto familiar, o emissor é a pessoa que tem a necessidade de transmitir um desejo, uma situação, um problema aos outros. Já o recetor é o individuo para quem a mensagem é enviada (CASELHAS cit. KEYTON, 2011).

O emissor vai codificar a ideia que quer transmitir selecionando palavras, símbolos ou gestos com os quais vai compor uma mensagem. Assim, esta vai ser o resultado da codificação, que pode assumir a forma de linguagem verbal (oral ou escrita) e não verbal (KEYTON, 2011).

A mensagem é então enviada por um meio ou canal, que é o portador do processo comunicativo. O meio pode obter várias configurações: pode ser uma conversa cara-a-cara, uma chamada telefónica, um e-mail ou um relatório escrito, sendo que depois o recetor vai decodificar a mensagem recebida em informações significativas (CASELHAS cit., KEYTON, 2011).

Existem diversos fatores que podem desencadear a distorção de uma mensagem, sendo que, se destacam os seguintes: o ruído, as diferentes perceções da mensagem, as barreiras linguísticas, as interrupções, as emoções e as atitudes.

Por último, o feedback acontece quando o recetor responde à mensagem, devolvendo-a e prosseguindo o processo comunicativo, possibilitando assim que o emissor estabeleça se a mensagem que enviou foi corretamente recebida (CASELHAS,2020).

Muitas vezes deparamo-nos com uma comunicação ineficaz durante a passagem do turno de um doente, que muitas vezes desencadeia perdas e omissões de informação relevantes, e isto ocorre, porque muitas vezes existem fatores associados a esta falta de

eficácia na comunicação como: a Informação irrelevante, a repetitiva ou a perdida (MEESTER, 2013).

Segundo a The Joint Commition (2017), os erros médicos são uma realidade e a comunicação ineficaz é uma das causas principais. O relatório emitido indica que a má comunicação durante a transferência é um fator importante que coloca a segurança do doente em risco e sugere a utilização de um sistema padronizado para a passagem de informação, menorizando erros e aperfeiçoando os outcomes dos doentes (COMMITION, 2017).

O avanço dos cuidados de saúde exigiu o aumento da complexidade do atendimento, onde as passagens do doente são fundamentais e onde as transferências inadequadas devem ser um fator a evitar relativamente aos eventos adversos e que afetam segurança do doente. (CASELHAS cit. ANDERSON; 2016).

O aumento da complexidade no processo de transferência do doente acompanha o aumento da complexidade do sistema e este processo pode ocorrer de forma apenas verbal, apenas de memória, ambas ou verbal e escrita (COMMITION, 2017).

A comunicação ineficaz pode ser vista em diferentes contextos em saúde, mas é particularmente clara em contextos onde é imprescindível uma gestão rápida e eficaz. Tais ambientes envolvem o período pré-operatório, os cuidados intensivos, as unidades de cuidados intermédios e o serviço de emergência onde os elementos e processos de comunicação são complexos e propensos a erros (CASELHAS cit. MÜLLER, 2019).

A Joint Commition aconselhou a implementação de um sistema padronizado para a passagem do doente com a intenção de melhorar a passagem de informação dos doentes. A standartização do método de transmissão de informação diminui a perda de informação mais importante e promove a continuidade dos cuidados (COMMITION, 2017).

Foram desenvolvidos estudos, por ACREKAR, que procurou perceber qual a importância da padronização da comunicação através do SBAR, como recurso facilitador da transferência, comprovando com os resultados obtidos, das intervenções que tinham sido implementadas, verificando-se melhorias significativas evidenciados no artigo "Using SBAR Communications in Efforts to Prevent Patient Rehospitalizations" (ACHREKAR, 2013).

Originário da metodologia SBAR, surgiu a (ISBAR), que corresponde à Identificação, à Situação, aos Antecedentes, à Avaliação e à Recomendação. Esta abreviatura

corresponde a uma ferramenta de comunicação padronizada que admite a transmissão, pelos profissionais, de informações relevantes de um turno para o outro (CHIEW,2019).

A transferência de doentes entre profissionais de saúde, é uma circunstância de alto risco no processo de cuidado, uma vez que a má transmissão de informação clínica entre profissionais de saúde, potencia erros evitáveis e a eventos adversos, pondo em risco a segurança do doente (MOURA,2019).

Para simplificar a compreensão, os enfermeiros realçaram a importância de receber informações completas da transferência anterior por forma a fazer a ligação entre a informação recebida e o doente encontrado (BIRMINGHAM, 2014).

Das informações mais relevantes e que devem ser envolvidas no processo de transferência sobressaem a queixa ou motivo de encaminhamento, antecedentes pessoais e familiares, alergias, tratamentos ou cuidados realizados e medicamentos administrados (BIRMINGHAM, 2019)

Os doentes que têm alta da UCIP (Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente), do SMI (Serviço de Medicina Intensiva) ou cujos cuidados são transferidos para outro profissional na passagem de turnos, são peculiarmente vulneráveis a más transferências, devido à complexa fisiologia do seu estado de saúde, por isso pode acontecer omissão de informação essencial para a sucessão dos cuidados. Verificaram-se défices na comunicação, coordenação dos cuidados e troca de informações entre os profissionais de saúde do SMI, aumentando assim o risco de ocorrerem erros e de resultarem eventos adversos graves, readmissões e aumento da mortalidade. (MOURA cit., VAN; 2019)

Em Portugal ainda não foi determinado a verídica dimensão, nem os seus efeitos, das lacunas de segurança associadas com a prestação de cuidados de saúde, porém, em concordância com o estudo realizado por Silva, (2016), por cada 100 internamentos hospitalares em 10 sucederam-se complicações devido a um erro ou incidente.

Concluindo, a existência de uma comunicação eficaz entre os profissionais, aquando da transição de cuidados de saúde, é basilar para que seja possível melhorar a segurança do doente. (FIGUEIREDO,2020).

Capítulo 4: Proposta de melhoria: Adoção de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde promovendo a segurança dos doentes e práticas seguras.

A comunicação é reconhecida como uma competência que precisa ser desenvolvida pelos profissionais da saúde na relação terapêutica, a fim de qualificar o cuidado e o trabalho em equipa. O processo de compreender e partilhar mensagens enviadas e recebidas e a forma como isso ocorre exerce influência no comportamento das pessoas em curto, médio e longo prazo (SILVA, 2017).

Verificou-se uma preocupação por parte da equipa de enfermagem, referente à transmissão de informação ao longo da transferência de doentes (MOURA, 2019).

Em alguns serviços existem uma folha para a passagem de turno e transferência de doentes, mas a mesma não tem grande adesão por parte dos profissionais, incentivando assim a elaboração deste projeto de intervenção (MOURA, 2019).

Estudo alude que 80% dos erros médicos graves incluem falhas de comunicação entre os profissionais, quando os doentes são transferidos. Nesta perspetiva, um dos métodos de comunicação que é mencionado como sendo promotor de uma comunicação eficaz, e com maior segurança para o doente, está relacionado com técnica ISBAR. (FIGUEREDO,2020)

Na UCIP foi possível observar algumas dificuldades na realização dos registos unificados que demonstrassem de facto a evolução do paciente ao longo de cada turno, sendo que, isto se refletia na perda de informação verbal e informática. As passagens de turno eram muito demoravam, a equipa dispersava-se por cansaço e começou-se a detetar falhas de informação sobre os pacientes, quando está era comparada com as informações adquiridas no dia anterior. Isto refletia-se na incorreta interpretação da passagem de turno. Concluiu-se que, uma área de melhoria nesta unidade, seria trabalhar a comunicação eficaz na passagem de turno, para que tal, fosse possível, recorri às bases de dados científicas, *SCIELO*, *RCAPP* e *B-On* para verificar quais as ferramentas já utilizadas e qual é que seria mais recomendada para a equipa da UCIP.

No SMI observei, que a equipa é grande e, como tal, a dispersão da equipa com conversas paralelas é muito frequente. Além disso, o telefone do serviço a tocar, os dispositivos médicos a alarmar, os doentes a chamar e o discurso da passagem de turno confusa dificulta a passagem de turno, refletindo-se na perda de informação. Tal como, tinha

sido detetado na UCIP, uma proposta que poderia facilitar o processo de transição de cuidados, através da passagem de turno, seria a utilização de ferramentas validadas cientificamente. Foi assim necessário analisar as bases de dados científicas, *SCIELO*, *RCAPP* e *B-On* para investigar quais as ferramentas mais indicadas para a equipa do SMI.

Perante o que foi referido anteriormente, a atual proposta de melhoria relatada neste relatório foi inicialmente realizada na UCIP, tendo como objetivo analisar a implementação do método ISBAR nas transferências de cuidados entre turnos de enfermagem.

A contribuição deste trabalho na UCIP pretendeu dar resposta ao incentivo da comunidade científica internacional para a implementação do acrônimo ISBAR no momento da transferência do cuidado. Por este motivo, com o objetivo de dar continuidade à proposta de melhoria realizada no campo de estágio anterior e aliando-me à proposta de melhoria de uma das equipas do SMI, procurei dar um contributo ao SMI oferecendo um instrumento com informações apropriadas, de forma clara e concisa, para o perfil dos doentes atendidos na unidade, mais especificamente em sistema digital (ARAUJO,2020).

A intervenção proposta foi a implementação de um instrumento pautado no método ISBAR para os momentos de transferências de turnos, uma vez que, em ambos os serviços as transferências eram longas e pouco focadas, refletindo-se em perda de informação, maior probabilidade de erros, falhas na prestação de cuidados por falta de informação, entre outros (ARAUJO, 2020).

4.1 Técnica ISBAR

Com o objetivo de ultrapassar os obstáculos na comunicação, é fundamental aplicar estratégias de comunicação, que necessitem de pouco tempo e empenho para serem executadas. Portanto, pretendendo fornecer o máximo de informações, de forma eficiente, motivando a cooperação interprofissional de forma a limitar a probabilidade de erros (MULLER, 2018).

A implementação da técnica ISBAR adota uma dimensão de escala mundial com diferentes estudos desenvolvidos em vários países do mundo com o objetivo de compreender de que forma é aplicada esta técnica, quais as suas vantagens e formas de aplicar nos distintos contextos. Diferentes revisões Scoping foram elaboradas, possibilitando absorver o conhecimento criado sobre esta técnica cuja utilização tem vindo adquirir maior relevância na atualidade (FIGUEIREDO, 2020).

O processo de transferência do doente deve possibilitar a continuidade dos cuidados, mas as interrupções durante a passagem de informação foi uma realidade observada. A interrupção é, assim, explicada como uma quebra na execução de uma atividade e que, nesta conjuntura, podem ser distribuídas em duas categorias, a “conversacional (conversas não relacionadas com a passagem de turno) e a de procedimentos (relacionada com o equipamento a alarmar e interferir com a passagem de turno)” (SPOONER, 2014).

A utilização de ferramentas da comunicação no ambiente hospitalar realçam as vantagens da aplicação da técnica ISBAR. Esta técnica de comunicação, empregue nos momentos de transferência, tem vindo a ser implementada em meio hospitalar. A sua aplicação tem vantagens para os doentes e para a equipa de saúde, observando-se um forte impacto ao nível da melhoria da segurança dos doentes durante o processo de transferências clínicas.

O instrumento ISBAR e seus derivados ISBAR, SBAR-R, ISBARR e ISOBAR respondem a essa necessidade, sendo assim utilizados como uma ferramenta de comunicação e transferência de informação intra-profissional e interprofissional (MULLER, 2018).

A ferramenta SBAR é considerada uma técnica de comunicação que aumenta a segurança do doente e é encarada como a melhor prática atual para fornecer informações em situações críticas (MULLER, 2018).

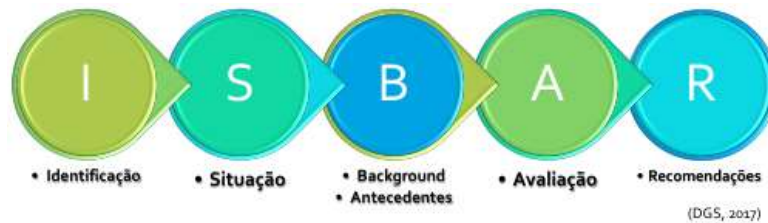
A comunicação, sendo uma ferramenta na prestação de cuidados, é essencial para garantir a segurança da pessoa em ambiente hospitalar, particularmente quando ocorre a transferência de responsabilidade na prestação de cuidados de saúde, como ocorre na passagem de turno e nas transferências de doentes, entre unidades.

Efetivamente, é imprescindível implementar procedimentos padronizados para assegurar uma comunicação contínua, organizada e atempada de informação entre os profissionais de saúde, de forma a prevenir erros na comunicação, que podem desencadear interrupções graves na continuidade de cuidados, podendo originar incidentes com dano para o doente.

Para que isso não ocorra, a DGS redigiu a norma nº 001/2017, de 08/02/2017, que refere, que a Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, que visa a utilização da mnemónica ISBAR: – *Identify*, (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações), que se estando esquematizada na figura 1, aquando da transição de cuidados de saúde, garantindo

uma cultura de segurança na prestação de cuidados de qualidade através de uma comunicação eficaz. Esta norma propõem a implementação da técnica ISBAR para a transição de cuidados de saúde proposta pela DGS (DGS, 2017).

Figura 1- ISBAR



Segundo a alínea 1, da Norma 001/2017 da DGS: “A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR” (DGS, 2017, p. 1).

A implementação da ISBAR é considerada uma ferramenta de padronização da comunicação em saúde, autenticada para promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados de saúde (DGS, 2017).

Em contexto de cuidados de saúde, durante a transição de cuidados, a comunicação entre os profissionais é uma prática perseverante. A literatura apresentou dados que demonstram a ocorrência frequente de erros ou omissões de aspetos importantes no processo de comunicação provocando uma quebra na continuidade dos cuidados e, conseqüentemente, é colocada em causa a segurança da pessoa (FERREIRA, 2020).

Quadro 1- ISBAR (DGS, 2017)

Quadro 1 – Técnica ISBAR

<p>I</p> <p>IDENTIFICAÇÃO</p> <p>Identificação e avaliação precisa dos intervenientes na comunicação (enfermeiro e colega) bem como do doente a que dir respeito a comunicação</p>	<p>a) Nome completo, data de nascimento, género e nacionalidade do doente</p> <p>b) Nome e função do profissional de saúde presente</p> <p>c) Nome e função do profissional de saúde ausente</p> <p>d) Serviço de origem e destino</p> <p>e) Identificação da pessoa significante/cuidador informal</p>
<p>II</p> <p>SITUAÇÃO ATUAL/CAUSA</p> <p>Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde</p>	<p>a) Data e hora de admissão</p> <p>b) Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde</p> <p>c) Meds compreendidos (de diagnóstico e terapêuticos (MCDT) realizados ou a realizar</p>
<p>III</p> <p>ANTECEDENTES/ANAMNESE</p> <p>Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, devida antecedente de contacto</p>	<p>a) Antecedentes clínicos</p> <p>b) Níveis de dependência</p> <p>c) Dietas prescritas de rotina</p> <p>d) Alergias conhecidas ou de sus suspeitas</p> <p>e) Hábitos relevantes</p> <p>f) Terapias de anestésico e sedação em curso</p> <p>g) Técnicas invasivas realizadas</p> <p>h) Presença ou risco de contaminação/infecção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar</p> <p>i) Identificação da situação social e da capacidade do doente</p>
<p>IV</p> <p>AVALIAÇÃO</p> <p>Informações sobre o estado do doente, terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas instituídas, estratégias de tratamento, alterações do estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas</p>	<p>a) Problemas atuais</p> <p>b) Terapias farmacológicas e não farmacológicas instituídas</p> <p>c) Alterações do estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas</p> <p>d) Foco de atenção, diagnósticos e intervenções atuais</p>
<p>V</p> <p>RECOMENDAÇÕES</p> <p>Descrição de atitudes e plano terapêutico adequado à situação clínica do doente</p>	<p>a) Definição de plano de continuidade de cuidados</p> <p>b) Informação sobre consultas e (MCDT) agendadas</p> <p>c) Identificação de assistentes do cuidador informal</p>

Fonte: DGS (2017, p.8)

A identificação de problemas na comunicação durante a transição de cuidados foi algo observado na UCIP e no SMI, dando maior destaque para a dispersão da equipa com conversas paralelas, para os alarmes dos dispositivos médicos, para os doentes a chamarem e para o discurso confuso na passagem de turno, refletindo-se na perda de informação. Para solucionar os problemas detetados, após a leitura da evidência científica nas bases de dados Scielo e B-ON sobre a ferramenta ISBAR, encontrou-se um quadro síntese, quadro 1, que permitiu delinear um instrumento ISBAR adaptado à UCIP e SMI. Atendendo ao que foi exposto anteriormente, foi necessário identificar os problemas na comunicação nos serviços durante a transição de cuidados. Por estes motivos, foi elaborada, como instrumento de colheita de dados, uma grelha de observação, com a respetiva descrição dos itens a serem observados (Apêndice I), (Apêndice II) e (Apêndice III) respetivamente, baseadas e adaptadas à norma 001/2017 da DGS. Através da observação direta da realidade aquando da passagem de turno dos enfermeiros da UCIP e SMI. Foi realizada uma observação informal aos enfermeiros de ambos os serviços, durante a passagem de turno, no primeiro momento de passagem a que se refere de “briefing” e, posteriormente quando são transmitidas as informações de colega para colega. Pudemos comprovar que, a passagem de turno, sem nenhuma uniformização da informação, implica demasiado tempo de ambas

as equipas, que a identificação do doente na passagem de turno pelo nome, nem sempre acontece. E que não é utilizada nenhuma ferramenta, como a técnica ISBAR, levando à dispersão da equipa, num curto espaço de tempo.

A mnemónica ISBAR, segundo a norma da DGS, deve ser aplicada na transmissão de informação, na transição de cuidados de forma mais particular das passagens de turno, assim como nas transferências de doentes entre unidades de saúde, com a finalidade de garantir a segurança do doente através da manutenção e continuidade dos cuidados prestados.

A utilização da técnica ISBAR é aconselhada por diversas organizações de saúde, uma vez que é de fácil memorização, sendo possível aplicar em diferentes ambientes, pois recorre a uma metodologia “(...) padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações relativas a esses cuidados (...)” (DGS, 2017, p. 6). Esta técnica “(...) contribui para a rápida tomada de decisões, promove o pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais (...)” (DGS, 2017, p. 6).

Esta norma avança a técnica ISBAR cujo objetivo é a normalização da comunicação na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados por forma a promover a segurança do doente (DGS, 2017).

A metodologia ISBAR é formada por cinco componentes-chave no que toca ao processo de comunicação na transição de cuidados, tendo como principais vantagens ser um importante auxiliar de memória, possibilitando através de formas simples, memorizar construções complexas que devem ser utilizadas na transmissão verbal sobre o estado do doente (CASELHAS cit. RATAJCCZYK, 2020).

A comunicação deve ser intencional, compreendida por todos os elementos, de modo a respeitar os aspetos éticos. Assim, o ISBAR “fornece estrutura para a comunicação entre os profissionais a respeito da situação e da condição do doente, e permite que os profissionais antecipem os próximos passos e alterem o seu modelo mental, se necessário” (NOGUEIRA et.al., 2015).

Segundo Tranquada (2013), a metodologia ISBAR compõem-se num instrumento eficaz para regularizar e padronizar os vários estilos de comunicação, contribuindo para que todas sigam a mesma linha comunicacional admitindo, deste modo, que possíveis erros e lacunas que possam ocorrer no processo de comunicação diminuam, o que em contexto de urgência se torna ainda mais relevante.

4.2 Vantagens da Técnica ISBAR

No estudo realizado por Thompson em instituições australianas como o “Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital” discutiram os benefícios do uso da ferramenta (ISBAR) na transferência dos cuidados. Neste estudo, concluiu-se que esta ferramenta pode melhorar a passagem de informações durante o processo de transferência e possibilitar definir ações pendentes e tarefas a cumprir, melhorando a comunicação entre os profissionais (SILVA cit. THOMPSON, 2017).

A ferramenta ISBAR proporciona a transferência de cuidados de forma mais eficaz, pois, nesse processo, informa-se o nome, a situação do doente (motivo de admissão do doente na unidade naquele momento e não apenas o diagnóstico); os antecedentes do doente; a avaliação atual do doente, ou seja, qual foi a sua evolução durante todo o momento em que foi observado pelo profissional; e as recomendações que o profissional deverá transferir ao outro, de modo que haja uma continuidade do cuidar com qualidade e segurança. Todo esse processo depende de uma comunicação efetiva e direta entre os profissionais (SILVA, 2017).

Segundo SILVA (2017), podemos verificar que algumas das vantagens mais mencionadas na literatura são: a otimização do tempo de passagem de turno; a não omissão de informações; o registo do doente e a sistematização dos cuidados.

A padronização informatizada e objetiva da passagem de turno impede o esquecimento de informações sobre o doente; evita a rutura da continuidade do cuidado; otimiza o tempo do enfermeiro; corrobora a assistência prestada pelo enfermeiro; e reforça o profissional e a unidade em julgamentos que abarquem condutas ético-profissionais (SILVA cit. VINCENT;2017).

Evidencia também vantagens para os profissionais de saúde pela sua simplicidade, clareza de conteúdos, portabilidade e memorabilidade. A utilização da técnica ISBAR, pelas vantagens demonstradas vai reforçar a importância que a comunicação eficaz tem na segurança dos doentes com consequentes melhorias dos resultados. O ISBAR deverá ser um instrumento diário de comunicação, com uma linguagem global, simples e eficiente dos cuidados de saúde. Para além destas vantagens, esta revisão de literatura possibilitou compreender a importância da realização de formação aos profissionais de forma a garantir a utilização correta da técnica ISBAR (FIGUEIREDO,2020).

4.3 Justificação da Proposta de Melhoria

A proposta de melhoria desenvolveu-se através de um trabalho observacional para alcançar o diagnóstico situacional no contexto de estágio, com o objetivo de indicar fragilidades e potencialidades durante a transferência dos cuidados na UCIP e no SMI e compreender como essa transferência é realizada na unidade, observando quais são os instrumentos utilizados, como ocorre a comunicação entre os profissionais e como se dão as trocas de turnos. (SILVA,2017)

No estudo de Silva (2017), observou-se que em diferentes serviços de Medicina intensiva, os enfermeiros demonstravam diversas dificuldades para realizar registos, tendo em vista a sobrecarga de trabalho, o número reduzido de profissionais e o número elevado e a rotatividade dos doentes. Relatos dos profissionais comprovaram que a utilização do novo instrumento irá otimizar tal atribuição. (SILVA,2017)

4.3.1 Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente

No contexto de estágio da UCIP foi possível constatar algumas dificuldades na passagem de turno. Após vários turnos foi possível observar a passagem de turno da manhã e recolher os dados apresentados na Tabela 2.

Esta recolha de dados decorreu durante o período de 14/09 a 11/10, com o intuito de perceber quais as estratégias utilizadas pela equipa na passagem de turno, quais as maiores dificuldades evidenciadas, quais os fatores que desencadeavam a dispersão da equipa, se a utilização da técnica ISBAR era utilizada pela equipa, se a identificação do doente era clara na passagem de turno e, por último, se o tempo de passagem de turno era adequado.

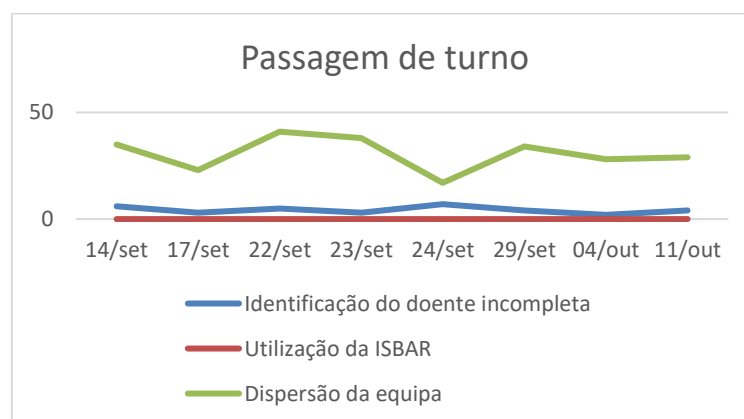
Há que destacar que o que motivou esta observação foram os comentários dos elementos da equipa e pela ausência de informação que se foi verificando na passagem de turno da manhã, comparativamente com a passagem de turno da tarde, do dia anterior. Perante isto, como futura Mestre, após uma análise crítico-reflexiva sobre o que fui detetando no início do estágio, foi possível perceber que a Comunicação Eficaz seria uma área na qual poderia dar um contributo à equipa, na gestão de risco e segurança do doente, em prol de uma passagem de turno de qualidade.

Tabela 1-Passagem de turno UCIP

Datas de Observações		14/09	17/09	22/09	23/09	24/09	29/09	04/10	11/10
Contexto Passagem de Turno	Tempo de Passagem de Turno da Manhã	1h15	1h07	1h21	1h00	58 minutos	1h04	1h13	1h22
	Identificação do doente	De 13 doentes apenas 7 com identificação completa	De 11 doentes apenas 8 com identificação completa	De 13 doentes apenas 8 com identificação completa	De 13 doentes apenas 9 com identificação completa	De 13 doentes apenas 6 com identificação completa	De 13 doentes apenas 9 com identificação completa	De 9 doentes apenas 7 com identificação completa	De 13 doentes apenas 9 com identificação completa
	Utilização da Técnica ISBAR	Nunca utilizada	Nunca utilizada	Nunca utilizada	Nunca utilizada	Nunca utilizada	Nunca utilizada	Nunca utilizada	Nunca utilizada
	Dispersão da equipa	Ao fim de 35 minutos	Ao fim de 23 minutos	Ao fim de 41 minutos	Ao fim de 38 minutos	Ao fim de 17 minutos	Ao fim de 34 minutos	Ao fim de 48 minutos	Ao fim de 29 minutos

Podemos verificar na Tabela 1, que foram realizados 8 dias de observações na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente, sendo que, foram avaliados 4 itens diferentes, mas importantes para o serviço em análise, sendo estas as seguintes: o tempo que demora a passagem de turno, a identificação do doente na passagem de turno pelo nome, a utilização ou não da técnica ISBAR e o tempo que demora a equipa a dispersar na passagem de turno.

Gráfico 1- Passagem de Turno



Após a análise do gráfico 1, podemos constatar que no turno da manhã durante a passagem de turno, a identificação completa do doente, nem sempre acontece, podendo levar ao erro e à diminuição da segurança do profissional e doente. Também se verificou que a utilização da técnica ISBAR nunca foi utilizada no serviço e que ao fim de 23 minutos a 48 minutos a equipa começa a dispersar por diversos motivos: cansaço, telefone do serviço a tocar, dispositivos médicos a alarmar, doentes a chamar, o doente que está a ser

passado não está atribuído a esse elemento da equipa, discurso da passagem de turno confusa e longa, entre outros. Uma transferência adequada e abrangente da informação é uma componente essencial para a segurança do doente. A padronização do processo de transferência de informação pode ser um recurso que permita salvaguardar a continuidade dos cuidados e reduzir o aparecimento dos eventos adversos (CASELHAS, 2020).

De acordo com um estudo realizado por RANDMAA et al. (2014), ficou comprovado que a aplicação da metodologia ISBAR, reduz os eventos adversos relacionados com as falhas de comunicação durante os momentos de transição de cuidados de 31% para 11%, e que a ocorrência destes está relacionada à não compreensão, incorreta interpretação ou omissão de informação (ANTUNES cit. STEWART, 2019).

Ao longo do estágio detetamos que existem falhas na comunicação efetiva da tarde para a noite, e como consequência da noite para de manhã, aumentando a incompreensão de algumas avaliações, incorretas interpretações e informação que não foi transmitida e, por isso, omitida. Perante esta situação, como futura Mestre procurei contribuir com esta Proposta de melhoria, que visa a melhoria da segurança e da comunicação efetiva do profissional para profissional, garantido uma segurança do doente maior e prevenindo erros graves.

4.3.2 Serviço de Medicina Intensiva

A metodologia de passagem de turno de Enfermagem adotada no SMI implica dois momentos de transmissão de informação – a passagem de informação integral (entre os dois Enfermeiros prestadores de cuidados ao doente) e a passagem de informação relevante – “briefing” (entre o Enfermeiro que rececionou a passagem de informação integral e a restante equipa de Enfermagem presente nesse turno). Pretende-se com este projeto efetivar um plano de implementação da metodologia ISBAR no momento da passagem de informação relevante - “briefing”.

No contexto de estágio foi possível comprovar algumas dificuldades na passagem de turno. Após vários turnos foi possível observar a passagem de turno da manhã e recolher os dados apresentados na Tabela 3.

Esta recolha de dados decorreu durante o período de 5/11 a 27/11, com base nos mesmos instrumentos utilizados anteriormente, com o intuito de perceber quais as estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem na passagem de turno, quais as maiores dificuldades evidenciadas, quais os fatores que desencadeavam a dispersão da equipa, se a utilização da

técnica ISBAR era utilizada pela equipa, se a identificação do doente era clara na passagem de turno e, por último, se o tempo de passagem de turno era adequado.

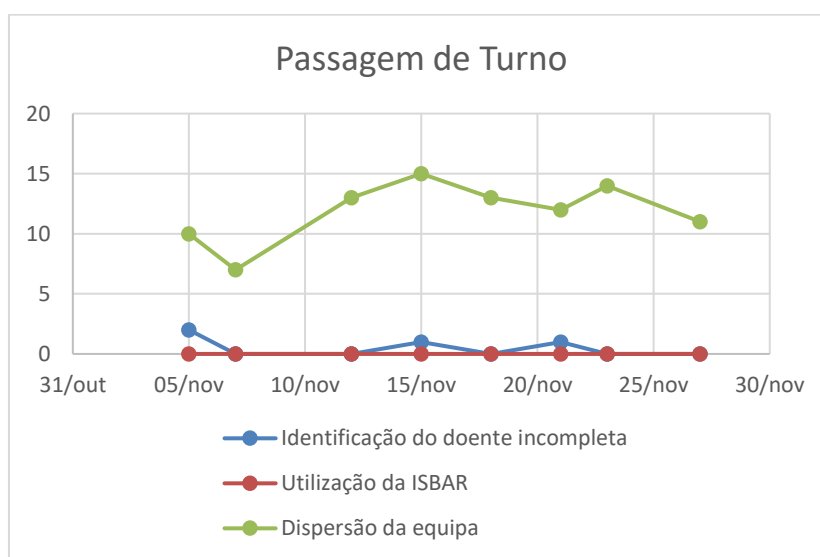
Há que destacar que o que motivou esta observação foram os comentários dos elementos da equipa e pela ausência de informação que se foi verificando nas passagens de turno. Por este motivo, após uma análise crítico-reflexiva sobre o que fui detetando no início do estágio, foi possível perceber que a Comunicação Eficaz seria uma área na qual poderia dar um contributo à equipa, na gestão de risco e segurança do doente, em prol de uma passagem de turno de qualidade.

Tabela 2- Passagem de turno SMI

Datas de Observações		05/11	07/11	12/11	15/11	18/11	21/11	23/11	27/11
Contexto Passagem de Turno	Tempo de Passagem de Turno da Manhã	30 minutos	25 minutos	17 minutos	18 minutos	32 minutos	25 minutos	40 minutos	19 minutos
	Identificação do doente	De 9 doentes apenas 7 com identificação completa	De 7 doentes 7 com identificação completa	De 7 doentes apenas 6 com identificação completa	De 9 doentes 9 com identificação completa	De 8 doentes 8 com identificação completa	De 6 doentes apenas 5 com identificação completa	De 8 doentes 8 com identificação completa	De 7 doentes 7 com identificação completa
	Utilização da Técnica ISBAR	Nunca utilizada	Nunca utilizada	Nunca utilizada	Nunca utilizada	Nunca utilizada	Nunca utilizada	Nunca utilizada	Nunca utilizada
	Dispersão da equipa	Ao fim de 10 minutos	Ao fim de 7 minutos	Ao fim de 13 minutos	Ao fim de 15 minutos	Ao fim de 13 minutos	Ao fim de 24 minutos	Ao fim de 25 minutos	Ao fim de 11 minutos

Podemos verificar na Tabela 2, que foram realizados 8 dias de observações no Serviço de Cuidados Intensivos, sendo que, foram avaliados 4 itens diferentes, mas importantes para o serviço em análise, sendo estas as seguintes: o tempo que demora a passagem de turno, a identificação do doente na passagem de turno pelo nome, a utilização ou não da técnica ISBAR e o tempo que demora a equipa a dispersa na passagem de turno.

Gráfico 2- Passagem de turno dados



Após a análise do gráfico da figura 3, podemos constatar que no turno da manhã durante a passagem de turno, a identificação completa do doente, maior parte das vezes

acontece, mas ainda existem casos pontuais em que essa identificação não é completa, podendo assim desencadear o erro e a diminuição da segurança do profissional e doente. Também se apurou que a utilização da técnica ISBAR nunca foi utilizada no serviço e que ao fim de 7 minutos a 25 minutos a equipa começa a dispersar da passagem de turno por diversos motivos nomeadamente os seguintes: cansaço, telefone do serviço a tocar, dispositivos médicos a alarmar, doentes a chamar, o doente que está a ser passado não está atribuído a esse elemento da equipa, discurso da passagem de turno confusa, longa, entre outros.

No contexto de estágio no Serviço de Medicina Intensiva identificamos que existem falhas na comunicação efetiva aumentando a incompreensão de algumas avaliações, incorretas interpretações e informação que não foi transmitida e, por isso, omitida. Perante esta situação, tal como decorreu na UCIP, como futura Mestre procurei colaborar com esta proposta de melhoria, que pretende a melhoria da segurança e da comunicação efetiva do profissional para profissional, endossando uma segurança do doente maior e prevenindo erros graves. Além de tudo o que foi mencionado anteriormente, colaborar com uma das subequipas do SMI na sua proposta de melhoria, dando algum contributo com a minha proposta.

4.4 Adesão das Equipas à Proposta de melhoria

A implementação de uma nova ferramenta é processual e abarca a aceitação da equipa, as potencialidades e as fragilidades citadas e a proposta de intervenção foram apresentadas à coordenadora de enfermagem e à Enfermeira de referência da unidade, com o objetivo de informá-las a respeito do trabalho e ouvir as suas sugestões (SILVA,2017).

No sentido de reduzir as falhas na comunicação têm vindo a ser criados vários métodos de comunicação standardizados com o objetivo de uniformizar a comunicação entre os profissionais de saúde. Os resultados do estudo realizado evidenciaram que os instrumentos de comunicação Standardizados permitem orientar a passagem de informação, relativa aos doentes, entre os profissionais de saúde. Torna-se assim a transmissão de informação uma estrutura fixa e lógica, orientando o discurso dos profissionais de saúde diminuindo a incidência desta problemática (FERREIRA, 2020).

Como referido anteriormente, de facto a implementação da ISBAR na UCIP foi um processo gradual, que envolveu: as sugestões da equipa sobre a utilização desta ferramenta, o esclarecimento da equipa com ações de formações, o treino com a equipa nas passagens de turno com uso da ISBAR e o incentivo para a adesão da equipa à proposta de melhoria. No SMI o processo foi igualmente gradativo, abrangendo diversas etapas: as sugestões da equipa sobre a utilização desta ferramenta, o esclarecimento da equipa com ações de formações, o treino com a equipa nas passagens de turno com uso da ISBAR, reuniões com a subequipa que trabalha a temática da Comunicação Eficaz no serviço e a adesão da equipa à proposta de melhoria.

4.5 Implicações para a prática

Relativamente às implicações para a prática, o uso da técnica ISBAR é relativamente recente, sendo que, em Portugal, só em 2017 foi recomendada a sua implementação através de uma norma de orientação clínica, a NOC 001/2017. Assim, é importante o desenvolvimento e implementação de estratégias e programas, que estimulem a sua utilização, nos contextos de saúde portugueses, permitindo assim uma operacionalização da NOC 001/2017 (FIGUEIREDO,2020).

Após a validação das Enfermeiras Chefes e dos Enfermeiros Tutores apresentou-se aos profissionais a ferramenta ISBAR, numa reunião de serviço, demonstrando a sua efetividade na otimização da passagem de turno. Vale a pena realçar, que a ferramenta apresentada foi adaptada, foram reestruturados instrumentos facilitadores para a equipa da UCIP e para a equipa do SMI para a implementação desta proposta. Como tal, encontram-se nos Apêndices todos os instrumentos necessários para que a equipa do SMI possa implementar a proposta e a equipa da UCIP possa dar continuidade: um Instrumento de Auditoria à Técnica ISBAR, para continuidade da formação, um Plano de Sessão de Formação, uma apresentação em *Power Point* de Formação e, por último, um questionário de Avaliação de Formação em Serviço.

Na UCIP, a Técnica ISBAR foi implementada, deixando esta ferramenta otimizada no serviço. Para que isso fosse possível, juntamente com a Equipa de Informática do Hospital e com a autorização da Enfermeira Chefe, foi criado um formulário ISBAR para todos os doentes da UCIP no *SClínico*, que se encontra no apêndice VII.

Por fim, a implementação da Técnica ISBAR no SMI não foi possível ainda ser concretizada por todos processos inerentes ao serviço, mas destaco que houve já um compromisso com a equipa deixar esta ferramenta otimizada no serviço. Para que isso seja possível, juntamente com a Equipa de Informática do Hospital e com a autorização da Enfermeira Chefe, será criado um formulário ISBAR para todos os doentes do SMI no *SClínico*, que se encontra um exemplar da UCIP.

Com esta ferramenta digital, as equipas demonstraram-se mais motivadas para aderir e dar continuidade a esta proposta. Relativamente à equipa do SMI, a equipa ficou mais desperta e mais consciente da importância da proposta, que uma das subequipas do SMI realizou, uma vez que, é um meio facilitador para acompanhar os processos de transição dos doentes de turno para turno, de forma otimizada e rápida.

Com a proposta exposta neste documento, com a possibilidade da implementação da ferramenta digital, também iremos conseguir no SMI, obter um *Excel por doente ou com vários doentes*, que nos permitirá realizar uma recolha de dados sobre algum aspeto importante sobre os cuidados de enfermagem realizados neste serviço. Por outro lado, permite diminuir os gastos de materiais, contribuindo para o ambiente com a diminuição do número de impressões. Por último, ainda permite, que a informação seja transmitida com maior segurança na passagem de turno no “Briefing”.

Capítulo 5: Conclusão

O avanço no conhecimento exige que o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática sustentada nas mais recentes evidências, norteada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, tornando-se o líder ideal para propostas de formação, de assessoria e de investigação que pretendam potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização (OE, 2018).

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

Na elaboração do planeamento de estágio estabeleci os objetivos gerais e específicos para desenvolver e adquiri-los ao longo do estágio. Com este trabalho consegui trabalhar/adquirir diversas competências e atividades:

No que diz respeito às competências adquiridas:

- Desenvolver as competências na área da Gestão de Risco;
- Conhecer competências específicas do Enfermeiro gestor como: Primeiro-Garantir uma prática profissional e ética na equipa promovendo: o conhecimento e o cumprimento dos valores, regras e práticas de acordo com a *legis artis*, o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e da equipa, e uma cultura organizacional com base no respeito pelas regras deontológicas e práticas legais. Segundo- garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem promovendo as melhores práticas profissionais, gerir o risco clínico e não clínico, gerir recursos humanos e recursos materiais e equipamentos e promovendo a investigação e a enfermagem baseada na evidência.

- Desenvolver Competências na área da Gestão dos Cuidados e Organização de Recursos Humanos na UCIP e SMI através da gestão dos cuidados, otimização da resposta da equipa de enfermagem e articulação com a equipa multidisciplinar.

Relativamente às atividades:

- Reconhecer os planos de atividades/projetos e normas do serviço,
- Participar como membro ativo da equipa na prestação de cuidados ao doente crítico desenvolvendo uma relação de confiança com os profissionais de saúde partilhado e refletindo com a equipa com a proposta de melhoria, desenvolver competências técnicas e científicas na prestação de cuidados de cuidados de Enfermagem especializados ao doente em contexto de UCIP e SMI;

- Conhecer as dinâmicas da UCIP e SMI e as suas áreas de intervenção;
- Acompanhar os Enfermeiros tutores participando na prestação e gestão de cuidados.
- Identificar os modelos de gestão de recursos humanos e de materiais;
- Mostrar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da gestão clínica.

A elaboração do presente documento implicou a pesquisa em diversas bases de dados, reflexão e pensamento crítico tendo por base a evidência científica, isto permitiu a consciencialização de que a excelência profissional deverá ter como modelo e alicerce a evidência científica, que é conseguida através da investigação clínica dos enfermeiros, com o objetivo de investigarem, atualizarem e adquirirem novos conhecimentos, contribuindo assim para uma Enfermagem avançada. Remetendo para o tema central da proposta de melhoria “Adoção de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde promovendo a segurança dos doentes e práticas seguras.” foi possível articular com as equipas de Enfermagem da UCIP e do SMI, de forma a ser exequível realizar uma partilha da proposta de melhoria, sendo que, esta se demonstrou muito recetiva ao projeto, concordando totalmente com a necessidade de uma nova estratégia para o serviço.

Neste sentido, as equipas demonstraram-se incentivadas, para assegurarem uma prestação de cuidados mais segura e de qualidade, utilizando a técnica ISBAR, promovendo assim uma comunicação mais eficaz dos profissionais.

A comunicação entre os profissionais de saúde é essencial para promover a segurança dos clientes nas instituições hospitalares. A prática de cuidados de enfermagem tem momentos formais de transmissão da informação, que é uma das

essências dos cuidados hospitalares. A transmissão de informação ambígua pode ter efeitos ao nível dos diagnósticos, em eventos adversos, como erros, tratamentos pouco adequados ou ineficazes. Uma comunicação ineficaz pode também ser geradora de conflitos entre os profissionais de saúde (FIGUEIREDO,2020).

No desenvolvimento deste documento e da pesquisa científica foi notório que o papel dos Enfermeiros na notificação do evento adverso é basilar. Através da observação foi possível compreender que quando o volume de doentes é maior, tanto na UCIP como no SMI, ocorre um decréscimo da qualidade da Passagem de turno, nomeadamente na atenção dos profissionais e do tempo despendido.

Ao longo dos estágios decorreram algumas situações limitativas do presente trabalho. Em primeiro lugar, pelo tempo de duração de cada contexto de estágio, não permitindo uma avaliação mais detalhada da intervenção implementada na (UCIP) e a ser implementada no (SMI), uma vez que, é necessária uma avaliação de alguns meses após o início desta técnica de comunicação na equipa e posteriormente a implementação digital no SCLÍNICO. Deparando-me com estas circunstâncias, o desenvolvimento deste trabalho teve como meta, capacitar e fornecer recursos às duas equipas, para que estas possam vir a dar continuidade à proposta de melhoria em vigor, facultando todas as ferramentas necessárias para o atingimento deste objetivo.

Em suma, com o desenvolvimento e aquisição destas competências inerentes para a especialidade do enfermeiro Especialista, procurei avaliar, observar, supervisionar, refletir e aplicar estratégias que melhorem a qualidade das práticas de enfermagem, propondo uma oportunidade de melhoria, baseada na evidência científica com o objetivo de implementar na UCIP e no SMI uma estratégia eficaz de comunicar a informação relativa à pessoa em situação crítica, promovendo a continuidade de cuidados e a segurança do doente, na procura da melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem. A implementação da ISBAR é uma mais-valia para a UCIP e SMI e transversal aos restantes serviços da instituição. Com esta proposta de melhoria pretendo contribuir com conhecimentos científicos e práticos, demonstrando os benefícios da utilização da técnica ISBAR e incentivar ambas as equipas, tão qualificadas, a continuarem e manterem um patamar de excelência na prestação de cuidados seguros, diminuindo cada vez mais o número de erros e de riscos para os doentes e profissionais. A aplicação do ISBAR demonstra ser uma ferramenta de uniformização e regulamentação da comunicação da informação em relação ao doente na passagem de turnos entre distintos serviços,

entende-se que os cuidados prestados irão experienciar uma melhoria visível, o que se irá refletir na segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico (CASELHAS,2020).

Capítulo 6: Referências Bibliográficas

1. ACHREKAR, M., Murthy, V., Kanan, S., Shetty, R., Nair, M., & Khattry, N. Introduction of Situation, Background, Assessment, Recommendation into Nursing Practice: A Prospective Study. *Asia-Pacific Journal Of Oncology Nursing*, 3 (1), 45. doi: 10.4103/2347-5625.178171 . (2016).
2. ACOSTA A, Câmara C, Weber L, Fontenele R. [Nurse's activities in care transition: realities and challenges]. *Rev Enferm UFPE.*;12(12):3190- 7. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018> Portuguese (2018)
3. ANDERSON, J., Malone, L., Shanahan, K., & Manning, J. Nursing bedside clinical handover - an integrated review of issues and tools. *Journal Of Clinical Nursing*, 24 (5-6), 662-671. doi: 10.1111/jocn.12706 (2014).
4. ARAÚJO, Danielly Freire; LIMA, Karine Dawat Medeiros. A enfermagem na segurança medicamentosa. (2020).
5. AUSTRALIAN commission on safety and quality in Health care. National recommendations for user-applied labelling of injectable medicines, fluids and lines. (2014).
6. BAGORRILHA, Tiago. Debriefing da equipa de enfermagem no serviço de urgência como determinante na segurança do doente crítico. (2020).
7. Banco de Teses e Dissertações Capes [internet]. Brasília. 2013 – 2016 Disponível em: <http://bancodeteses.capes.gov.br> (2016)
8. BIRMINGHAM, P., Buffum, M., Blegen, M., & Lyndon, A. Handoffs and Patient Safety. *Western Journal Of Nursing Research*, 37 (11), 1458 1478. doi: 10.1177/0193945914539052. (2014).
9. CASELHAS, Suzete. *ISBAR: A comunicação na transferência de doentes do Serviço de Urgência para o Serviço de Observação do Hospital Doutor José Maria Grande*. PhD Thesis. (2020).
10. CHIEW, L., Abu Bakar, S., Ramakrishnan, S., Cheng Cheng, P., Karunagaran, Y., & Bunyaman, Z. Nurse's perception and compliance on identification, situation, background, assessment and recommendation (isbar) tools for handoff communication in tertiary hospital, dammam. *Malaysian Journal Of Medical Research*, 03(04), 26-32. doi: 10.31674/mjmr.2019.v03i04.004 (2019).

11. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente. Brasília-DF, 22 de Novembro de 2017. Disponível em: < <http://www.conass.org.br/seguranca-do-paciente/> (2017).
12. COSTA LGF. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enferm Brasil*. 2016;15(3):137-45. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181> (2016).
13. DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. Norma 001/2017 de 08 de fevereiro: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde. (2017).
14. FARIA, Paula Lobato de; MOREIRA, Pedro Sá. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27.2: 103-106. (2009,)
15. FIGUEIREDO, Ana Rita; POTRA, Teresa Santos; LUCAS, Pedro Bernardes. Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde: uma Revisão Scoping. *CIAIQ2019*, 2: 279-288.(2019)
16. GAMA, Z. A. S. & Saturno, P., A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. Em: *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2013).
17. GERÔNIMO, Ana Géssyca Silva; MONTELES, Amanda Oliveira; GIRÃO, Ana Livia Araújo. Avaliação da implementação dos protocolos de segurança do paciente pela equipe de enfermagem em urgência e emergência. *Brazilian Journal of Health Review*, 3.4: 10775-10787. (2020)
18. GONÇALVES, João Filipe Duarte. *ISBAR: Uma comunicação efetiva na transição de cuidados durante a passagem de turno*. 2018. Master's Thesis. Universidade de Évora.
19. GRISANTE, Diana. Da segurança do uso do medicamento endovenoso à segurança do doente. (2020)
20. GUIMARÃES MSF.; SILVA, LR. - Conhecendo a teoria das transições e aplicabilidade para Enfermagem. Rio de Janeiro. (2016).
21. GUIMARÃES, MSF. SILVA, LR. Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. [internet]. Rio de Janeiro (br); Disponível em: [http://www...\(completar com os dados do site\)](http://www...(completar com os dados do site)) (2016)
22. HWANG U, Dresden SM, Rosenberg MS, Garrido MM, Loo G, Sze J, et al. Geriatric emergency department innovations: transitional care nurses and hospital use. *J Am Geriatr Soc*.;66(3):459-66. <https://doi.org/10.1111/jgs.15235> (2018)

23. INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE (IBSP). Instituto Brasileiro para Segurança do. Entenda o que é segurança do paciente. São Paulo, 24 de Agosto de 2015. Disponível em: <
<https://www.segurancadopaciente.com.br/noticia/entenda-o-que-e-segurancadopaciente/>(2015).
24. JOINT COMMISSION On Accreditation Of Healthcare Organizations. Eventos sentinela. Oak Brook: Joint Commission Resources; (2008).
25. KEYTON, J. Communication and organizational culture: A key to understanding work experience. Thousand Oaks, CA: Sage. (2011).
26. KOERS, Lena, et al. *Perioperative quality of care and patient safety*. Universiteit van Amsterdam, (2019).
27. MACEDO, José Mário Coelho. Implementação de um sistema de gestão do risco num serviço de urgência básica-Estudo de caso. (2021).
28. MAGALHÃES, Maria Dulce Domingues Cabral de. A dimensão processual do raciocínio clínico dos enfermeiros. (2020).
29. MATOS, Arminda Dinis, et al. A influência da Comunicação Terapêutica EM Enfermagem na transição para o estatuto Familiar-Cuidador: uma Scoping Review. *Revista da UI_IPSantarém-Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8.1: 31-41.(2020).
30. MEESTER, K., Verspuy, M., Monsieurs, K., & Van Bogaert, P. SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post 72 Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre intervention study. *Resuscitation*, 84(9),1192-1196. Doi 10.1016/j.resuscitation. (2013).
31. MELEIS A I. Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. Springer Publishing Company, LLC. Chapter 3 Developmental Transitions. (2010).
32. MELEIS A.I. Theoretical nursing: development e progress. 4. Ed. Philadelphia: Lippincott, 832.((2007).
33. MELEIS AI, Sawyer LM, Im EO, et al. Experiencing Transitions: An Emerging MiddleRange theory. *Advances in Nursing Science*; 23 (1): 12-28. (2000)
34. MELEIS AI. Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company;. 664p. (2010).

35. MELEIS, A– Theoretical Nursing Development & Progress. 5a Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. (2012).
36. MELEIS, A. Sawyer, I. Im.; e. Messias, d.; schumacher, k.- Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (3), pp.12-28. (2000).
37. MELEIS, A.– Theoretical Nursing: Development and Progress. Rev. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. (2005).
38. MELEIS, A.– Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. Springer Publishing Company, LLC. (2010).
39. MELO, Pedro- Dinâmicas Familiares -Uma visão comum da família por diferentes especialidades em Enfermagem Universidade Católica Portuguesa Porto, (2020)
40. MENDES, Paulo Ricardo Ribeiro. O Processo de transição da pessoa idosa sujeita a cirurgia ortopédica. (2018).
41. MIASSO, A., Grou, C., Cassiani, S., Silva, A., & Faki, F. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. *Ribeirão Preto: Revista Escola de Enfermagem USP*, 524-532. (2006).
42. MINISTÉRIO da Saúde. Despacho n.º 5613/2015: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*. 2.ª série, n.º 102, 13550- 13553 (2015).
43. MINISTÉRIO da Saúde. Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. Governo de Portugal. (2013).
44. MINISTÉRIO da Saúde. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação - Medicina Intensiva. República Portuguesa. (2017).
45. MÜLLER, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W., & Stock, S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*, 8(8) doi: 10.1136/bmjopen 2018-022202 (2018).
46. NAZARKO, L. Medication Management: eliminating errors. *London: NRC*. 17 (3), 150-154; (2015).
47. NIEVA, V. & Sorra J Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf. Healthcare*, 12, 17-23. (2003).
48. NOGUEIRA, J. & Rodrigues, M. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*, 20(3), 636–640. (2015).

49. NUNES DOS SANTOS, Aline Karen; SORATTO, Maria Tereza. Segurança do paciente nas Unidades de Urgência Emergência. *Enfermagem Brasil*, 17.3. (2018).
50. ORDEM DOS ENFERMEIRO, Regulamento das Competências Específicas. Regulamento n.º 129/2011. (2011).
51. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010)- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Outubro 2010. Regulamento n.º 124/2011 de 18 Fevereiro 2011
52. ORDEM DOS ENFERMEIROS Regulamento n.º 372/2018. Regulamento da competência acrescida diferenciada em enfermagem do trabalho. Diário da Republica, 2ª série-n.º114, 15 junho. pp 20673 .(2018).
53. PEREIRA, Ana Daniela Mesquita. Um processo de transição na aquisição e desenvolvimento de competências. (2020).
54. PESSALACIA JD; Silva LM; Jesus LF; Silveira RC; Otoni A. [Nursing team performance in picu: a focus in humanization]. *R Enferm Cent O Min* [Internet]. 2012 [cited 2018 Feb 12];2(3):410-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.275> Portuguese.
55. PRATAS, Ana Rita Pacheco Alves. Fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob gestão do enfermeiro, no Serviço de Urgência.
56. SANTOS, Dartagnan Sousa dos. Segurança do paciente: implantação de pulseiras de identificação na UTI adulto. (2017).
57. SANTOS, Patricia Maria Azevedo Diger dos. Paciente seguro: criando estratégias para reduzir erros decorrentes de administração de medicamentos. (2017).
58. SAPATINHA, Sandra. *A gestão da segurança dos cuidados, através da melhoria dos registos de enfermagem no serviço de urgência*. PhD Thesis. (2018).
59. SAPATINHA, Sandra. *A gestão da segurança dos cuidados, através da melhoria dos registos de enfermagem no serviço de urgência*. PhD Thesis. (2018).
60. SCHUMACHER, K. L., & Meleis, A. I. Transitions: a central concept in nursing. In A. I. Meleis , *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. New York: Springer Publishing Company (2010).
61. SILVA, ABEL PAIVA – *Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. Porto (2006).
62. SILVA, AEBC, Cassiani SHB. Prospective risk analysis of the anti-infective medication administration process. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 21(Spec):233-41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700029>. (2013).

63. SILVA, Cláudia Fernanda Trindade, et al. Cuidado de enfermeiras a idosos com doença arterial coronariana na perspectiva da Teoria das Transições. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74. (2021).
64. SILVA, Débora Alves, et al. Otimização da ferramenta utilizada durante a passagem de plantão em uma unidade de pronto atendimento. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 16.1. (2017).
65. SILVA, Eloyne Tavares, et al. Fatores que influenciam a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem*; (2019)
66. SILVA, Marcelo Flávio Batista; DA SILVA SANTANA, Jefferson. Erros na administração de medicamentos pelos profissionais de Enfermagem. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 47.4: 146-154. (2018)
67. SOUSA, A. A Segurança do Paciente - Contributo da Comunicação na Passagem de Turno para a Qualidade dos Cuidados. (Tese de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Gestão em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal. Disponível em [\(https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15757/1/DissertaçãoCientífica\)](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15757/1/DissertaçãoCientífica). (2013).
68. SOUZA, Nayana Maria Gomes de, et al. Avaliação da rotulagem com código de cores para identificação de medicamentos endovenosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72.3: 715-720. (2019).
69. TAGAIO, Marina Sofia Mendes Silva. A comunicação como subsídio para a segurança e qualidade da intervenção terapêutica de enfermagem à pessoa em situação crítica na transição perioperatória. (2018).
70. TAVARES, Pedro Miguel Vicente. Fatores Determinantes na Transição para Cuidados Paliativos: Perspetiva do Perito em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. (2020).
71. The Joint Commition. Inadequate hand-off communication. Sentinel Event Alert, 58, 1-6. Disponível em <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PSSolution3.pdf> (2017).
72. The Joint Commition. Inadequate hand-off communication. Sentinel Event Alert, 58, 1-6. Disponível em <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PSSolution3.pdf> (2017).

73. TRANQUADA, M. A Comunicação Durante a Transição Das Equipas de Enfermagem: Estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem numa enfermaria cirúrgica de um Hospital Português. (Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde). ISCTE Business School - Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa. Portugal. (2013).
74. UCIP- Regulamento da Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente. Disponível para os profissionais da instituição em <http://www.ulsm.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/> (2015).
75. ULSM- Departamento de Emergência e Medicina Intensiva. [em linha]. Disponível para os profissionais da instituição em <http://www.ulsm.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/> (2020).
76. VAREJÃO, Amélia Susana Teixeira. A experiência vivida pelas pessoas que sobreviveram a uma situação crítica da qual resultou, como sequela, uma ostomia de eliminação. (2020).
77. WORLD, Health Organization. Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Direção Geral da Saúde. Lisboa; 145p. (2009).

Capítulo 7- Apêndices

Apêndice I- Técnica ISBAR adaptada para UCIP

ISBAR	CAMA _____ SERVIÇO: UCIP								
- I - Identificação	Nome		Dias de Internamento		Residência				
	Idade		Suporte:						
- S - Situação Atual/ Causa	Data Admissão		Hora de Admissão*						
	Diagnóstico								
	MCDT * Realizado		MCDT a realizar						
- B - Antecedentes /Anamnesese	Antecedentes Relevantes			Grau de Dependência Autocuidados	<input type="checkbox"/> Elevado <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Reduzido <input type="checkbox"/> Independente				
	Alergias	<input type="checkbox"/> Sim. Quais? _____ <input type="checkbox"/> Não		Medicação Domiciliar/Relevante					
	Isolamento	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente							
	Situação Social	<input type="checkbox"/> Comprometida <input type="checkbox"/> Não Comprometida		OBS:					
- A - Avaliação	Problemas Ativos			Alterações Terapêuticas					
	Glasgow	<input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Prostração		SOS					
	Dispositivos	Acessos <input type="checkbox"/> Cateter Venoso Periférico <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> Linha Arterial <input type="checkbox"/> Outros: _____		Drenagens <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> BIPAP/CIPAP <input type="checkbox"/> OAF <input type="checkbox"/> O2: _____			
	Risco Nutricional	<input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Não Comprometido		<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Disfagia		OBS:			
	Risco de Úlcera	<input type="checkbox"/> Alto Risco <input type="checkbox"/> Baixo Risco		Risco de Queda	<input type="checkbox"/> Alto Risco <input type="checkbox"/> Baixo Risco		Maceração	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	
	Feridas	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente		Ferida Cirúrgica			Ferida Traumática		
	Eliminação Intestinal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Eliminação Vesical	<input type="checkbox"/> Algália: _____ Outros: _____ <input type="checkbox"/> Diurese: _____ <input type="checkbox"/> Balanço: _____				
	Sinais Vitais						Ritmo		
	Outros								
	- R - Recomendações	Plano de Continuidade:			Previsão de Transferência				
			Previsão de Alta						

Adaptada da Norma da DGS (2017, p. 8)

Apêndice II- Técnica ISBAR adaptada para o SMI

ISBAR	CAMA _____	SERVIÇO: SMI	DATA: _____	
- I - Identificação	Nome	Dias de Internamento	Residência	
	Idade	Suporte:		
- S - Situação Atual/ Causa	Data Admissão	Hora de Admissão*		
	Diagnósticos			
	MCDT* Realizado	MCDT a realizar		
- B - Antecedentes Importantes	Antecedentes Relevantes	Grau de Resposta Autocontrolados	<input type="checkbox"/> Elevado <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Reduzido <input type="checkbox"/> Independente	
	Alergias	<input type="checkbox"/> Sim <u>Qual?</u> <input type="checkbox"/> Não	Medicação Doméstica Relevante	
	Isolamento	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente		
	Situação Social	<input type="checkbox"/> Comprometida <input type="checkbox"/> Não Comprometida	OB3:	
- A - Avaliação	A Via Aérea <input type="checkbox"/> OT/INT/FG <input type="checkbox"/> Modo Vent <input type="checkbox"/> Pressão CUFF:			
	B OXIGENOTERAPIA <input type="checkbox"/> BIPAP/CPAP <input type="checkbox"/> OAF: FIO2: <input type="checkbox"/> O2: _____ <input type="checkbox"/> VM: _____			
	C Hemodinâmicas TA: _____ / _____ FC: _____ RITMO: _____ T°C: _____ TPC: _____ TA: _____ / _____ FC: _____ RITMO: _____ T°C: _____ TPC: _____ DÉBITO URINÁRIO: _____			
	D Glasgow <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Prostração Sedação <input type="checkbox"/> RA3/BIS: _____ Delírium <input type="checkbox"/> CAM-ICU			
	E Risco Nutricional <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Não Comprometido <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Sotocado: _____ Risco de Úlcera <input type="checkbox"/> Alto Risco <input type="checkbox"/> Baixo Risco Feridas <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente UP's			
	O Acessos <input type="checkbox"/> Cateter Venoso Periférico <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> Linha Arterial <input type="checkbox"/> Outros: _____ Drenagens <input type="checkbox"/> _____ Eliminação Intestinal <input type="checkbox"/> _____ Risco de Queda <input type="checkbox"/> Alto Risco <input type="checkbox"/> Baixo Risco			
	FLUIDOS: _____ Maceração <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Ferida Cirúrgica _____ Ferida Traumática _____ PELE			
	Debido Urinário: _____ Sódio: _____ Outros: _____ Balanceo: _____			
	Problemas Ativos <input type="checkbox"/> _____ Outros _____			
	Plano de Continuidade: _____			
- R - Recomendações	Previsão de Transferência			
	Previsão de Alta			

Adaptada da Norma da DGS (2017, p. 8)

Apêndice III – Instrumento de Auditoria à Técnica ISBAR

Instrumento de Auditoria à Técnica ISBAR				
Norma “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”				
Data:	Serviço	Nome profissional:		
Momentos da transição de cuidados	<input type="checkbox"/> Admissão <input type="checkbox"/> Transferência de Serviço <input type="checkbox"/> Alta hospitalar	Equipa de Auditores		
CRITÉRIOS		Sim	Não	N/A
1. Tempo máximo - 2 minutos/doente				
2. Na transição de Cuidados é utilizada a técnica ISBAR				
3. (I) Identificação (Nome, Idade, local onde reside, suporte familiar, dias de internamento)				
4. (S) Situação (Data e hora de Admissão, Diagnóstico de entrada, MCDT Realizados e MCDT a realizar)				
5. (B) Antecedentes (Antecedentes Relevantes, Alergias, Infeção, Tipo de Isolamento, Situação Social, Nível de Dependência, Medicação Domiciliária Relevante)				
6. (A) Avaliação ABCDE (Via Aérea, Ventilação, Circulação, défice neurológico e exposição) e outros.				
7. (R) Recomendações (Plano de Continuidade, Previsão de Transferência ou Previsão de Alta, Consultas ou MCDT'S agendados)				
Subtotal				
INDICE CONFORMIDADE (IC)				

Avaliação Final:

$$IC = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = \text{___}\%$$

Apêndice IV- Plano de Sessão de Formação

<p>Instituição: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem da Católica, Porto</p> <p>Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica- Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica (área de enfermagem à pessoa em situação crítica)</p> <p>Unidade Curricular: Estágio Final</p> <p>Dinamizadores: Enf^a Mariana Guimarães;</p> <p>Instituição:</p> <p>Local:</p> <p>População-Alvo: Enfermeiros</p> <p>Data: a definir Hora: a definir;</p>	<p>Tema: “ISBAR”- Adoção de uma comunicação eficaz entre os Profissionais de Saúde, promovendo a segurança dos doentes e práticas seguras.</p> <p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar na UCIP e SMI uma estratégia eficaz de comunicar a informação relativa à pessoa em situação crítica, promovendo a continuidade de cuidados e a segurança do doente, na procura da melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrever os principais problemas na comunicação durante o processo de transição de cuidados; • Identificar novas estratégias de comunicação eficaz, para melhorar a qualidade e segurança na transmissão de informação entre profissionais; • Descrever o papel dos Enfermeiros na implementação da técnica ISBAR (Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendações), pelos enfermeiros, na transmissão de informação em contexto hospitalar; • Demonstrar a importância de um sistema de comunicação uniformizado no SMI;
--	--

Etapas	Tempo	Desenvolvimento do Tema	Estratégias		Avaliação
			Metodologias	Recursos	
Introdução	1 min	<input type="checkbox"/> Apresentação do Tema <input type="checkbox"/> Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador 	- Participação espontânea dos colegas. - Colocações de questões ao grupo. - Preenchimento da Folha de Avaliação
Desenvolvimento	6 min	<input type="checkbox"/> Apresentação da Técnica ISBAR <input type="checkbox"/> Preenchimento da grelha de orientação para a transição de cuidados. <input type="checkbox"/> Dúvidas	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo • Método Demonstrativo/ Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Grelhas de Orientação • Folha de Avaliação 	
Conclusão	1 min	Avaliação da Sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Método Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Folha de Avaliação 	

Formação em Serviço- Plano de Sessão

Ação de Formação: “ISBAR”- Adoção de uma comunicação eficaz entre os Profissionais de Saúde, promovendo a segurança dos doentes e práticas seguras.

Local: ULS- Unidade de Cuidados Intermédios e Serviço de Medicina Intensiva

Data: a Definir

Formadora: Enf^a Mariana Guimarães

Objetivo Geral: Implementar na UCIP e SMI uma estratégia eficaz de comunicar a informação relativa à pessoa em situação crítica, promovendo a continuidade de cuidados e a segurança do doente, na procura da melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Objetivos Específicos:

- Descrever os principais problemas na comunicação durante o processo de transição de cuidados;
- Identificar novas estratégias de comunicação eficaz, para melhorar a qualidade e segurança na transmissão de informação entre profissionais;
- Descrever o papel dos Enfermeiros na implementação da técnica ISBAR (Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendações), pelos enfermeiros, na transmissão de informação em contexto hospitalar;
- Demonstrar a importância de um sistema de comunicação uniformizado na UCIP e SMI;

Etapas	Tempo	Desenvolvimento do Tema	Estratégias		Avaliação
			Metodologias	Recursos	
Introdução	1 min	<input type="checkbox"/> Apresentação do Tema <input type="checkbox"/> Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador 	- Participação espontânea dos colegas. - Colocações de questões ao grupo. - Preenchimento da Folha de Avaliação
Desenvolvimento	6 min	<input type="checkbox"/> Apresentação da Técnica ISBAR <input type="checkbox"/> Preenchimento da grelha de orientação para a transição de cuidados. <input type="checkbox"/> Dúvidas	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo • Método Demonstrativo/ Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Grelhas de Orientação • Folha de Avaliação 	
Conclusão	1 min	Avaliação da Sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Método Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Folha de Avaliação 	

Apêndice V – Formação em Serviço Apresentação

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INICSA

PROPOSTA DE MELHORIA

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INICSA

Sumário

- Introdução
- Objetivos
- Enquadramento
- Comunicação Efetiva
- Condição
- Bibliografia

Introdução

A transição dos doentes tem sido um dos temas a ganhar uma crescente relevância a nível nacional e internacional, nomeadamente com o progresso e desenvolvimento de literacia científica, no que diz respeito à necessidade de melhorias na transição de cuidados de saúde.

OBJETIVOS

Objetivo Geral
Desenvolver um plano de melhoria eficaz no âmbito da segurança do doente, tendo em consideração o contexto de implementação de medidas de melhoria de qualidade em unidades de cuidados de saúde.

Objetivos Específicos
- Melhorar os processos existentes no âmbito da segurança do doente.
- Implementar novas estratégias de comunicação, visando melhorar a segurança e eficiência na transição de cuidados de saúde.
- Melhorar o nível de literacia científica no âmbito da segurança do doente.
- Avaliar a eficácia das intervenções implementadas.
- Melhorar a qualidade de vida dos doentes e familiares no âmbito da segurança do doente.

ENQUADRAMENTO

Segurança do Paciente - Metas Internacionais

- Identificação correta dos doentes
- Comunicação efetiva
- Segurança de medicação de alta complexidade
- Atuarial segurança para cirurgias
- Redução do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde
- Prevenção de quedas de doentes

Segurança do Paciente Metas Internacionais

A Estratégia Nacional para a Qualidade no Saúde 2007-2010, baseia-se nas implementações estratégicas com o propósito de reduzir o risco de erros clínicos, através de uma estratégia mais eficaz de gestão de risco. Destacam-se várias situações como: informação e formação relativas à segurança do doente, inclusão de estudantes de medicina, eventos adversos e quase acidentes (EAMA, 2009).

Comunicação efetiva

COMUNICAÇÃO EFICAZ

Atualmente, verifica-se uma crescente necessidade de melhorar a comunicação entre profissionais de saúde, visando a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Este documento tem como objetivo apresentar as estratégias de comunicação eficaz, visando a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Evidência Científica

Evidência Científica

As metas de comunicação contribuíram para reduzir 75% das ocorrências de erros de medicação nos Pacientes Críticos, de acordo com o relatório do Instituto de Medicina (IOM, 2008, 2011, p.41).

As metas de comunicação entre profissionais de saúde estão entre as metas de maior sucesso, com taxas de sucesso superiores a 90% em estudos de intervenção de comunicação (Henderson et al., 2009, 2010).

Estima-se que 80% das ações adotadas geram resultados favoráveis de comunicação entre os profissionais de saúde em instituições (Henderson et al., 2010).

TRANSIÇÃO PARA UM NOVO NÍVEL

Esta estratégia tem como objetivo melhorar a comunicação entre profissionais de saúde, visando a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

TRANSIÇÃO

Terminar a passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro.

Transição

Passagem de um estado ou condição para outro estado ou condição.

Podem ser definidos processos de transição em 4 dimensões de transição para o doente e a família:

- 1. Um processo de transição para o doente e a família.
- 2. Um processo de transição para o profissional de saúde.
- 3. Um processo de transição para o sistema de saúde.
- 4. Um processo de transição para o contexto de saúde.

Processo de Transição

O processo de transição é um processo de mudança de estado ou condição de um doente ou de um profissional de saúde.

O processo de transição é um processo de mudança de estado ou condição de um doente ou de um profissional de saúde.

PASSAGEM DE TURNO

A transição de doentes entre profissionais de saúde, é um evento de alto risco no processo de cuidado, uma vez que a má transmissão de informação afeta a segurança do doente, tendo em vista a segurança do doente (MCCLOSKEY, 2011).

Proposta de Melhoria

Objetivo de uma intervenção de melhoria de qualidade de saúde, visando a melhoria da segurança do doente e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

O plano de melhoria para a Segurança dos Doentes (SDO) tem como objetivo, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados de saúde, desde a atenção primária até à atenção terciária, através da implementação de estratégias de melhoria de qualidade, visando a melhoria da segurança do doente e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Segurança do doente

Um doente é seguro em termos de segurança, quando se encontra em condições de segurança, tendo em vista a segurança do doente e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

TÉCNICA ISBAR

Processo de Transição de Cuidados Medidas Eficazes para a segurança do paciente

Trabalho de equipe

Quando se lida em situações críticas, as questões relativas à comunicação e à transição de cuidados ocorrem entre mais pessoas para a pessoa em situação crítica e definida como "aquela que está sendo atendida por vários ou nenhuma de todos de uma ou mais fontes até a sua intervenção depende de sua segurança de vigilância, monitorização e intervenção" (Dóla da República, 2011)

Relação terapêutica Enfermeiro-Paciente

Implementação de Instrumentos Padronizados

19

NORMA DGS (2017)- "Comunicação eficaz na transição de cuidados de Saúde"

20

Metodologia ISBAR, Norma DGS (2017)

Para que isso não ocorra, a DGS redigiu a norma nº 0612017, de 08/02/2017, que refere, que a Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, que visa a utilização da metodologia ISBAR:

Identificação → **Situação** → **Background** → **Avaliação** → **Recomendações**

Aquando da transição de cuidados de saúde, como forma de garantir uma cultura de segurança, na prestação de cuidados de qualidade através de uma comunicação eficaz, propõe-se o uso da técnica (ISBAR) para a transição de cuidados de saúde prevista pela DGS (DGS, 2017).

21

Modelo explicativo da técnica ISBAR, segundo a DGS (2017)

22

I S B A R

Parâmetros de comunicação de comunicação em saúde que é essencial para garantir a segurança do doente na transição de cuidados de saúde.

Essa ferramenta é fundamentada nos valores fundamentais de saúde para sua finalidade: normalização, para proporcionar a melhor qualidade de resposta em situações críticas de transição de cuidados de saúde.

Formas através de formas simples, linguagem compreensível, para serem utilizadas na transição de cuidados de saúde.

23

I S B A R

Identificação Situação Background Avaliação Recomendações

A ferramenta ISBAR é considerada uma técnica de comunicação que aumenta a segurança do doente e considerada como a melhor prática atual para fornecer informações em situações críticas (MULLER, 2016).

24

I Identificação

S Situação

B Background Antecedentes

A Avaliação

R Recomendações

25

I Identificação

S Situação

B Background Antecedentes

A Avaliação

R Recomendações

26

I Identificação

S Situação

B Background Antecedentes

A Avaliação

R Recomendações

27

I Identificação

S Situação

B Background Antecedentes

A Avaliação

R Recomendações

28

I Identificação

S Situação

B Background Antecedentes

A Avaliação

R Recomendações

29

I Identificação

S Situação

B Background Antecedentes

A Avaliação

R Recomendações

30

ISBAR VANTAGENS

Identificação do tempo de passagem de turnos
- Maior unidade de informação
- Melhor comunicação
- Melhor comunicação

Resposta de pessoas seguras
- Melhor comunicação
- Melhor comunicação

Padronização internacional
- Melhor comunicação
- Melhor comunicação

Clareza e organização da informação sobre o paciente
- Melhor comunicação
- Melhor comunicação

Elimina o tempo de preparação
- Melhor comunicação
- Melhor comunicação

Protege o profissional e o doente
- Melhor comunicação
- Melhor comunicação

14/04/2017

31

CONCLUSÃO

Um exemplo com um estudo realizado por Hammer (2014). Este autor afirma que o uso da metodologia ISBAR, levou a um número de erros de comunicação de 100% para 10%, e que a qualidade de vida dos pacientes aumentou em 20%.

32

CONCLUSÃO

Um exemplo com um estudo realizado por Hammer (2014). Este autor afirma que o uso da metodologia ISBAR, levou a um número de erros de comunicação de 100% para 10%, e que a qualidade de vida dos pacientes aumentou em 20%.

33

CONCLUSÃO

Um exemplo com um estudo realizado por Hammer (2014). Este autor afirma que o uso da metodologia ISBAR, levou a um número de erros de comunicação de 100% para 10%, e que a qualidade de vida dos pacientes aumentou em 20%.

34

CONCLUSÃO

Um exemplo com um estudo realizado por Hammer (2014). Este autor afirma que o uso da metodologia ISBAR, levou a um número de erros de comunicação de 100% para 10%, e que a qualidade de vida dos pacientes aumentou em 20%.

35

Dúvidas

36

REFERÊNCIAS

- BRUNO, Silvio Pires. 2006. *Novos Modelos de Avaliação de Impacto Ambiental*. 2006.
- CROCI, Lucio. 2007. *A contribuição da tecnologia de Gestão de Projetos para a Gestão de Qualidade de Saúde*. *Revista de Saúde Pública*, 41(1): 101-109.
- JONES, Peter. 2006. *Qualidade Total*. São Paulo: Elsevier, 2006. 300 p.
- ASSOCIADO. 1994. *ISO 9000*. São Paulo: 2000. 100 p.
- *Modelo de Gestão de Saúde*. 2011. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, 45(1): 1-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/rbvs>. Acesso em: 10/05/2012.



UNIFRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

37

REFERÊNCIAS

- BRUNO, S. P. *Transição para Modelos de Avaliação de Impacto Ambiental e Gestão de Qualidade*. São Paulo: Springer Publishing Company, LLC. Chapter 13. *Developmental Transition*. 2010.
- BRUNO, S. P. *Modelo de Gestão de Saúde*. 2011. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, 45(1): 1-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/rbvs>. Acesso em: 10/05/2012.
- KELLER, M., JAMES, J., FERRARI, D., KILGORE, K., YOUNG, P., & SMITH, S. (2010). *Impact of the communication and control level of the ISO 9000 on patient safety: a systematic review*. *BMJ*. *DOI: 10.1136/bmj.b2010.022002*



UNIFRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

38

REFERÊNCIAS

- BRUNO, Silvio Pires. 2006. *Novos Modelos de Avaliação de Impacto Ambiental e Gestão de Qualidade*. São Paulo: Springer Publishing Company, LLC. Chapter 13. *Developmental Transition*. 2010.
- The Joint Commission. (2011). *Integrating health information technology into the patient care process*. *Joint Commission*, 36(1): 1-10. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/assets/doi/10.1177/0898010110384002>.
- BRUNO, Silvio Pires. 2006. *Novos Modelos de Avaliação de Impacto Ambiental e Gestão de Qualidade*. São Paulo: Springer Publishing Company, LLC. Chapter 13. *Developmental Transition*. 2010.



UNIFRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

39



MUITO OBRIGADA!

UNIFRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

40

Apêndice VI – Questionário de Avaliação de Formação em Serviço

Ação de Formação:				
“ ISBAR ”- Adoção de uma comunicação eficaz entre os Profissionais de Saúde, promovendo a segurança dos doentes e práticas seguras.				
Formadora: Enfª Mariana Guimarães				
Data: 14/10/2021- 20/10/2021				
Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expressa a sua opinião:				
1. Considera a Proposta de Melhoria uma mais-valia para a equipa?				
Muito Importante	Importante	Indiferente	Pouco importante	Nada importante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Qual a importância que atribui ao tema desta ação de formação?				
Muito Importante	Importante	Indiferente	Pouco importante	Nada importante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Considera que a Técnica de ISBAR melhora a Comunicação Eficaz?				
Sim	Não	Sem opinião		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Na sua opinião os conteúdos abordados nesta ação foram adequados para a melhoria da qualidade e segurança da Passagem de turno?				
Muito Importante	Importante	Indiferente	Pouco importante	Nada importante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sugestões e Comentários				
<hr/>				
<hr/>				
<hr/>				

Muito Obrigada!

Apêndice VII- Formulário ISBAR- SClínico

.: ULM - ISBAR .:	
Negotio	Pesquisa
Sair	
Formulário de ISBAR	
Nº Espelho:	INT - 211 12628
Nome:	LUIS MANUEL LOURENCO ESPINHACO
Nome:	LUIS MANUEL LOURENCO ESPINHACO
Data Nascimento:	1944-09-22 77 anos
Situação atual	
Diagnóstico:	
MCDT Realizado:	
MCDT a realizar:	
Antecedentes/Anamnesis	
Antecedentes Relevantes:	
Gravidade Dependência Autocuidados:	
Alergias:	
Medicação domiciliar relevante:	
Isolamento:	
Situação social:	
Avaliação	
Problemas ativos:	
Alterações terapêuticas/Perfusão:	
Glasgow:	
Agitação:	
Pretração:	
SOB:	
Accessos:	Cateter Venoso Periférico CVC Linha Arterial
Dronegros:	
Origem do ar:	BPAP/CPAP OAF O2
Risco nutricional:	Comprometido NÃO comprometido SNG
Risco de Úlcera:	
Risco de Queda:	
Neurologia:	
Perdas:	
Perda Cirúrgica:	
Perda Traumática:	
Eliminação Intestinal:	
Eliminação Vesical:	Alguma Diversa Balanço
Sinal Vital:	
Róme:	
Outras:	
Recomendações	
Plano de Continuidade:	
Revisão de Transferência:	

UR SAM - ISBAE

Pesquisa

Pesquisa de ISBAE

NP Processo IPR:	
NP Especialidade:	Intensivamento
Data de Registro Inicial:	2021-10-22
Data de Registro Final:	
Gravidade Dependência Autonomia:	Severidade Moderado Reduzido
Alergias:	
Isolamento:	Presente Ausente
Situação social:	Comprometida Não comprometida
Agitação:	
Prostração:	
Acesso:	Cateter Venoso Periférico CVC Linha Arterial
Oxigenoterapia:	BIPAP/CPAP OAP O2
Risco nutricional:	Comprometida Não comprometida SNG
Risco de Úlcera:	Alto Risco Baixo Risco
Situação social:	Comprometida Não comprometida
Agitação:	
Prostração:	
Acesso:	Cateter Venoso Periférico CVC Linha Arterial
Oxigenoterapia:	BIPAP/CPAP OAP O2
Risco nutricional:	Comprometida Não comprometida SNG
Risco de Úlcera:	Alto Risco Baixo Risco
Risco de Queda:	Alto Risco Baixo Risco
Maceração:	Presente Ausente
Fendas:	Presente Ausente
Eliminação Vesical:	Alguma Outras Balano
Previsão de Transferência:	
Previsão de Alta:	

Pesquisar

Ul. SM - FSBAR

Resultados para a pesquisa de ZSRAR

№ Episódio	Módulo	Nome	Data Registro	Data Análise
21112660	INT			2021-09-22
21112628	INT			2021-09-22

Exportar Excel

Microsoft Excel

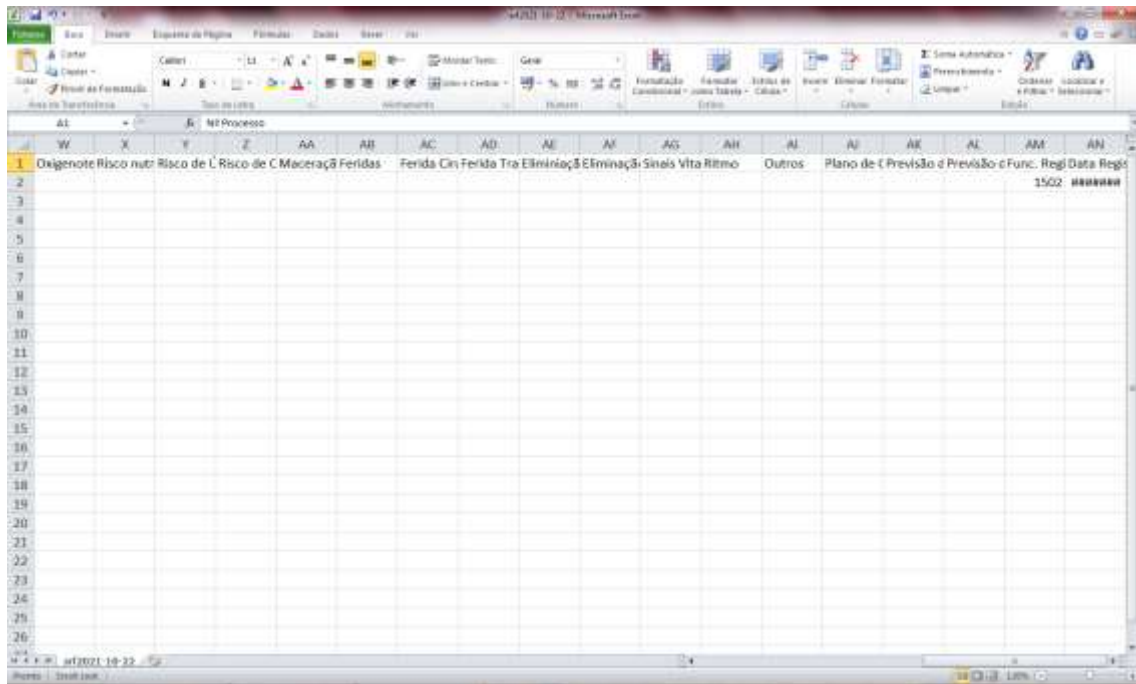
NO Processo

1	№ Proce	№ Episód	Módulo	Nome	Data Nasc	Diagnóstic	MCDT	Res MCDT	a re Anteced	Grav de D	Alergias	Medicaçã	Isolament	Situaçã	s Problema	Alteraçõe	Glasgow	Agitaçõe
2	116871	2,11+07	INT	LUIS MAN	1944-09-21													

Microsoft Excel

NO Processo

1	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ
1	Prostraçã	SOS	Accessos	Drenagem	Oxigenote	Risco nutr	Risco de C	Risco de C	Maceraçã	Feridas	Ferida Cir	Ferida Tra	Eliminaçã	Eliminaçã	Sinais Vita	Ritmo	Outros	Plano de C



APÊNDICE III – “Segurança do Doente e da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência e na Equipa de Emergência Intra-hospitalar: Adoção de Práticas Seguras no âmbito da Identificação e preparação de administração dos fármacos de emergência” Proposta de Melhoria



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO

Segurança do Doente e da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência e na Equipa de Emergência Intra-hospitalar: Adoção de Práticas Seguras no âmbito da Identificação e preparação de administração dos fármacos de emergência.

Proposta de Melhoria

Docente: Prof.^a Doutora Patrícia Coelho;

Discente: Mariana Seabra Guimarães;

Universidade Católica Portuguesa – Porto
Instituto de Ciências da Saúde/ Escola de Enfermagem
Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica-
Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica
(área de enfermagem à pessoa em situação crítica)

Porto, 13 de Dezembro de 2021

Abreviaturas

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde
ASHP- American Society of Health-System Pharmacists
CPR- Conselho Português de Ressuscitação
DEMI- Departamento de Emergência e Medicina Intensiva
DGS- Direção Geral da Saúde
EA - Eventos Adversos
ECG - Escala de Coma de Glasgow
EEMI- Emergência Médica Intra-Hospitalar
EEMIH- Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar
ERC- European Resuscitation Council
ESI - Emergency Severity Index
FAA- Administração Federal de Aviação dos Estados Unidos
HPH- Hospital Pedro Hispano
ICPS - International Classification for Patient Safety
IOM- Institute of Medicine
JCAOH - Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations
JCI- Joint Comission Internacional
NASA- Administração de Aeronáutica e espaço dos Estados Unidos.
OE- Ordem dos Enfermeiros
PCR – Paragem cardiorrespiratória
PDD- Drogas Potencialmente Perigosas
PNSD- Plano Nacional para a Segurança do Doente
RCP - Reanimação Cardiopulmonar
SAV- Suporte Avançado de Vida
SAVP- Suporte Avançado Pediátrico
SDGR- Segurança do doente e a gestão de risco
SIV- Suporte Imediato de Vida
SNS- Serviço Nacional de Saúde
SU- Serviço de Urgência
SUB- Serviço de Urgência Básica
SUMC- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
ULSM- Unidade Local de Saúde Matosinhos

WHO- World Health Organization

ÍNDICE

Capítulo 1: Introdução	177
Capítulo 2: Serviço de Urgência e o Departamento de Emergência Intra-hospitalar	180
Capítulo 3: Proposta de melhoria: Segurança do Doente e da Equipe de Enfermagem nos Serviços de Urgência de Emergência Intra-hospitalar: Adoção de Práticas Seguras no âmbito da Identificação e preparação de administração dos fármacos de emergência	185
3.1 Pertinência da proposta de melhoria no serviço de Urgência.....	191
3.2 Pertinência da Proposta de melhoria na Unidade de Cuidados Intensivos integrada no DEMI.....	193
3.3 Resolução após a Análise dos dados observados no SU, SMI e DEMI.....	194
3.3.1. No Serviço de Urgência.....	196
3.3.2 No contexto do Serviço de Medicina Intensiva (SMI).....	196
3.4 Resultados Obtidos.....	196
Capítulo 4: Conclusão	199
Capítulo 5: Referências Bibliográficas	202
Capítulo 6: APÊNDICES	206
Apêndice I - Cores de fundo para rótulos aplicáveis em seringas que contenham fármacos utilizados durante a anestesia Unidade de Cuidados Intensivos.....	207
Apêndice II- Listagem de Fármacos da Sala de Trabalho.....	208
Apêndice III- Listagem de todos os fármacos por grupo Farmacológico – Sistema de etiquetas por impressão de folhas.....	213
Apêndice IV- Referência dos Códigos de Pedidos do Serviço de Compras da ULS....	221
Apêndice V- Rótulos disponíveis para os Fármacos ST.....	222
Apêndice VI- Orçamento para a sala de Emergência.....	223
Apêndice VII- Orçamento para a sala de Emergência- Fármacos Prioritários.....	224
Apêndice IX- Listagem de Fármacos do carro de emergência.....	226

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Contexto de Erro- Observações realizadas	191
Tabela 2- Orçamento do tipo de Sistema de Rotulagem dos Fármacos	195

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1-Critérios de Ativação Médica Intra-Hospitalar (Manual, 2019)	184
Figura 2- Gráfico de análise	192
Figura 3- cor rótulos ISO-2020.....	194

Capítulo 1: Introdução

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011), Regulamento nº 124/2011, define-se que “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p. 8656).

A OE no Regulamento nº 124/2011, os cuidados de enfermagem especializados 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 possibilitando a manutenção das funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (p. 8656).

Doente Crítico ou de Alto Risco- Indivíduo cuja vida se encontra ameaçada por complicações que poderão surgir fruto de uma disfunção, podendo levar à falência de um ou vários órgãos e que necessita de cuidados e tratamentos imediatos, tratamentos esses que serão altamente diferenciados, bem como, de uma observação contínua e sistemática para deteção e prevenção precoce de novas complicações ou de evolução das existentes. (OE, 2010),

O estágio inserido na UC Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica), decorreu no Serviço de Medicina Intensiva de um Hospital do Norte, no período de 5 de Novembro e 17 de Dezembro, sob a orientação pedagógica ficou a cargo da Sr.^a Prof.^a Doutora Patrícia Coelho, sendo que, a orientação no campo de estágio foi atribuída pela Sr.^a Enf.^a Chefe do SMI elegendo os tutores de Estágio, os EEMC.

Neste sentido, perante a necessidade académica e profissional, ao longo dos estágios detetei a necessidade de desenvolver competências especializadas na assistência à pessoa em situação crítica, nomeadamente na supervisão clínica dos cuidados de enfermagem especializados, desenvolvendo este documento, como proposta de melhoria nos cuidados de Enfermagem. Esta sugestão foca-se essencialmente na adoção de Práticas Seguras no âmbito da Identificação segura da Medicação e diluições dos fármacos de emergência na ULS.

A segurança do doente é considerada uma medida de intervenção para uma assistência de qualidade em todos os níveis de atenção à saúde, no intuito de reduzir ou eliminar agravos ao doente através de pesquisas e práticas assistenciais. (ARAÚJO, 2020)

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety - ICPS*) conceitua de forma clara o Erro como uma falha de execução de um processo de cuidado ou mesmo o uso de um plano inadequado para a necessidade. (ARAÚJO CIT. WHO; 2020, PÁG.6).

As propostas de melhoria têm como objetivo geral: Contribuir para a proposta de melhoria do Departamento de Emergência intrahospitalar, estando este integrado no SMI, local onde decorreu o estágio, com evidências científicas sobre a segurança da preparação dos fármacos do carro de emergência através de um sistema de rotulagem e tabelas de diluições dos fármacos através de um sistema de rotulagem e conhecer as evidências científicas sobre a segurança da preparação da medicação no SU, no SMI e no DEMI. Esta proposta iniciou-se no SU e as suas conclusões vieram a demonstrar a sua pertinência na implementação noutros serviços. De facto, após a reflexão com a equipa do SMI e DEMI, através dos Enfermeiros tutores, verificou-se a necessidade de se dar continuidade à proposta de melhoria adaptando-a às realidades vivências pela EEMIH.

E como objetivos específicos:

- Descrever os principais efeitos adversos encontrados na prestação de cuidados;
- Descrever o papel dos Enfermeiros na notificação do evento adverso.
- Identificar a utilização de protocolos para a correta preparação dos fármacos, nomeadamente na identificação da medicação logo após a diluição da medicação preparada.
- Demonstrar a importância de um sistema de rotulagem numa situação de emergência nomeadamente, na utilização do carro de emergência.

Vários dados indicam que aproximadamente 100 mil pessoas morrem decorrentes de eventos adversos o que representa um problema da segurança ao paciente que traz não só riscos à vida, mas também aumento nos custos da assistência (ARAÚJO CIT. OLIVEIRA, 2020, PÁG.6).

Assim, a Ordem dos Enfermeiros, no seu estatuto, que foi homologado pelo Decreto-Lei nº 104/98 tem como principal competência a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população através da definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, os quais alicerçam a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2010).

Neste sentido, com a elaboração deste documento, foi empregue a metodologia descritiva, fundamentada com base na análise de resultados descritos em artigos científicos, através diferentes fontes de informação como: em base de dados e de pesquisa bibliográfica.

Este trabalho foi uma mais-valia para mim como futura enfermeira mestre, uma vez que, permitiu a consciencialização de que a excelência profissional deverá ter como modelo e alicerce a evidência científica, que é conseguida através da investigação clínica dos enfermeiros, com o objetivo de investigarem, atualizarem e adquirirem novos conhecimentos, contribuindo assim para uma Enfermagem avançada.

Assim sendo, com o desenvolvimento das competências de investigação, das quais se destacam: aquisição de conhecimento na área da gestão de risco, na gestão de recursos humanos e materiais, na promoção de práticas seguras na administração dos fármacos na ULS à pessoa em situação crítica, na gestão e controlo da dor e de efeitos adversos, na supervisão e gestão dos cuidados e, restantes atividades, alicerçaram a importância do enfermeiro especialista descritas neste documento.

Por fim, a elaboração deste documento visa sensibilizar os profissionais de Enfermagem da ULS, através da equipa do departamento de emergência intra-hospitalar e da equipa do serviço de urgência, na implementação e uniformização dos procedimentos, garantindo uma preparação da medicação segura para o doente e profissional, prevenindo eventos adversos e aperfeiçoando a qualidade de prestação de cuidados. Relativamente à proposta de melhoria descrita neste documento foi organizada e sistematizada em capítulos. Inicialmente será apresentada uma introdução, seguida de um enquadramento sobre o serviço de urgência e do Departamento de Emergência Médica, Padrões de qualidade e erros de medicação. No capítulo seguinte encontra-se desenvolvida a proposta de melhoria implementada no serviço de urgência e na unidade de medicina intensiva, que consistiu, na identificação dos medicamentos de alto e baixo risco após a sua diluição e antes da sua administração no paciente em situação crítica através da implementação de tabelas com as corretas diluições dos fármacos nos carros de emergência, assim como, a implementação de um sistema de rotulagem para diminuição do erro e de risco. Por último, encontra-se descrita a conclusão.

Capítulo 2: Serviço de Urgência e o Departamento de Emergência Intra-hospitalar

O curso de mestrado principiou com a UC “A pessoa em situação Crítica em Família – Vigilância e Decisão Clínica”. A concretização desta UC envolveu um estágio de 180 horas, num SU de um Hospital no Norte do País. Este serviço de Urgência “está inserido no Departamento de Emergência e Medicina Intensiva (DEMI), sendo este um serviço diferenciado, que dão uma resposta rápida e diferenciadora, com o encaminhamento de situações agudos e emergentes e/ou em situação crítica direcionando as PSC para os locais mais apropriados. No seguimento desta UC, sucedeu-lhe a UC “Estágio e Relatório Final”, onde um dos contextos de estágio decorreu no SMI.

Ao longo do estágio no serviço de urgência, através da observação e desenvolvimento do pensamento crítico como futura mestre, detetei uma oportunidade de melhoria para a equipa, sendo esta transversal a qualquer serviço.

A elaboração da proposta de melhoria, visou sensibilizar os profissionais de Enfermagem da instituição, através da equipa EEMIH e da equipa do SU, na implementação e uniformização dos procedimentos, garantindo uma preparação da medicação segura para o doente e profissional, prevenindo eventos adversos e aperfeiçoando a qualidade de prestação de cuidados.

Nas últimas décadas os erros na administração de medicamentos têm sido encarados como problema relevante nos serviços de saúde, podendo ser resultante de vários fatores. O enfermeiro exerce papel singular nas ações de implementação terapêutica uma vez que é de sua alçada a responsabilidade da correta administração dos medicamentos (ARAÚJO CIT. GIMENES; 2020, PÁG.6).

O termo erros de medicação é a definição do uso ou administração de indeterminadas substâncias, inadequadamente podendo causar prejuízos ao ser humano. Tais erros poderiam ser evitados e podem estar relacionados a várias etapas da medicação desde a prescrição até a infusão/administração (WHO, 2009).

No contexto das unidades de saúde de urgência e emergência, as equipas de enfermagem enfrentam desafios graves que podem obstaculizar o cuidado seguro, como a superlotação, fator este, que está frequentemente associado à colonização de pacientes, risco de contaminação cruzada, e, conseqüentemente, aumento da morbidade e mortalidade dos mesmos. Sendo atualmente mais evidente com a Pandemia Covid-19. Soma-se a isto a rotatividade e dinâmica de atendimento que agrega fatores como o stress e escassez de

profissionais. Esta realidade acarreta uma maior dificuldade na implementação de uma assistência adequada e livre de riscos. (GERÔNIMO, 2020)

Nas últimas décadas os erros na administração de medicamentos têm sido encarados como problema relevante nos serviços de saúde, podendo ser resultante de vários fatores. O enfermeiro exerce papel singular nas ações de implementação terapêutica uma vez que é de sua alçada a responsabilidade da correta administração dos medicamentos (ARAÚJO CIT. GIMENES; 2020, pág.6).

Em relação ao Departamento de Emergência e Medicina Intensiva (DEMI) da ULS dão resposta, fazem o encaminhamento de situações agudas e emergentes e/ou em situação crítica preparando as equipas da ULS a darem uma resposta eficaz à pessoa em situação crítica e". (ULSM, 2020; p. 12).

As emergências intra-hospitalares revelam um desafio gradual relativamente à Segurança do Doente e a Gestão de Risco (SDGR) nos hospitais. Estudos efetuados na Austrália e nos Estados Unidos apontam que os eventos adversos (EA) graves contribuem para cerca de 400 000 mortes por ano. Estes eventos são precedidos por sinais de instabilidade em 80% dos casos, o que justificou a implementação de equipas de emergência médica intra-hospitalar (EEMI) para tratar doentes hospitalizados em risco de sofrer um EA (QUACH et al., 2008)

Os pacientes que sofrem paragem cardiorrespiratória (PCR) apresentam sinais e sintomas que refletem uma instabilidade fisiopatológica, muitas horas antes da ocorrência da PCR. Por este motivo, é fundamental o reconhecimento precoce dos doentes críticos, seguido de uma intervenção adequada e atempada, pode de facto evitar a PCR e desta forma melhorar o prognóstico destes doentes.

Uma realidade que podemos de facto verificar em contexto hospitalar é que os profissionais de saúde que prestam os cuidados diretos ao paciente, são os que mais se deparam com situações que justificam a ativação da Equipa de Emergência Intra-hospitalar (EEMIH). E por este motivo, esta equipa desenvolveu um modelo assistencial que permite a deteção precoce do doente crítico, ativação precoce da EEMIH e a resposta operacionalizada da ajuda diferenciada.

A EEMIH realizou uma monitorização e umas auditorias contínuas ao sistema que se propôs, que evidenciaram que o número de chamadas por PCR diminuiu de forma significativa. Isto fez com que, se pudesse chegar a conclusão que a existência de um sistema organizado de EMI contribui para uma melhor assistência à pessoa em situação crítica que se encontram fora das unidades de cuidados intensivos, contribuindo para uma melhoria do desempenho de

todos os profissionais de saúde do hospital, de uma forma generalizada, quer através do ensino maciço do suporte básico de vida (SBV), quer através da participação ativa nas situações de emergência. (MANUAL, 2019)

A coordenação da EMI está na dependência do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e os seus responsáveis médicos e de enfermagem são nomeados pela Direção do SMI. Esta EMI tem como missão, segundo o Manual do DEMI, promover, em articulação com o Centro de Formação, a formação em SBV, Suporte Imediato de Vida (SIV), Suporte Avançado de Vida (SAV) e Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP) dentro da instituição, com acreditação do Conselho Português de Ressuscitação (CPR), assegurando que todos os profissionais da instituição tenham a formação necessária, mediante a sua área de intervenção, para participarem na cadeia de sobrevivência.

Eventos adversos são frequentemente associados ao erro humano individual. Contudo, no cenário de urgências/emergências devem-se considerar também como fatores desencadeantes de erros as condições de trabalho, como: superlotação de pacientes, alta carga de trabalho, interrupções do processo assistencial e gerenciamento simultâneo de múltiplas tarefas, as quais aumentam a complexidade das atividades desenvolvidas cujas situações predispõem a riscos de eventos adversos. (SILVA, 2019)

Nos serviços de urgência e emergência, assim como, no departamento de emergência médica, o raciocínio clínico e a tomada de decisões seguras implicam e exigem dos profissionais uma atuação rápida e segura. Esses eventos, atrelados à rigidez dos protocolos assistenciais, expõem os profissionais a situações stressantes que podem resultar em déficits na qualidade do cuidado emergencial. Nesse aspeto, a literatura aponta que 50% dos eventos adversos seriam evitáveis. Dentre aqueles mais frequentemente ocorridos em unidades de emergência, esses são passíveis de prevenção. (SILVA, 2019)

O ritmo intenso de trabalho nos serviços de emergência torna os profissionais suscetíveis às falhas excessivas durante a execução de suas tarefas, circunstância que pode impactar negativamente nos resultados assistenciais. Outras pesquisas apontam a ausência de planeamento organizacional e troca de informações acerca do paciente durante a execução do cuidado, como fatores que desviam a atenção do profissional no trabalho. Considerando tais fatores, um dos artigos analisados nesta revisão sugere que interrupções desnecessárias comprometem a organização da assistência, por facilitar a ocorrência de incidentes no processo de administração de medicamentos, como erros na administração e reações adversas. (SILVA, 2019)

Nos serviços da ULS, o raciocínio clínico e a tomada de decisões seguras implicam e exigem dos profissionais uma atuação rápida e segura e, para que tal aconteça, o DEMI assume um papel crucial na formação de todos os profissionais. Esses eventos, atrelados à rigidez dos protocolos assistenciais, expõem os profissionais a situações stressantes que podem resultar em déficits na qualidade do cuidado emergencial. Nesse aspeto, a literatura aponta que 50% dos eventos adversos seriam evitáveis. Dentre aqueles mais frequentemente ocorridos em unidades de emergência, esses são passíveis de prevenção. (SILVA, 2019)

Outras pesquisas apontam a ausência de planeamento organizacional e troca de informações acerca do paciente durante a execução do cuidado, como fatores que desviam a atenção do profissional no trabalho. Considerando tais fatores, um dos artigos analisados nesta revisão sugere que interrupções desnecessárias comprometem a organização da assistência, por facilitar a ocorrência de incidentes no processo de administração de medicamentos, como erros na administração e reações adversas. (SILVA, 2019)

A EEMIH é constituída por um médico Emergencista e por um enfermeiro do SMI, normalmente Enfermeiro especialista em Médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica. Estes profissionais encontram-se a exercer funções no SMI ou na sala de Emergência, em acumulação com as funções do EEMIH, permitindo o modelo de organização supletividade em permanência. O enfermeiro tem de ter pelo menos formação em SIV e treino no tratamento de doentes críticos. (MANUAL, 2019)

A ativação da equipa de EEMIH é acionado através do número único de emergência: 2222 que ativa um telefone localizado no SMI. Este número foi determinado pela *European Resuscitation Council* (ERC) e do Conselho Português de Ressuscitação (CPR), para que criasse um número uniforme em toda a Europa. Após a ativação do 2222, quem recebe a chamada dá o alerta imediato ativando os dois profissionais escalados através dos telefones móveis.

A JCI recomenda, como medida de qualidade e de segurança, o reconhecimento das alterações do estado de saúde do utente por todos os profissionais de saúde, pois grande número de utentes internados em serviços não críticos, podem vivenciar situações críticas. A presença precoce de deterioração do estado clínico dos utentes, determina a altura ideal para a sua identificação e atuação por profissionais treinados (JCI, 2014).

Figura 6-Critérios de Ativação Médica Intra-Hospitalar (Manual, 2019)

Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMIH) <i>Critérios de Ativação</i>		
A	<i>Via Aérea</i>	Permeabilidade Ameaçada
B	<i>Respiração</i>	Paragem Respiratória Frequência Respiratória < 5 ou > 35
C	<i>Circulação</i>	Paragem Cardíaca Frequência Cardíaca < 40 ou > 140 Tensão Arterial Sistólica < 90mmHg
D	<i>Neurológico</i>	Alteração súbita do estado de consciência Diminuição da Escala Coma de Glasgow > 2 pontos Convulsões repetidas ou prolongadas
Outras	<i>Profissional Preocupado</i>	

Os algoritmos e critérios de ativação, que se encontram na figura 1, baseiam-se nas orientações pré-determinadas pela *European Resuscitation Council* em Portugal. Estes encontram-se afixados em todos os serviços e em locais de fácil visibilidade para todos os profissionais da instituição.

É importante salientar que maioria dos carros de emergência da ULS têm na sua constituição um monitor desfibrilhador. Os serviços que não têm na sua constituição recebem formação e sabem a que serviço deve recorrer em caso de ativação da EEMIH. Para que seja mais fácil para os profissionais esclarecerem as suas dúvidas encontram-se disponível no manual do departamento de emergência a planta topográfica com a devida localização dos carros de emergência e desfibrilhadores). (MANUAL, 2019)

A manutenção dos carros de emergência é da responsabilidade do Enfermeiro chefe de cada serviço. Os conteúdos dos carros de emergência estão previamente definidos pela EMI para que haja uma uniformização do seu conteúdo.

Capítulo 3: Proposta de melhoria: Segurança do Doente e da Equipa de Enfermagem nos Serviços de Urgência de Emergência Intra-hospitalar: Adoção de Práticas Seguras no âmbito da Identificação e preparação de administração dos fármacos de emergência.

A terapêutica medicamentosa é amplamente utilizada em Unidades de Terapia Intensiva, serviço de urgência e do bloco operatório e em quantidades maiores, se comparada às outras unidades de internamento. Sendo que, que isto é um reflexo do tipo de assistência prestada, que se caracteriza por situações clínicas graves e intervenções de enfermagem complexas.

O processo de administração de medicamentos é propenso a erros e são diversas as razões para a ocorrência desse evento adverso, podendo ocorrer em qualquer fase do sistema de medicação e envolver qualquer um dos inúmeros medicamentos disponíveis, inclusivamente aqueles considerados como de alta vigilância. Os medicamentos de alta vigilância, igualmente conhecidos como de alto risco ou potencialmente perigosos, são aqueles com maior potencial de desencadear danos graves, visto que, prolongam o tempo de internamento e de recuperação, expõem o paciente a um maior número de procedimentos e medidas terapêuticas. Além de tudo, podem desencadear consequências mais sérias para o paciente, como a morte, em que incorre um erro no curso de sua utilização.

Corroborando com o fato mencionado, estudos realizados por HÄRKÄNEN et al., (2015) e por KEERS et al., (2013) revelaram que a cada cinco medicamentos administrados ao paciente ocorre um erro. Com o objetivo de reduzir essas intercorrências, algumas tecnologias em saúde vêm ganhando espaço na Enfermagem. A tecnologia está presente em todas as etapas de cuidado, sendo considerada ao mesmo tempo um processo e um produto. O desenvolvimento e a implementação da tecnologia do cuidado na prática clínica poderão beneficiar a qualidade da assistência prestada e a ocorrência do menor número possível de erros evitáveis. Uma dessas tecnologias correspondem ao uso de rótulos adesivos para identificar os dispositivos que levam os medicamentos ao paciente. Foi desenvolvida pela Sociedade Internacional de Anestesiologia. Utilizam-se cores e formas diferentes, considerando a classe medicamentosa, além da localização do texto e do tamanho da fonte. Apesar de ser uma estratégia implementada pela Sociedade Internacional de Anestesiologia, esta estratégia de cores na rotulagem dos fármacos é transversal aos serviços das unidades

hospitalares, destacando-se de forma mais evidente os serviços de Urgência e as unidades de cuidados intensivos.

Em 2008, a Organização Internacional de Normalização (ISO) publicou a norma ISO 26825, referente à padronização da rotulagem das etiquetas de medicamentos baseada no método descrito. Em 2013, a Comissão Australiana de Segurança e Qualidade em Cuidados de Saúde publicou as recomendações para monitorar a identificação de medicamentos para ser utilizados em todos os serviços de saúde da Austrália baseados na rotulagem por código de cores. A padronização das rotulagens dos medicamentos por cores é utilizada em unidades de terapia intensiva na Europa, tendo um grande impacto na melhoria da segurança do paciente e na redução dos erros de medicações.

A ocorrência de eventos iatrogênicos na assistência põe em risco a vida de pacientes e tem merecido atenção dos enfermeiros na procura de cuidados que garantam o menor risco possível. (PESSALACIA, 2012)

A assistência à saúde isenta de riscos e falhas ao paciente é um objetivo a ser atingido pelos profissionais da saúde e um compromisso da formação profissional. (PADILHA; 2010)

Em 2015, a *American Society of Anesthesiologists* fez uma declaração apoiando a rotulagem de medicamentos codificados por cores. (ASA, 2020).

Há nove cores de rótulos, e cada cor representa uma classe específica de medicamento, de acordo com a *American Society for Testing and Materials* (Figura 2).

Consideramos que os rótulos de medicamentos codificados por cores aumentam a segurança do paciente. Pesquisas evidenciam que a cor executa uma função fundamental na identificação de objetos. O Departamento de Defesa dos Estados Unidos, a Administração Federal de Aviação dos Estados Unidos (FAA), a Administração Nacional de Aeronáutica e Espaço dos Estados Unidos (NASA) e praticamente todos os diferentes setores aplicam a codificação por cores para reduzir erros humanos. Por quê? Porque a codificação por cores é um elemento essencial da engenharia de fatores humanos. (ASA CIT. METRIC.; 2020)

James Reason, PhD, é o psicólogo responsável pela Teoria do Queijo Suíço, famoso modelo de erros. Esse modelo expõe como múltiplas falhas pequenas têm de estar alinhadas para que um erro chegue ao paciente. Na anestesia, esforçaram-se para criar medidas de prevenção que impossibilitassem a ocorrência de erros, de forma a que estes sejam detetados antes de atingirem o paciente. (ASA, 2020).

A principal consideração para a concepção e utilização de rótulos para seringas, sacos de infusão de drogas e recipientes de medicação deve ser a redução de erros de medicação e,

portanto, cuidados mais seguros para o paciente. Isto é particularmente verdade para os medicamentos potentes usados na prática da anestesiologia. (ASA, 2020)

Teor de etiquetas: Seringas: O nome e concentração genéricos do fármaco (em unidades por ml) devem ser os itens mais proeminentes apresentados no rótulo de cada seringa. A data e a hora da preparação, bem como as iniciais ou nome do preparador, também devem ser incluídas. O nome e a rota de administração do paciente também podem ser impressos no rótulo.

O texto no rótulo deve ser concebido para aumentar a legibilidade do nome e concentração do fármaco, tal como recomendado em ASTM D4267, Especificação Padrão para Rótulos de Pequeno Volume (100 ml ou menos) Recipientes de Medicamentos Parentéricos, ASTM D6398, Prática Padrão para Melhorar a Identificação de Nomes de Fármacos nos Rótulos, ASTM D4774, Especificação Padrão para Rótulos de Medicamentos Aplicados ao Utilizador em Anestesiologia, ASTM D4775, Especificação Padrão para identificação e configuração de seringas pré-preenchidas e sistemas de entrega de medicamentos (excluindo pacotes a granel de farmácia) e ISO 26825:2008.

Cores reservadas: Nove classes de fármacos geralmente utilizados na prática da anestesiologia têm cores de fundo/texto padrão estabelecidas para rótulos de seringa aplicadas pelo utilizador por ASTM D4774-11, Especificações padrão para rótulos de medicamentos aplicados ao utilizador em anestesia e ISO 26825:2020, equipamento anestésico e respiratório – Etiquetas aplicadas pelo utilizador para seringas que contenham drogas usadas durante a anestesia – Cor, design e desempenho (que especifica apenas oito; bloqueadores beta não estão incluídos): (1) Agentes de indução; (2) Benzodiazepinas e seus antagonistas; (3) Os bloqueadores neuromusculares e os seus antagonistas; (4) Os opióides e os seus antagonistas; (5) Antiemética; (6) Vasopressores e agentes hipotensivos; (7) Anestésicos locais; (8) Agentes anticolinérgicos; e (9) Bloqueadores beta). O texto é preto na cor de fundo especificada para a maioria dos agentes agonistas, e é preto na cor de fundo especificada às riscas brancas para a maioria dos agentes antagonistas. Para dois medicamentos especiais, succinylcoline e epinefrina, o texto é a cor especificada numa barra de fundo preta no topo da etiqueta.

Estes medicamentos são frequentemente administrados em situações de alta acuidade, em ambientes com alta carga de trabalho, fraca visibilidade e múltiplas distrações. Em primeiro lugar, todos os medicamentos e soluções que não são administrados imediatamente devem ser rotulados.

Um medicamento que é administrado imediatamente é definido como aquele que é preparado ou obtido, tomado diretamente para um paciente, e administrado a esse paciente, sem qualquer interrupção no processo. Em segundo lugar, cada medicação deve ser rotulada logo que esteja preparada, que é quando é retirada da sua embalagem original e transferida para outro recipiente.

Em terceiro lugar, o rótulo deve incluir as seguintes informações: nome da medicação ou solução, resistência, quantidade da medicação ou da solução que contenha a medicação (se não for aparente do recipiente), nome e volume diluentes (se não for aparente do recipiente), e ou o tempo de validade (quando o prazo de validade ocorra em menos de 24 horas) ou a data (quando não for utilizado no prazo de 24 horas).

No entanto, a data e a hora não são necessárias para procedimentos curtos, conforme definido pela organização. Finalmente, qualquer medicação ou solução encontrada sem rótulo deve ser descartada. Foi recomendado que a etiqueta fosse aplicada diretamente abaixo das linhas de gradação de modo que a escala, o nome, a resistência e a dose do fármaco fossem visíveis durante a administração. (ASA CIT. GRISSINGER; 2020)

A legibilidade e reconhecimento de cor: as normas ASTM20 e ISO21 especificam a codificação de cores para etiquetas de seringa. Os incidentes com medicamentos ocorrem independentemente da via de administração. No entanto, a via intravenosa expõe o paciente a um maior risco (Silva, 2013)

Um estudo espanhol verificou que 50% dos erros de medicação ocorreram ao se utilizar a via IV (ASA CIT. MARQUES; 2020)

Os rótulos de medicamentos codificados por cores têm dois propósitos: Em primeiro lugar, eles atuam como sinais redundantes no reconhecimento de objetos, indicando a classe do medicamento por meio da cor, além do texto. Em segundo lugar, eles promovem a diminuição de erros. (ASA, 2020).

A troca de seringas é o ato responsável por aproximadamente 20% de todos os erros medicamentosos. Os rótulos codificados por cores pretendem conter as trocas de seringas para medicamentos da mesma classe. Por conseguinte, se houver troca de seringa, a estratégia inicial de administração certamente será a correta. (ASA, 2020).

A ausência de mecanismos que diminuam ou que bloqueiem o erro antes de afetar o cliente (consumidor final) é um dos pressupostos para o aumento crescente de erros com medicamentos no ambiente hospitalar. Não se projetam mecanismos para prevenção e

correção desses erros devido ao fato de que se trabalha com a crença de que o profissional de enfermagem não está sujeito a cometê-los. (SILVA CIT. LOPEZ; 2018)

As formas ou preparações de apresentação dos medicamentos são variadas e isso vai indicar a sua via de administração. As principais formas de apresentação das medicações são a drágea, a cápsula, o elixir, o comprimido de revestimentos entérico, loções, pomadas, pílulas, solução, supositório, comprimido, pastilhas, entre outros.

O profissional de enfermagem deve ter a certeza do uso correta quanto à sua forma e em relação à via de administração. Existem diferentes vias para a administração de um medicamento (oral, sublingual, parenteral, intradérmica, subcutânea, intramuscular e intravenosa). Por isso, o significado da prescrição da via depende das propriedades e dos efeitos desejados em relação ao medicamento e das condições físicas e mentais do paciente. A velocidade de absorção de cada via é distinta. Acredita-se que os eventos adversos relacionados aos medicamentos podem acontecer em qualquer etapa do processo, ou seja, na prescrição, transcrição, distribuição, administração e monitorização das reações adversas. Neste contexto, a prescrição medicamentosa apresenta um papel crucial na prevenção destes eventos e, atualmente, sabe-se que prescrições ambíguas, ilegíveis ou incompletas, assim como a inexistência de uma padronização da nomenclatura de medicamentos prescritos (nome comercial x genérico); uso de abreviaturas e a presença de rasuras são fatores que podem contribuir com os eventos adversos. (SILVA, 2018)

O processo de administração das medicações é da competência de todos os membros envolvidos na prestação do cuidado em saúde, entretanto o enfermeiro é responsável pelo planejamento, orientação e supervisão das ações relacionadas à terapia medicamentosa. É fundamental obter todos os conhecimentos sobre a droga a ser administrada, a sua ação, via de administração, as interações e efeitos adversos, a fim de evitar um erro de medicação, este assunto tem sido debatido pelo mundo, tendo em vista que a segurança dos pacientes, é um ponto importante no âmbito da saúde. (OLIVEIRA CIT. FERREIRA; 2019)

Segundo a Organização Mundial de Saúde– OMS (2017), a administração de medicação insegura e erros de medicação são uma das causas com alto índice de ocorrência no espectro das lesões e danos evitáveis em sistemas de saúde, erros como esses geram custos altíssimos anualmente por todo mundo, situações assim, podem causar danos gravíssimos e até óbitos. (OLIVEIRA et al., 2019)

Num serviço como o SU e o SMI esta rotatividade e grande afluência de pessoas e dos seus familiares, as interrupções são frequentes e podem levar a erros e omissões de medicação. (PRATA, 2017)

Como consequências para o enfermeiro, estes valorizam sobretudo o impacto negativo (culpa, pânico, ansiedade), identificando também a oportunidade de aprendizagem individual, servindo de prevenção para que não ocorra em situações futuras. Quando se apercebem do erro, os enfermeiros adotam de imediato estratégias de redução do dano, nomeadamente aumentando a vigilância e chamando ajuda especializada.

Os enfermeiros assumem, neste contexto, um papel central na promoção da segurança dos doentes. Ao constituírem a interface da saúde com o doente são basilares quer na prevenção de falhas quer na deteção de falhas ocorridas precedentemente. O Código Deontológico do enfermeiro admite que cabe ao enfermeiro o dever de zelar pela segurança do doente e garantir a qualidade dos cuidados (Prata cit. OE, 2017)

A proposta de melhoria foi implementada em dois campos de estágio integrados no Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialização na área de Enfermagem à pessoa em situação Crítica: no serviço de urgência e na unidade de cuidados intensivos, da qual faz parte o Departamento de Emergência Intra-Hospitalar.

Em conformidade com o que foi descrito anteriormente, tendo por base a evidência científica desenvolvi algumas estratégias potenciadoras de segurança na administração de medicação, uma vez que, sempre que a EEMIH era acionada, a medicação de emergência que era preparada, nunca foi rotulada/identificada, aumentando o erro e suscitando dúvidas sobre que fármaco estava presente naquela seringa, aumentando o risco de segurança da PSC e do profissional.

No que se refere à prevenção de erros, diversos estudos referem que os participantes consideram a rotulagem com código de cores adequada na deteção de falhas na administração e na monitorização dos medicamentos de infusão contínua, evitando erros no processo.

Outro estudo com um delineamento de pesquisa semelhante obteve 93% de resultado favorável da equipa de Enfermagem ao constatar que houve uma melhoria na identificação de erros de administração de medicamentos utilizando essa tecnologia. De acordo com os dados recolhidos, esse sistema de rotulagem facilita a orientação e a identificação dos erros de administração de medicamento em via errada. (PORAT, 2018)

Nos próximos dois subcapítulos encontram-se descritos o processo de observação, análise dos dados recolhidos e resultados obtidos, que permitiram fundamentar a pertinência da proposta de melhoria, no contexto do SU e no contexto do SMI.

3.1 Pertinência da proposta de melhoria no serviço de Urgência

No Serviço de Urgência da ULS foi possível constatar que: face às características clínicas dos doentes atendidos no serviço de urgência, a intervenção medicamentosa, nomeadamente de medicamentos com alto poder de ação, é frequente tornar-se uma aliada no processo de recuperação. Assim, a administração de medicamentos exige um cuidado intenso e requer conhecimentos específicos e especializados, pois qualquer falha durante esta atividade pode trazer consequências graves, tais como reações adversas, reações alérgicas e erros de medicação, os quais podem ser irreversíveis e devastadores. Recentes estudos evidenciam que erros na administração e preparação de medicamentos representam uma triste realidade do serviço de saúde, repercutindo-se negativamente nos indicadores de assistência e nos resultados institucionais. (PRATA, 2017)

Ao longo do estágio no SU comprovei que não existe uma uniformização na preparação da medicação de baixo e alto risco, sendo que, após a sua diluição ou preparação não são identificados com o nome, dosagem, hora e data, numa situação de emergência. Ou seja, nas diversas valências do SU maioria dos profissionais de Enfermagem não escrevem nas seringas o medicamento preparado como é contemplado pelos 5 certos e 9 certos, preconizados pela DGS, colocando em risco a segurança do doente e do profissional.

Perante a reflexão e deteção destas situações de risco no local de estágio, mas também no serviço onde exerço funções, foi elaborada uma tabela de registo de observações do número de vezes que os fármacos preparados em seringas não estavam identificados no SU (Tabela 1).

Tabela 2- Contexto de Erro- Observações realizadas

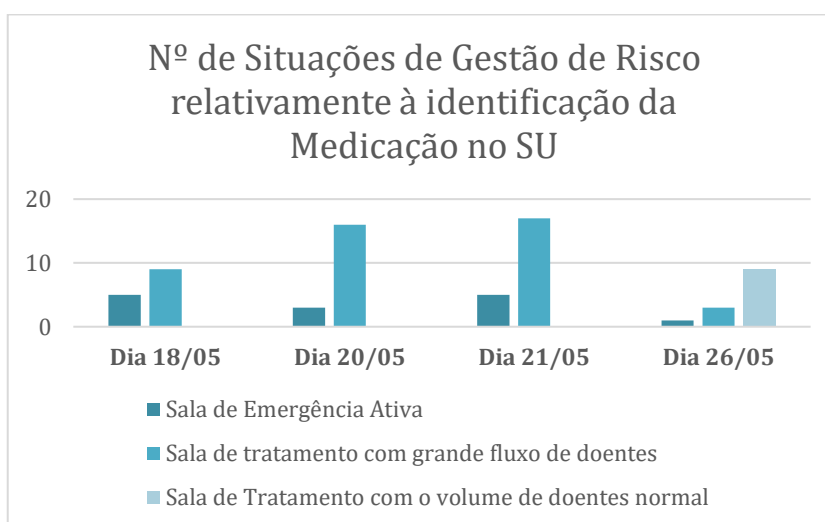
	Datas de Observações	18/05	20/05	21/05	26/05
Contexto de erro- não identificação da medicação preparada	Sala de Emergência Acionada	5 situações	3 situações	5 situações	1 situação
	Sala de Tratamento com grande fluxo de doentes	9 situações	16 Situações	17 Situações	3 Situações
	Sala de Tratamento Com o volume de doentes normal	-----	-----	-----	9 Situações

Foram realizadas 4 dias de observações no Serviço de Urgência, sendo que, foram avaliadas 3 situações diferentes, mas frequentes no serviço em análise, sendo estas as seguintes: quando a sala de emergência está acionada, quando a sala de trabalho apresenta um grande fluxo de doentes e quando a sala de trabalho apresenta um volume de doentes normal.

Após a observação foi possível constatar que quando a sala de emergência é acionada ocorrem algumas situações de não rotulagem/não identificação dos fármacos preparados, aumentando o risco de erro.

Relativamente às situações que ocorrem na sala de trabalho com grande fluxo de doentes o número de situações de risco de erro aumentam de forma evidente, como é possível observar na Figura 2.

Figura 7- Gráfico de análise



Após a análise dos dados percebemos que fundamental a identificação dos fármacos, surgindo assim, a proposta de melhoria exposta neste documento com a possível rotulagem das seringas preparadas na Sala de emergência e na sala de trabalho.

Muitas vezes, não é possível detetar as consequências dos erros que advém dessa ausência de identificação. Posto isto, a verificação com vista à prevenção das ocorrências de erros e danos para o doente passa pela validação dos 5 certos.

Podemos assim concluir que na sala de trabalho, quando o volume de doentes é normal percebemos que maioria das vezes a medicação é identificada com um marcador, sendo que, ao analisarmos a tabela 1, percebemos que num dos dias ocorreram 9 situações de não identificação de fármacos. Perante este resultado é possível que este deficit de identificação esteja relacionado com a rotina, cansaço, performance dos profissionais, entre outros fatores.

Através desta proposta de melhoria que se encontra exposta seguidamente, pretendo promover uma prestação de cuidados de enfermagem mais segura e eficaz, tanto para os doentes, assim como, para os profissionais.

3.2 Pertinência da Proposta de melhoria na Unidade de Cuidados Intensivos integrada no DEMI.

Após a observação, desenvolvimento e análise dos dados observados na equipa em contexto de estágio do SMI, detetei uma oportunidade de melhoria para a equipa do departamento de Emergência intra-hospitalar.

Através desta proposta de melhoria pretendo promover uma prestação de cuidados de enfermagem segura tanto para os doentes, assim como, para os profissionais. Comprovei que, tal como, no serviço de urgência, na unidade de cuidados intensivos, apesar da existência de um método para uma uniformização na preparação da medicação de alto risco com a devida identificação, nem sempre ocorrem numa situação de emergência.

Outras situações detetadas foram: nas diversas situações de emergência, em que a equipa do Departamento de Emergência Intrahospitalar foi acionada, maioria dos profissionais de Enfermagem não identificavam as seringas com o medicamento preparado como é contemplado pelos 5 certos e 9 certos, nem utilizavam qualquer tipo de rotulagem/não identificação dos fármacos preparados aumentando o risco de erro. Além disso, a maioria dos profissionais apresentavam dúvidas na diluição ou preparação dos fármacos de Emergência. Ou seja, com o défice de conhecimento há um maior risco de erro para o doente e profissional envolvidos.

É importante reforçar que muitas vezes, não é possível detetar as consequências dos erros que advém dessa ausência de identificação dos fármacos de Emergência. Posto isto, a verificação com vista à prevenção das ocorrências de erros e danos para o doente passa pela validação dos 5 certos ou dos 9 certos preconizados pela DGS.

Após a reflexão com um dos elementos responsáveis pelo DEMI, percebemos que é fundamental a identificação dos fármacos e a correta diluição dos fármacos de emergência, surgindo assim, a proposta de melhoria exposta neste documento com a possível rotulagem das seringas de medicação emergente, assim como, a colocação nos carros de emergência de tabelas de diluições dos fármacos emergentes. Em conformidade com o que foi descrito

anteriormente, tendo por base a evidência científica desenvolvi algumas estratégias potenciadoras de segurança na administração de medicação.

3.3 Resolução após a Análise dos dados observados no SU, SMI e DEMI.

Através dos dados observados, recolhidos e analisados no SU, SMI E DEMI, foi realizada uma revisão da literatura e uma análise da evidência científica detalhada. Neste sentido, um dos pontos da fundamentação para a proposta e melhoria foi a realização da tradução da Figura 2 que se encontra exposta no Apêndice I que corresponde às cores de fundo para rótulos aplicáveis em seringas que contenham fármacos utilizados durante a anestesia e no Serviço de Medicina Intensiva, pois é a norma que se encontra em vigor e que deve ser aplicada em todos os serviços do SNS.

Figura 8- cor rótulos ISO-2020

	PMS ^a	ASTM ^b - RGB		ISO ^c - RGB
Induction Agents	Process Yellow C	255.255.0		255.255.0
Benzodiazepines and Tranquillizers	Orange 151	255.102.0		255.102.0
Benzodiazepine Antagonists	Orange 151 / White Diagonal Stripes	255.102.0		255.102.0
Muscle Relaxants	Florescent Red 805 ^d	255.114.118		
	Florescent Red 811 ^e			253.121.86
	Warm Red ^f			245.64.41
Muscle Relaxant Antagonists	Florescent Red / White Diagonal Stripes	255.114.118		253.121.86
Opioid/Narcotics	Blue 297	133.199.227		133.199.227
Opioid/Narcotic Antagonists	Blue 297 / White Diagonal Stripes	133.199.227		133.199.227
Major Tranquillizers and Anti-Emetics	Salmon 156	237.194.130		237.194.130
Vasopressors	Violet 256	222.191.217		222.191.217
Hypotensive Agents	Violet 256/White Diagonal Stripes	222.191.217		222.191.217
Local Anesthetics	Gray 401	194.184.171		194.184.171
Anticholinergic Agents	Green 367	163.217.99		163.217.99
Beta Blockers	Copper 876U	176.135.112		NA ^g
	White	255.255.255		255.255.255

a - Pantone Matching System
b - ASTM International; prior to 2001 it was the American Society for Testing and Materials
c - International Organization for Standardization
d - Designated by ASTM International
e - Designated by ISO
f - Designated by ISO as an alternative if Florescent Red cannot be printed
g - ISO has not designated a color for Beta Blockers

Seguidamente efetuei uma revisão da lista de medicamentos da sala de trabalho (apêndice II) com os principais efeitos adversos de cada um. Foi realizado uma investigação na instituição junto da equipa de gestão de compras, equipa de farmácia, assim como, a equipa da Unidade dos Cuidados Intensivos (SMI) sobre as diversas estratégias implementadas para identificação/rotulagem dos fármacos após a sua preparação no serviço, segundo os protocolos já existentes no Hospital.

Pude concluir que existiam 2 sistemas de rotulagem possíveis para o Serviço de Urgência, tanto para a Sala de Trabalho, como para a Sala de Emergência, assim como, para a unidade de cuidados intensivos incluindo o DEMI.

• **Opção de sistema de Rotulagem:** é através da impressão de cada fármaco (dose e hora) em folhas autocolantes de cor, de acordo as normas da ISO 26825:2008 reformuladas em 2020. Encontra-se uma listagem discriminada com todos os fármacos da sala de trabalho, assim como, o seu respetivo Índice no apêndice IV, sendo possível imprimir através das mesmas. Têm de ser colocadas numa capa, o que pode dificultar a adesão da equipa e dificultar este processo perante uma situação de emergência ou grande volume de doentes.

• **Opção de Sistema de Rotulagem por roldana:** vendem-se caixas com 600 etiquetas para cada fármaco conforme as necessidades de cada serviço. Podendo estas serem afixadas na parede ou no carro de Medicação da Sala de Emergência.

Após o contacto com a equipa de Compras da ULS seguidamente encontra discriminado as duas propostas de Orçamento e respetiva reflexão sobre os dois tipos de sistema de rotulagem de seringas.

Tabela 3- Orçamento do tipo de Sistema de Rotulagem dos Fármacos

Sistema de Rotulagem	Preço Unidade	Preço por caixa	Custo-benefício
1- Opção Folha Autocolante	0,185 € uma folha com 75 etiquetas.	500 folhas custam 87,50 € apenas para 1 fármaco Exemplo: 7 Fármacos custam 87,50 € x 7 = 612,5 €	Valor para 7 fármacos apenas 612,5 €
Vantagens e Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de Capa; • Adesão dos profissionais será mais difícil; • Mais barato a longo prazo, mas com a incerteza do surgimento de outras opções mais viáveis, podendo causar um prejuízo ao serviço a nível de orçamento; • A curto prazo é menos económico, mas a longo prazo pode ser ou não mais vantajoso que a opção 2; 		
Sistema de Rotulagem	Preço Unidade	Preço por caixa	Custo-benefício
2-Opção Rotulagem por roldana.	12€ uma caixa de 600.	Exemplo: 7 caixas correspondem a 4200 etiquetas. Valor Total: 84 euros para 7 fármacos.	Valor para 7 Fármacos 84 €
Vantagens e Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema Roldana- rápido e eficaz. Melhor acesso. Melhor adesão dos profissionais; • Em situação de emergência a identificação dos fármacos é mais rápida; • A curto prazo é mais económico, mas a longo prazo não é tão vantajoso como a opção 1; 		

Após a análise dos Orçamentos percebemos que a opção I – Folha autocolante é mais barata a longo prazo, mas a curto prazo não é tão vantajosa, sendo que, o custo-benefício têm um parecer menos positivo do que a opção II.

3.3.1. No Serviço de Urgência

Perante os resultados obtidos anteriormente, a proposta para o serviço de urgência foi a seguinte:

No que diz respeito à Sala de Trabalho, o orçamento proposto e o nome dos Fármacos mais adequados para a Sala encontram-se descritos no apêndice V. Relativamente à Sala de Emergência, o orçamento proposto e o nome dos Fármacos mais importantes apresentam-se no apêndice VI. Sendo a SE, um local onde a vida dos doentes está em risco, implica uma rapidez na administração dos fármacos e atuação pela parte da equipa de Enfermagem. Pela opinião da equipa só é viável rotular os fármacos que não são administrados por via direta. Neste sentido, foi proposta no apêndice VII, um novo orçamento.

Em suma, após a simulação do orçamento e a soma da Sala de Emergência e Sala de Trabalho ficaria com um orçamento mínimo de 231,5 euros e um orçamento máximo de 696 euros.

3.3.2 No contexto do Serviço de Medicina Intensiva (SMI)

Após a análise dos Orçamentos percebemos que, tal como se sucede no SU, a opção I – Folha autocolante é mais barata a longo prazo, mas a curto prazo não é tão vantajosa, sendo que, o custo-benefício têm um parecer menos positivo do que a opção II no SMI.

No que diz respeito aos carros de emergência, o orçamento proposto e o nome dos Fármacos mais adequados encontram-se no apêndice VIII. Sendo que, a utilização do carro de emergência, induz que a vida do doente está em risco, implicando uma rapidez na administração dos fármacos e atuação pela parte da equipa de Enfermagem.

Seguidamente efetuei uma revisão da lista de medicamentos do carro de emergência e umas tabelas com as diluições dos fármacos de emergência (apêndice IX). Em suma, após a simulação do orçamento para cada carro de emergência verificámos um orçamento mínimo de 84 euros e um orçamento máximo de 288 euros.

3.4 Resultados Obtidos

O setor de emergência é caracterizado como um setor com a alta vulnerabilidade da ocorrência de incidentes relacionados a erros de medicação, devido às situações inesperadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, associada ao quantitativo e a falta qualitativa de recursos materiais e humanos fontes, sobrecarga de trabalho, ambientais e stress profissional. Além disso, na fase crítica de atendimento de emergência, a grande maioria

dos medicamentos são prescritos para uma administração intravenosa, de preferência, entre os quais, as drogas mais potencialmente perigosos (PDD). (MIEIRO et al., 2019).

As PDD podem causar danos irreversíveis ou fatais devido ao seu uso impróprio. Entre erros de operação, estes são responsáveis por 80% das mortes. Como medidas preventivas, as seguintes etapas devem ser realizadas para esta categoria de drogas: identificação de alerta; lista de divulgação para toda a equipa; procedimentos e monitorização do seu uso e armazenamento (REIS et al., 2018)

A Joint Commission on Accreditation de Organizações de Saúde (JCAHO), quando analisando as causas dos erros de medicação em os Estados Unidos da América, afirmaram que os mais comuns foram a falta de profissional treinados (65%), comunicação deficiente entre equipas (63%), armazenamento e acesso inadequados à medicação (26%), e sua rotulagem (18%) (JCAHO, 2008).

A preparação e a administração de medicamentos impõem elevado nível de raciocínio, concentração e memória; interrupções durante esses processos favorecem o erro e podem levar à omissão de etapas importantes. Além da disponibilização de pessoal, mudanças estruturais para minimizar distrações contribuem para a redução de incidentes, especialmente em unidades de atendimento ao paciente crítico, nas quais a agilidade na resolução de problemas reflete-se no desfecho clínico (COLLIGAN, 2012).

Em todos os serviços de saúde devem existir um carro de emergência devidamente organizado, num local de fácil acesso e pronto para um atendimento imediato. Torna-se responsabilidade do enfermeiro realizar a verificação do mesmo a cada início de turno. Pois a falta de medicamentos e materiais ou equipamentos com defeitos, geram atrasos no início do atendimento à PCR, causando stress na equipa e possíveis danos ao paciente (PLACENCIO, 2014).

Neste sentido, dando resposta a estes fatores de risco de erros na preparação dos fármacos de emergência, foram elaboradas umas tabelas com as diluições dos fármacos de emergência, segundos as indicações do INFARMED para serem anexadas ao Manual do Departamento de Emergência e a sua aplicação nos carros de emergência. Assim, os profissionais conseguem consultar, validar e confirmar, doses, diluição, vias de administração e incompatibilidades. Estas tabelas encontram-se no apêndice V.

Em relação às vantagens do uso das etiquetas com código de cores em medicamentos endovenosos, percebeu-se que os participantes nos estudos consideraram essa tecnologia útil, facilitando o trabalho dos profissionais de enfermagem para sua aplicação. Corroborando

com esses resultados, outro estudo enfatizou a precisão e a rapidez da administração de medicamentos devido à codificação de cores em situações simuladas de alto stresse, em comparação com rótulos simples feitos de fita adesiva branca ou papel.

Nos dois contextos de estágio, foi possível verificar, após a análise dos dados e dos resultados obtidos, que tanto no SU, como no SMI, a utilização do sistema de rotulagem com etiquetas é uma mais-valia para os serviços.

Sabemos que a definição de Erro de medicação, segundo a National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention consiste em “qualquer evento evitável que cause ou induza o uso inadequado de um medicamento, estando a medicação no controle do profissional de saúde, paciente ou consumidor. Tais erros podem ser decorrentes do exercício profissional, prescrição médica, rotulagem dos produtos, composição, ou falhas na distribuição, administração e monitoramento” (SILVA CIT. NCMERP; 2018).

Neste sentido, no SU foi proposto a colocação de um sistema de roldana com etiquetas para a identificação dos fármacos urgentes e emergentes, tanto na sala de trabalho, como na sala de Emergência. No DEMI, inserido no SMI, foi proposta a identificação dos fármacos e a correta diluição dos fármacos de emergência, com a possível rotulagem das seringas de medicação emergente, assim como, a colocação nos carros de emergência de tabelas de diluições dos fármacos emergentes.

Por fim, com esta proposta de melhoria é possível aumentar a segurança do paciente, aumentar a qualidade na prestação de cuidados, prevenir erros associados à medicação, reduzir e eliminar efeitos adversos do paciente refletindo-se em ganhos para a Saúde.

Capítulo 4: Conclusão

O avanço no conhecimento requer que o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática alicerçada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que procuram potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização. (OE, 2018).

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

Atualmente, o erro não é examinado do ponto de vista da melhoria e crescimento, mas sim de forma depreciativa. Dificilmente os profissionais de saúde assumem ou admitem o erro, uma vez que na sua formação são levados a preencher um padrão de perfeição e desse modo passam a crer que não falham. Isso faz com que aconteça a omissão de notificações e investigações de casos sejam dificultadas trazendo como consequência punições, violência, constrangimentos, vergonha, desprestígio profissional e até mesmo chegando ao absurdo do suicídio de profissionais de saúde que cometem erros. (SILVA CIT. FASSARELLA; 2018)

A melhoria contínua da qualidade corresponde a um dos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e reflete a capacidade de implementação de estratégias de melhoria e o desenvolvimento de uma prestação de cuidados de qualidade, garantindo um ambiente terapêutico centrado na pessoa e gerador de segurança (OE, 2019).

A elaboração do presente documento implicou a pesquisa em diversas bases de dados, reflexão e pensamento crítico tendo por base a evidência científica. Com este trabalho foi possível desenvolver competências fundamentais no meu crescimento como futura enfermeira mestre em médico cirúrgica (área da pessoa em situação crítica), na medida em que, não só permitiu uma reflexão da minha prática profissional, como possibilitou uma reflexão sobre os

cuidados prestados pelas equipas do SU e do SMI, ambas integradas na equipa do DEMI, procurando promover uma prestação de cuidados de enfermagem mais seguros e eficientes, trazendo uma mais-valia para a equipa e pacientes. Com o desenvolvimento e aquisição destas competências inerentes a um Enfermeiro Mestre, procurei avaliar, observar, supervisionar, refletir e aplicar estratégias que melhorem a qualidade das práticas de enfermagem, propondo uma oportunidade de melhoria, baseada na evidência científica com o objetivo de diminuir a ocorrência de erros na preparação e administração dos medicamentos de emergência e melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Remetendo para o tema central da proposta de melhoria “Segurança do Doente e da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência e na Equipa de Emergência Intra-hospitalar: Adoção de Práticas Seguras no âmbito da Identificação e preparação de administração dos fármacos de emergência.”, foi possível articular com diversos serviços da ULS, nomeadamente, os serviços de compras, serviços de logística, de farmácia e os serviços da instituição onde a implementação da rotulagem dos fármacos se encontra já aplicada. Com a equipa do SU e do DEMI do SMI foi exequível realizar uma partilha da proposta de melhoria, sendo que, esta se demonstrou muito receptiva ao projeto.

No desenvolvimento deste documento e da pesquisa científica foi notório que o papel dos Enfermeiros na notificação do evento adverso é basilar. Através da evidência científica e dos dados recolhidos pela observação foi exequível expor a importância de um sistema de rotulagem no carro de emergência da sala de emergência e nas salas de trabalho dos outros serviços hospitalares. Para além disso, a utilização de tabelas com as diluições dos fármacos de emergência são recursos facilitadores na diminuição dos erros relacionados com a preparação da medicação.

Os rótulos codificados por cores e as tabelas com as diluições dos fármacos emergentes adicionam mais uma camada de proteção na defesa contra erros medicamentosos, podendo assim fazer a diferença entre um caso sem complicações e um caso com um evento adverso. (ASA, 2020).

Por fim, podemos concluir que a aquisição dos rótulos para a codificação das seringas é uma mais-valia para as situações de Emergência Intra-Hospitalar, assim como, nas situações em que é acionada a sala de Emergência. Com esta proposta de melhoria pretendo contribuir com conhecimentos científicos e práticos, demonstrando os benefícios da utilização dos rótulos nos fármacos e incentivar as equipas da ULS, tão qualificada, a continuarem e manterem um

patamar de excelência na prestação de cuidados seguros diminuindo cada vez o número de erros e de riscos para o doente e profissionais.

Capítulo 5: Referências Bibliográficas

1. ALVES, Mafalda Soares Teixeira. *A cultura de segurança do doente como requisito da qualidade dos cuidados de enfermagem*. 2018. PhD Thesis.
2. ARAÚJO, Danielly Freire; LIMA, Karine Dawat Medeiros. *A enfermagem na segurança medicamentosa*. 2020.
3. AUSTRALIAN commission on safety and quality in Health care. *National recommendations for user-applied labelling of injectable medicines, fluids and lines*. 2014.
4. BAGORRILHA, Tiago. *Debriefing da equipa de enfermagem no serviço de urgência como determinante na segurança do doente crítico*. 2020.
5. Bowden, T., & Smith, D. An overview of adult cardiopulmonary resuscitation equipment. *Nursing Standard*, 31(23), 54-63. doi: 10.7748/ns.2017. e10461 (2017)
6. COLLIGAN L, Guerlain S, Steck SE, Hoke TR. Designing for distractions: a human factors approach to decreasing interruptions at a centralized medication station. *BMJ Qual Saf.*;21(11):939-47. 2012
7. FARIA, Paula Lobato de; MOREIRA, Pedro Sá. *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2009, 27.2: 103-106.
8. FERNANDES, Telma Filomena. *A segurança do paciente: protocolo de identificação de drogas utilizadas em situações de urgência*. 2017.
9. FERREIRA, Miriam Aparecida, et al. *Pulseira de identificação*. *Revista InterSaúde*, 2020, 1.3: 31-41.
10. GERÔNIMO, Ana Géssyca Silva; MONTELES, Amanda Oliveira; GIRÃO, Ana Lúcia Araújo. *Avaliação da implementação dos protocolos de segurança do paciente pela equipe de enfermagem em urgência e emergência*. *Brazilian Journal of Health Review*, 2020, 3.4: 10775-10787.
11. GOMES, Luís. *Cuidar especializado à pessoa em situação crítica: Um percurso até a especificidade da cirurgia cardíaca*. 2019. PhD Thesis.
12. GONÇALVES, Ana Isabel Martins. *Relatório de estágio no serviço de urgência*. 2017.
13. GRISANTE, Diana. *Da segurança do uso do medicamento endovenoso à segurança do doente*. 2020.
14. Härkänen M, Ahonen J, Kervinen M, Turunen H, Vehviläinen-Julkunen K. The factors associated with medication errors in adult medical and surgical inpatients: a direct observation approach with medication. 2015

15. JANIK LS, Vender JS. Debate de prós e contras: rótulos de medicamentos codificados por cores — Pró: medicamentos codificados por cores aumentam a segurança do paciente. *Boletim da APSF* 2019;33:72–73.
16. JOINT COMMISSION On Accreditation Of Healthcare Organizations (2008). Eventos sentinela. Oak Brook: Joint Commission Resources;
17. JOINT Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations. Eventos sentinela. Oak Brook: Joint Commission Resources; (2008).
18. Keers N, Williams SD, Cooke J & Ashcroft DM. Prevalence and nature of medication administration errors in health care settings: a systematic review of direct observational evidence. *Ann Pharmacother* [Internet]. [cited 2018 Feb 12];47(2):237–56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1345/aph.1R147> 2013
19. KOERS, Lena, et al. *Perioperative quality of care and patient safety*. Universiteit van Amsterdam, 2019.
20. MACEDO, José Mário Coelho. Implementação de um sistema de gestão do risco num serviço de urgência básica-Estudo de caso. 2021.
21. MATOZO, Isabelle Cristine Figueiredo, et al. A importância dos nove certos na administração de medicamentos: relato de experiência. 2019.
22. MIASSO, A., Grou, C., Cassiani, S., Silva, A., & Fakh, F. (2006). Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. *Ribeirão Preto: Revista Escola de Enfermagem USP*, 524-532.
23. MIEIRO, D. B., Oliveira, É. B., Fonseca, R. E., Mininel, V. A., Zem-Mascarenhas, S. H., & Machado, R. C. Estratégias para minimizar erros de medicação em unidades de emergência: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(Supl. 1), 307-314. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0658; (2019).
24. MORAES, Erika Sana; PEREIRA, Elisandra Oliveira Parada. Uso seguro de medicamentos potencialmente perigosos: identificação visual por cores para drogas de urgência em terapia intensiva pediátrica. *Sínteses: Revista Eletrônica do SimTec*, 2019, 7: e019033-e019033.
25. NAZARKO, L. (2015). Medication Management: eliminating errors. London: NRC. 17 (3), 150-154;
26. NUNES DOS SANTOS, Aline Karen; SORATTO, Maria Tereza. Segurança do paciente nas Unidades de Urgência Emergência. *Enfermagem Brasil*, 2018, 17.3.

27. ORDEM DOS ENFERMEIRO, Regulamento das Competências Específicas. Regulamento n.º 129/2011. 2011.
28. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) ã Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Outubro 2010. Regulamento n.º 124/2011 de 18 Fevereiro 2011
29. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2018). Regulamento n.º 372/2018. Regulamento da competência acrescida diferenciada em enfermagem do trabalho. Diário da Republica, 2ª série- n.º114, 15 junho. pp 20673
30. PADILHA KG; Kitahara PH; Gonçalves CC; Sanches AL. [iatrogenic occurrences with medication in i.c.u: nurse's procedures and feelings]. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2018 Feb 12];36(1):50-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342002000100008> Portuguese.
31. PEREIRA, Nara Rodrigues. Erros de medicação no serviço de atendimento móvel de urgência: fatores potencialmente envolvidos segundo a percepção da equipe de enfermagem. 2017.
32. PESSALACIA JD; Silva LM; Jesus LF; Silveira RC; Otoni A. [Nursing team performance in picu: a focus in humanization]. R Enferm Cent O Min [Internet]. 2012 [cited 2018 Feb 12];2(3):410-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.275> Portuguese.
33. PIMENTA, Susany Franciely, et al. Segurança do paciente frente aos erros de medicação na urgência e emergência. *Revista uningá*, 2019, 56.S6: 148-156.
34. PORAT N, Bitan Y, Shefi D, Donchin Y, Rozenbaum H. Use of colour-coded labels for intravenous high-risk medications and lines to improve patient
35. PRATAS, Ana Rita Pacheco Alves. Fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob gestão do enfermeiro, no Serviço de Urgência.
36. REIS, M. A., Gabriel, C. S., Zanetti, A. C., Bernardes, A., Laus, A. M., & Pereira, L. R. Medicamentos potencialmente perigosos: identificação de riscos e barreiras de prevenção de erros em terapia intensiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(2), e5710016. doi: 10.1590/0104-07072018005710016 (2018).
37. SANTOS, Dartagnan Sousa dos. Segurança do paciente: implantação de pulseiras de identificação na UTI adulto. 2017.
38. SANTOS, Patricia Maria Azevedo Diger dos. Paciente seguro: criando estratégias para reduzir erros decorrentes de administração de medicamentos. 2017.

39. SAPATINHA, Sandra. *A gestão da segurança dos cuidados, através da melhoria dos registos de enfermagem no serviço de urgência*. 2018. PhD Thesis.
40. SARAIVA, Francisca Rutiane Sampaio, et al. Segurança do paciente na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem: elaboração e implementação de um panfleto educativo. *Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem*, 2019, 3.1.
41. SILVA AEBC, Cassiani SHB. Prospective risk analysis of the anti-infective medication administration process. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 12];21(Spec):233-41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700029>
42. SILVA, Eloyne Tavares, et al. Fatores que influenciam a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem* 2019, , 33.
43. SILVA, Marcelo Flávio Batista; DA SILVA SANTANA, Jefferson. Erros na administração de medicamentos pelos profissionais de Enfermagem. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 2018, 47.4: 146-154.
44. SILVA, Micheline da Fonseca. *Cultura de segurança da equipe de enfermagem no serviço de urgência e emergência*. 2017.
45. SOUZA, Nayana Maria Gomes de, et al. Avaliação da rotulagem com código de cores para identificação de medicamentos endovenosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2019, 72.3: 715-720.
46. TODT, Stella Costa, et al. Instrumento para avaliação da qualidade de prontuários de admissão em unidades de urgência e emergência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020, 12.11: e4071-e4071.
47. ULSM, 2019. *Manual da Emergência Médica Interna do Hospital Pedro Hispano*. Consultado a 11 de Novembro de 2021. Disponível para os profissionais da instituição em <http://www.ulsm.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/>
48. WHITAKER, David, et al. The European Board of Anaesthesiology recommendations for safe medication practice: first update. *European Journal of Anaesthesiology (EJA)*, 2017, 34.1: 4-7. (2017)
49. WORLD, Health Organization. *Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Direção Geral da Saúde. Lisboa, 2009; 145p. (2009)

Capítulo 6: APÊNDICES

Apêndice I - Cores de fundo para rótulos aplicáveis em seringas que contenham fármacos utilizados durante a anestesia | Unidade de Cuidados Intensivos

Tabela 1- ISO 26825:2020 (E)

Classe do fármaco	Cor Pantone	Exemplos de Fármacos
Agentes de Indução	Process Yellow C	Tiopentona, metoexital, propofol, ketamina
Benzodiazepínicos	Orange 151	Diazepam, midazolam
Antagonistas Benzodiazepínicos	Orange 151 com listras brancas na diagonal	Flumazenil
Relaxantes Musculares	Fluorescent red 811	Suxametônio, d-tubocurare, pancuronio, atracurio, vecuronio, rocurônio, cisatracúrio
Agentes de reversão relaxante	Fluorescent red 811 ou Warm red com listras brancas na diagonal	Neostigmina, edrofonio, piridostigmina
Opióides	Blue 297	Morfina, fentanil, petidina.
Antagonistas opióides	Blue 297 azul com listras brancas na diagonal	Naloxone
Vasopressores	Violet 2645	Adrenalina, efedrina, fenilefrina, metaramionol,
Agentes Hipotensores	Violet 2645 com listras brancas na diagonal	nitroprussiato, nitroglicerina, fentolamina, hidralazina
Anestésicos Locais	Grey 401	procaína, lidocaína, bipivacaína, ropivacaína
Agentes anticolinérgicos	Green 367	atropina, glicopirrolato
Tranquilizantes maiores	Salmon 156	droperidol, metoclopramida, tropisetron
Diversas insumos farmacêuticos ativos	Branco	cloreto de potássio, tetrahydroaminacridina (tha), antibióticos, não esteroides
<p>A) Em caso de impossibilidade técnica para impressão, a cor Pantone Fluorescent red 811 C, pode ser substituída por Pantone Warm red C</p> <p>B) Toda impressão é em preto, com exceção de suxametônio e adrenalina que são impressas contra a cor de fundo, como letras de placa reversa dentro de uma barra preta correndo de borda a borda do rótulo</p>		

Apêndice II- Listagem de Fármacos da Sala de Trabalho

Medicamento	Classe Terapêutica	Riscos
Amoxicilina + ácido clavulânico	Antibiótico	Convulsões em doentes com insuficiência renal. Na suspeita de mononucleose infecciosa- ocorrência de erupção cutânea morbiliforme. Eritema generalizado e febril associado a pústulas pode ser um sintoma de pustulose generalizada exantemática aguda (PGEA). Diarreia, náuseas e vômitos.
Ceftriaxona 1gr	Antibiótico	Reações de hipersensibilidade. Reações adversas cutâneas graves (síndrome de Stevens Johnson ou síndrome de Lyell/necrólise epidérmica tóxica) Interações com produtos que contenham cálcio. A utilização concomitante de anticoagulantes orais pode aumentar o efeito antagonista da vitamina K e o risco de hemorragia.
Ciprofloxacina 200 mg	Antibiótico	Perda do apetite, náusea, diarreia, vômito e desconforto abdominal, tonturas, alterações neurológicas, aumento de risco de hipoglicemia e de lesão dos tendões. Podem provocar delirium, comprometimento da memória, desorientação, agitação e distúrbios na atenção. Neuropatia periférica. Provoca arritmias.
Piperacilina + Tazobactam 4,5 gr	Antibiótico	Reações de hipersensibilidade incluindo febre, urticária, dores articulares; angioedema. Leucopenia e trombocitopenia, usualmente transitórias. Choque anafilático apenas em doentes com hipersensibilidade às penicilinas. Doentes com fibrose quística apresentam maior incidência de febre e erupções cutâneas.
Metronidazol	Antibiótico	Perturbações gerais e alterações no local de administração: Raros: pirexia. Muito raros: Choque anafilático, urticária, tonturas, disúria, neutropenia temporária. Doenças gastrointestinais: distúrbios gastrointestinais, tais como náuseas, língua com pelos, disgeusia (gosto metálico) e escurecimento da urina (pela existência de um metabólito do metronidazol), diarreia, diarreia infecciosa, estomatite (mucosite oral), dor abdominal, vômitos. Rash, urticaria. Mialgia, artralgia
Glicose 5%	Glicose	Edema da face, língua ou da boca; Prurido e petequias na pele; Dificuldades em respirar. Dor no local de administração; Rubor, calor; edema, Perturbações dos eletrolíticos, arrepios, febre, trombozes venosas.
Ácido Acetilsalicílico 500 mg	Anti-inflamatórios não-esteróides (AINE)	Dor abdominal, azia, náusea e vômitos. Hemorragia gastrointestinal que por vezes pode ser detetada por retorragias, e que pode levar a anemia por carência de ferro. - Úlceras gastrointestinais; O risco de hemorragia, ulceração ou perfuração é maior com doses mais elevadas, em doentes com história de úlcera péptica, especialmente se associada a hemorragia ou perfuração e em doentes idosos. Informe o médico assistente se tiver sintomas abdominais e de hemorragia digestiva, sobretudo no início do tratamento.
Butilescopolamina 20 mg	Antiespasmódicos	Xerostomia; Dificuldade em transpirar; taquicardia; disúria. Pode também ocorrer choque anafilático, reações anafiláticas, dispneia, reações cutâneas (por exemplo, urticária, erupção cutânea, eritema, prurido) e outras reações de hipersensibilidade (alergia).
Cetorolac 30 mg	Anti-inflamatórios não-esteróides (AINE)	Úlceras pépticas, úlceras, perfuração ou hemorragia gastrointestinais;. Náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, dispepsia, dor/desconforto abdominal, melenas, hematemeses, estomatite, estomatite ulcerosa, eructação, flatulência, esofagite, ulceração gastrointestinal, hemorragia retal, pancreatite, boca seca, enfartamento, agravamento da colite e doença de Crohn têm sido notificados, após administração. Meningite asséptica, trombocitopenia, anafilaxia, anorexia, hipercaliemia, hiponatremia, dores de cabeça, tonturas, convulsões, parestesia,

		hipercinesia, anomalia no paladar. Cardiopatias: palpitações, bradicardia, insuficiência cardíaca. Vasculopatias: hipertensão, hipotensão, hematoma, rubor, palidez, hemorragia de ferida pós-operatória.
Clemastina 2 mg	Antagonista da histamina H1 de primeira geração (anti-histamínico)	Reações de hipersensibilidade; Fadiga, Taquicardia, dor gástrica, náuseas e tonturas.
Diclofenac 75 mg	Anti-inflamatórios não esteróides (AINE)	Pequeno aumento do risco de ataque cardíaco (enfarte do miocárdio) ou AVC. Febre elevada ou dor de garganta persistente. Reações alérgicas com edema da face, lábios, boca, língua ou garganta, frequentemente associados com eritema e prurido o que poderá causar dificuldade em engolir, hipotensão (pressão arterial baixa), desmaios. Pieira e sensação de falta de ar (sinais de asma). Dor no peito (sinais de enfarte). Cefaleias graves e súbitas, náuseas, tonturas, sonolência, edemaciamento, incapacidade ou dificuldade em falar, paralisia (sinais de um ataque cerebrovascular). Pescoço rígido (sinais de meningite viral). Convulsões. Hipertensão (pressão arterial elevada). - Pele vermelha ou púrpura (possíveis sinais de inflamação dos vasos sanguíneos). Eritema cutâneo com bolhas, edema dos lábios, olhos ou boca. Inflamação da pele com descamação. Dor de estômago grave, fezes negras ou com sangue. Vômitos com sangue. - Amarelecimento da pele ou olhos (sinais de hepatite/insuficiência hepática). Sangue na urina, excesso de proteínas na urina, diminuição acentuada de produção de urina (sinais de problemas nos rins).
Furosemida 20 mg	Diurético	Erupções cutâneas, comichão, edema da face, olhos, lábios, boca, língua, garganta que pode resultar em dificuldades em respirar e engolir); Choque anafilático (caracterizado por dificuldades respiratórias, pele fria e muito vermelha ou pele pálida e batimentos muito rápidos do coração); Inflamação dos rins (caracterizada por alterações na frequência urinária, aparecimento de sangue na urina, febre, sonolência ou edema nos tornozelos) Inflamação dos vasos sanguíneos (caracterizada por erupções cutâneas, febre, dor nos músculos ou articulações) Formação de coágulos sanguíneos (caracterizados por dor, edema ou fraqueza nas pernas) Eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica, PGEA (Pustulose Generalizada Exantemática Aguda), DRESS (rash medicamentoso associado a eosinofilia e sintomas sistêmicos) e dermatite exfoliativa e bulhosa (lesões graves na pele e mucosas (boca, vagina e pênis) caracterizadas pelo aparecimento de bolhas, erupções, vermelhidão, prurido, descamação e úlceras na pele e em casos mais graves pelo descolamento das camadas superiores da pele. Estes sinais são muitas vezes acompanhados por febre, mal-estar, dor e fraqueza muscular, dor nas articulações e vômitos). - Alteração dos níveis de sais (por ex. sódio, potássio, cálcio) no sangue. - Desidratação e diminuição do volume de sangue, principalmente em doentes idosos. - Aumento dos níveis de creatinina ou de triglicéridos no sangue.
Hidrocortisona 100 mg	Hormona corticosteróide da família dos esteróide	Doenças gastrointestinais – Dispepsia, ulceração péptica com perfuração e hemorragia, distensão abdominal, ulceração esofágica, candidíase esofágica, pancreatite aguda, perfuração do intestino. Tem sido observado o aumento da alanina transaminase (ALT, SGPT), da aspartato- transaminase (AST, SGOT) e da fosfatase alcalina após o tratamento com corticosteroides. Efeitos anti-inflamatórios e imunossupressores – Aumento da

		susceptibilidade e gravidade das infecções com supressão dos sinais e sintomas clínicos, infecções oportunistas, podem suprimir reações a testes cutâneos, recorrência da tuberculose latente. Miopatia esteroide, osteoporose, fraturas vertebrais e dos ossos longos, osteonecrose avascular, ruptura do tendão, necrose asséptica, fraqueza muscular.
Metoclopramida 10 mg	Antiémético	- Movimentos incontroláveis (muitas vezes envolvendo cabeça ou pescoço). Estes podem ocorrer em crianças ou jovens adultos, particularmente quando se usam doses elevadas. Estes sintomas surgem normalmente no início do tratamento e também podem surgir após uma administração única. Estes movimentos param quando tratados adequadamente. - Febre alta, pressão arterial alta, convulsões, suores, produção de saliva. Estes podem ser sinais do chamado síndrome maligno dos neuroleptícos. - Comichão ou erupções na pele, edema da face, lábios ou garganta, dificuldade em respirar. Estes podem ser sintomas de uma reação alérgica, que pode ser grave. Sensação de sonolência, depressão, movimentos incontroláveis tais como tiques, agitação, movimentos de torção ou contracturas musculares (dureza, rigidez), sintomas semelhantes à doença de Parkinson (rigidez, tremor), sensação de agitação, diminuição da pressão arterial (particularmente com a via intravenosa), diarreia e sensação de fraqueza.
Pantoprazol 40 mg	Inibidor de bomba de prótons	Pólipos benignos no estômago, Dores de cabeça; tonturas; diarreia; sensação de mal-estar, vômitos; edema e flatulência (libertação de gases); prisão de ventre; boca seca; dor e desconforto abdominal; lesão (reação) na pele, exantema, erupção na pele; comichão; sensação de fraqueza, exaustão ou mal-estar geral; distúrbios do sono; fraturas da anca, punho e coluna vertebral.
Tiocolquicosido 4 mg	Relaxante muscular	Diarreia, quando da sua administração oral. Efeitos cardiovasculares-hipotensão após administração oral e parentérica. Agitação e sonolência após administração intramuscular. Efeitos cutâneos: eritema cutâneo e dermatite.
Tramadol 100 mg	Opioide analgésico de ação central	Tonturas, cefaleias, confusão, pode ocorrer depressão respiratória, convulsões, agravamento da asma, náuseas, vômitos, obstipação, secura da boca, sudação,
Paracetamol 1gr	Analgésico e antipirético	Trombocitopenia, leucopenia, hipotensão, perturbações gerais e alterações no local de administração: simples exantema cutânea ou urticária até choque anafilático.
Acetilcisteína 300 mg	Adjuvante mucolítico	Doentes asmáticos maior risco de ocorrer Broncoconstricção. Náuseas, vômitos ou outros sintomas gastrointestinais: diarreia. Rash, urticária, vertigens, broncospasmo e taquicardia.
Ácido aminocaprílico 2,5 gr	Antifibrinolítico	Os sintomas de uma reação alérgica grave podem incluir: – Pieira súbita; dor no peito ou aperto no peito; edema das pálpebras, face, lábios e língua; erupção na pele com pápulas ou “urticária” em qualquer parte do corpo ou colapso. Diminuição dos glóbulos brancos, o que pode aumentar o risco de infecção. Os sintomas podem incluir dor de garganta grave com febre alta. – Diminuição da tensão arterial; tonturas, zumbidos nos ouvidos; congestão nasal; dor abdominal; diarreia; náuseas; vômitos; dores de cabeça; desconforto; dor ou morte da pele no local de injeção.
Biperideno 5 mg	Antagonista muscarínico	Xerostomia; confusão mental, desorientação, alucinações, sintomas psicóticos, alterações da memória; taquicardia, palpitações e hipotensão; náuseas, vômitos, obstipação, úlcera duodenal; retenção urinária, hesitação urinária e disúria; fraqueza muscular, câibras; pode ocorrer um efeito inibitório da lactação e ainda: aumento da temperatura, flushing, parestesias dos dedos, diminuição da sudação, dificuldade em conseguir ou manter a ereção.

Digoxina 500 mg	Glicosídeo cardiotónico	Náuseas, vômitos, anorexia e diarreia. Estes dois últimos efeitos são sintomas precoces num contexto de intoxicação digitálica. Nevralgias, cefaleias, tonturas, sonolência, desorientação e alucinações. Ginecomastia e diminuição da síntese de gonadotrofinas. Diplopia, escotomas, discromatopsia (sugestiva de intoxicação). Bradicardia Sinusal, bloqueios auriculoventriculares, extrassístoles supraventriculares e ventriculares (muitas vezes em bigeminismo). As extrassístoles ventriculares multifocais são muitas vezes precursoras de formas mais graves de arritmias (ex: taquicardia ventricular).
Cloropromazina 50 mg	Neuroléptico	Hipotensão ortostática, efeitos anticolinérgicos do tipo boca seca, alterações da acomodação, risco de retenção urinária, obstipação e possível íleo adinâmico Perturbações neuropsíquicas: sedação e/ou sonolência, mais marcada no início do tratamento. Aumento de peso intolerância à glucose, hiperglicemia, hipertrigliceridemia, hiponatremia e secreção inapropriada da hormona antidiurética
Cloreto de potássio 7,45%	Catião predominante no interior da célula.	Cloreto de Potássio pode causar efeitos secundários, no entanto estes não se manifestam em todas as pessoas: Dor, Tromboses (formação de um coágulo) podem ocorrer nas veias onde o medicamento é administrado se a solução injetada for demasiado concentrada.
Cloreto de Sódio a 20 %	Catião	Hiponatremia adquirida em ambiente hospitalar, encefalopatia hiponatremia aguda, O excesso de sódio pode ser causado por fluidos inadequados, perdas excessivas de fluidos, administração excessiva de sódio, insuficiência renal e aldosteronismo. Os efeitos adversos gerais do excesso de sódio no corpo, incluem náuseas, vômitos, diarreia, espasmos abdominais, sede, redução da salivação e da lacrimação, sudorese, febre, taquicardia, hipertensão, insuficiência renal, edema periférico e pulmonar, dificuldade respiratória, dor de cabeça, tonturas, agitação, irritabilidade, fraqueza, contração e rigidez muscular, convulsões, coma e morte.
Diazepam 10 mg	Benzodiazepinas	Disartria, fala indistinta, cefaleias, tremor, tonturas. Pode ocorrer amnésia anterógrada com dosagens terapêuticas, aumentando o risco nas dosagens mais elevadas. inquietação, agitação, irritabilidade, agressividade, delírio, ataques de raiva, pesadelos, alucinações, psicoses, comportamento inapropriado Confusão, adormecimento das emoções, estado de vigília diminuído, depressão, libido aumentada ou diminuída. Náuseas, boca seca ou hipersalivação, obstipação e outras perturbações gastrointestinais. Diplopia, visão turva, hipotensão, depressão respiratória.
Fenitoina 250 mg	Anticonvulsivante	Colapso cardiovascular e/ou a depressão do sistema nervoso central. Cardiovasculares: depressão da condução auriculoventricular e fibrilação ventricular. Quando se administra rapidamente, pode aparecer hipotensão. SNC: nistagmo, ataxia, fala trémula, coordenação diminuída e confusão mental. Vertigem, insónias, nervosismo e cefaleias. Gastrointestinais: náuseas, vômitos e obstipação. Dermatológicos: rash cutâneo por vezes com febre, dermatite exfoliativa, lúpus eritematoso e síndrome de Stevens-Johnson.
Haloperidol 5 mg	Neuroléptico Tranquilizante	Sintomas motores extrapiramidais. Fadiga, hipotensão, náusea, vômitos, diarreia, perda de apetite, azia e dispepsia.
Glicose 30%	Monossacarídeo	Como a tolerância à glucose pode estar diminuída em doentes com diabetes, insuficiência renal ou doença aguda crítica. A perfusão de soluções que contêm glucose está contraindicada nas primeiras 24 horas após um traumatismo craniano. Hiponatremia.
Metilprednisolona 40 mg	Esteróides	Reação alérgica súbita com risco de vida (anafilaxia) com sintomas tais como, erupção na pele, comichão ou urticária na pele, edema da face, lábios, língua ou outras partes do corpo, falta de ar, pieira ou dificuldade em respirar.
Metilprednisolona 125 mg 1gr	Esteróides	- Infeções, que podem ser mais frequentes e graves, embora os

		<p>sintomas possam ser menos óbvios.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Úlceras que podem levar a perfuração e sangramento no estômago. Os sintomas são dores de estômago, fezes pretas ou vômitos de sangue (hematêmeses). - Pancreatite aguda, causando dor intensa no abdômen e nas costas. - Aumento da pressão no crânio (pseudotumor cerebral) em crianças, geralmente depois de interromper a metilprednisolona. - Cefaleias com vômitos, falta de energia e sonolência. - Formação de coágulos sanguíneos nas veias (tromboembolismo), que podem produzir dor, sensibilidade ou edema numa perna; ou dos pulmões com sintomas de dor súbita tipo pontada no peito, falta de ar e tosse com sangue. - Falha do coração em bombear sangue corretamente levando a grave falta de ar e edema dos tornozelos (insuficiência cardíaca congestiva).
Tiapride 100 mg	Neuroléptico	<p>Tonturas/vertigens, dores de cabeça.</p> <p>Parkinsonismo e sintomas relacionados: tremor, hipertonia, hipocinesia e hipersalivação.</p>
Tiamina 100 mg	Vitamina B1	<p>A única reação encontrada nos seres humanos é do tipo hipersensitivo. Na grande maioria dos casos estas reações de hipersensibilidade ocorreram após injeções com tiamina em pacientes com uma história de reações alérgicas</p>
Flumazenil 0,5 mg	Antagonista do recetor de benzodiazepina potente	<p>Reações de hipersensibilidade (reações alérgicas), ansiedade (após injeção rápida, não necessitando de tratamento), forte dependência emocional, existência de dificuldades em iniciar e manter o sono (insônia), sonolência. Tonturas, dor de cabeça, agitação (após injeção rápida, não necessitando de tratamento), tremores involuntários, boca seca, respiração anormalmente rápida e profunda (hiperventilação), discurso descontrolado, sensações cutâneas subjetivas (como sejam frio, calor, picadas, pressão etc.) na ausência de estimulação (parestésias). visão dupla, estrabismo, aumento da lacrimação (produção de lágrimas). palpitações cardíacas, afrontamentos, hipotensão ortostática, náuseas, vômitos e sudorese.</p>
Fitomenadiona 10 mg	Vitamina K1	<p>Reações anafiláticas (como rubor facial, sudorese, dor torácica, dispnéia, cianose e colapso cardiovascular) após administração I.V.;</p> <p>Muito raro: Irritação venosa ou flebite em associação à administração intravenosa deste medicamento.</p>
Ondasetron 4 mg	Antiemético	<p>Reações extrapiramidais, como crises oculogíricas/reações distônicas. arritmias cardíacas, hipotensão e bradicardia. Obstipação. Cefaleias, sensação de rubor e de calor e soluços.</p>
Piridoxina 150 mg	Vitamina B6	<p>neuropatia sensitiva grave, paralisia, sedação profunda, hipotonia e convulsões. Náuseas, dor de cabeça, parestesia, perturbações da memória, insônias, sonolência, púrpura trombocitopênica, esporadicamente reações alérgicas e diminuição das concentrações de ácido fólico.</p>
Prometazina 50 mg	Anti-histamínico H1	<p>Sonolência diurna; Efeitos anticolinérgicos: secura de boca, alterações de acomodação, obstipação, retenção urinária, hiperviscosidade das secreções brônquicas, confusão mental, hiperexcitabilidade no idoso;- Cefaleias; Tonturas; Desorientação; Hiperexcitabilidade na criança; Hipotensão ortostática; Palpitações; Arritmias; Visão turva; Pesadelos e Anorexia.</p>

**Apêndice III- Listagem de todos os fármacos por grupo Farmacológico –
Sistema de etiquetas por impressão de folhas.**

Índice de Capa de Folhas de Etiquetas

Agentes indutores
Benzodiazepinas antagonistas
Opióides antagonistas
Relaxantes Musculares antagonistas
Anticolinérgicos
Antieméticos
Anestésicos locais
Vasopressores/antagonistas
Tranquilizantes
Antibióticos
Corticóides
Outros diversos

EXEMPLO DE FOLHAS ETIQUETAS

Agentes Indutores

CETamina __mg/cc Data: Hora:	CETamina __mg/cc Data: Hora:	CETamina __mg/cc Data: Hora:	CETamina __mg/cc Data: Hora:	CETamina __mg/cc Data: Hora:
ETomidato __mg/cc Data: Hora:	ETomidato __mg/cc Data: Hora:	ETomidato __mg/cc Data: Hora:	ETomidato __mg/cc Data: Hora:	ETomidato __mg/cc Data: Hora:
Propofol __mg/cc Data: Hora:	Propofol __mg/cc Data: Hora:	Propofol __mg/cc Data: Hora:	Propofol __mg/cc Data: Hora:	Propofol __mg/cc Data: Hora:

Benzodiazepinas | Antagonistas

Diazepam __mg/cc Data: Hora:	Diazepam __mg/cc Data: Hora:	Diazepam __mg/cc Data: Hora:	Diazepam __mg/cc Data: Hora:	Diazepam __mg/cc Data: Hora:
Midazolam __mg/cc Data: Hora:	Midazolam __mg/cc Data: Hora:	Midazolam __mg/cc Data: Hora:	Midazolam __mg/cc Data: Hora:	Midazolam __mg/cc Data: Hora:
Flumazenil __mg/cc Data: Hora:	Flumazenil __mg/cc Data: Hora:	Flumazenil __mg/cc Data: Hora:	Flumazenil __mg/cc Data: Hora:	Flumazenil __mg/cc Data: Hora:

Opióides| Antagonistas

Morfina __mg/cc Data: Hora:	Morfina __mg/cc Data: Hora:	Morfina __mg/cc Data: Hora:	Morfina __mg/cc Data: Hora:	Morfina __mg/cc Data: Hora:
Petidina __mg/cc Data: Hora:	Petidina __mg/cc Data: Hora:	Petidina __mg/cc Data: Hora:	Petidina __mg/cc Data: Hora:	Petidina __mg/cc Data: Hora:

Tramadol __mg/cc Data: Hora:	Tramadol __mg/cc Data: Hora:	Tramadol __mg/cc Data: Hora:	Tramadol __mg/cc Data: Hora:	Tramadol __mg/cc Data: Hora:
Naloxona __mg/cc Data: Hora:	Naloxona __mg/cc Data: Hora:	Naloxona __mg/cc Data: Hora:	Naloxona __mg/cc Data: Hora:	Naloxona __mg/cc Data: Hora:
FentaNILA __mg/cc Data: Hora:	FentaNILA __mg/cc Data: Hora:	FentaNILA __mg/cc Data: Hora:	FentaNILA __mg/cc Data: Hora:	FentaNILA __mg/cc Data: Hora:
Metadona __mg/cc Data: Hora:	Metadona __mg/cc Data: Hora:	Metadona __mg/cc Data: Hora:	Metadona __mg/cc Data: Hora:	Metadona __mg/cc Data: Hora:

Relaxantes Musculares| Antagonistas

Rocurónio __mg/cc Data: Hora:	Rocurónio __mg/cc Data: Hora:	Rocurónio __mg/cc Data: Hora:	Rocurónio __mg/cc Data: Hora:	Rocurónio __mg/cc Data: Hora:
Relaxante Muscular __mg/cc Data: Hora:	Relaxante Muscular __mg/cc Data: Hora:	Relaxante Muscular __mg/cc Data: Hora:	Relaxante Muscular __mg/cc Data: Hora:	Relaxante Muscular __mg/cc Data: Hora:
Esmolol __mg/cc Data: Hora:	Esmolol __mg/cc Data: Hora:	Esmolol __mg/cc Data: Hora:	Esmolol __mg/cc Data: Hora:	Esmolol __mg/cc Data: Hora: :

Anticolinérgicos

Atropina __mg/cc Data: Hora:	Atropina __mg/cc Data: Hora:	Atropina __mg/cc Data: Hora: :	Atropina __mg/cc Data: Hora:	Atropina __mg/cc Data: Hora: :
__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:

Antieméticos

Metoclopramida __mg/cc Data: Hora:	Metoclopramida __mg/cc Data: Hora:	Metoclopramida __mg/cc Data: Hora:	Metoclopramida __mg/cc Data: Hora:	Metoclopramida __mg/cc Data: Hora:
Ondasetron __mg/cc Data: Hora:	Ondasetron __mg/cc Data: Hora:	Ondasetron __mg/cc Data: Hora:	Ondasetron __mg/cc Data: Hora:	Ondasetron __mg/cc Data: Hora:
__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:

Anestésicos Locais

Lidocaina __mg/cc Data: Hora:	Lidocaina __mg/cc Data: Hora:	Lidocaina __mg/cc Data: Hora:	Lidocaina __mg/cc Data: Hora:	Lidocaina __mg/cc Data: Hora:
Bupivacaina __mg/cc Data: Hora:	Bupivacaina __mg/cc Data: Hora:	Bupivacaina __mg/cc Data: Hora:	Bupivacaina __mg/cc Data: Hora:	Bupivacaina __mg/cc Data: Hora:
__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:

Vasopressores

Adrenalina __mg/cc Data: Hora:	Adrenalina __mg/cc Data: Hora:	Adrenalina __mg/cc Data: Hora:	Adrenalina __mg/cc Data: Hora:	Adrenalina __mg/cc Data: Hora:
DOBUTamina __mg/cc Data: Hora:	DOBUTamina __mg/cc Data: Hora:	DOBUTamina __mg/cc Data: Hora:	DOBUTamina __mg/cc Data: Hora:	DOBUTamina __mg/cc Data: Hora:
Dopamina __mg/cc Data: Hora:	Dopamina __mg/cc Data: Hora:	Dopamina __mg/cc Data: Hora:	Dopamina __mg/cc Data: Hora:	Dopamina __mg/cc Data: Hora:

EFEDrina __mg/cc Data: Hora:	EFEDrina __mg/cc Data: Hora:	EFEDrina __mg/cc Data: Hora:	EFEDrina __mg/cc Data: Hora:	EFEDrina __mg/cc Data: Hora:
NitroGLICERINA __mg/cc Data: Hora:	NitroGLICERINA __mg/cc Data: Hora:	NitroGLICERINA __mg/cc Data: Hora:	NitroGLICERINA __mg/cc Data: Hora:	NitroGLICERINA __mg/cc Data: Hora:
EFEDrina __mg/cc Data: Hora:	EFEDrina __mg/cc Data: Hora:	EFEDrina __mg/cc Data: Hora:	EFEDrina __mg/cc Data: Hora:	EFEDrina __mg/cc Data: Hora:

Tranquilizantes

Fenitoina __mg/cc Data: Hora:	Fenitoina __mg/cc Data: Hora:	Fenitoina __mg/cc Data: Hora:	Fenitoina __mg/cc Data: Hora:	Fenitoina __mg/cc Data: Hora:
Fenobarbital __mg/cc Data: Hora:	Fenobarbital __mg/cc Data: Hora:	Fenobarbital __mg/cc Data: Hora:	Fenobarbital __mg/cc Data: Hora:	Fenobarbital __mg/cc Data: Hora:
HaloPERidol __mg/cc Data: Hora:	HaloPERidol __mg/cc Data: Hora:	HaloPERidol __mg/cc Data: Hora:	HaloPERidol __mg/cc Data: Hora:	HaloPERidol __mg/cc Data: Hora:
EFEDrina __mg/cc Data: Hora:	EFEDrina __mg/cc Data: Hora:	EFEDrina __mg/cc Data: Hora:	EFEDrina __mg/cc Data: Hora:	EFEDrina __mg/cc Data: Hora:

Antibióticos

CeFAZolina __mg/cc Data: Hora:	CeFAZolina __mg/cc Data: Hora:	CeFAZolina __mg/cc Data: Hora:	CeFAZolina __mg/cc Data: Hora:	CeFAZolina __mg/cc Data: Hora:
CefTRIAXona __mg/cc Data: Hora:	CefTRIAXona __mg/cc Data: Hora:	CefTRIAXona __mg/cc Data: Hora:	CefTRIAXona __mg/cc Data: Hora:	CefTRIAXona __mg/cc Data: Hora:
CefaROXIMA __mg/cc Data: Hora:	CefaROXIMA __mg/cc Data: Hora:	CefaROXIMA __mg/cc Data: Hora:	CefaROXIMA __mg/cc Data: Hora:	CefaROXIMA __mg/cc Data: Hora:

Amoxicilina + ácido clavulânico __mg/cc Data: Hora:	Amoxicilina + ácido clavulânico __mg/cc Data: Hora:	Amoxicilina + ácido clavulânico __mg/cc Data: Hora:	Amoxicilina + ácido clavulânico __mg/cc Data: Hora:	Amoxicilina + ácido clavulânico __mg/cc Data: Hora:
Piperacilina + Tazobactam __mg/cc Data: Hora:	Piperacilina + Tazobactam __mg/cc Data: Hora:	Piperacilina + Tazobactam __mg/cc Data: Hora:	Piperacilina + Tazobactam __mg/cc Data: Hora:	Piperacilina + Tazobactam __mg/cc Data: Hora:
Metronidazol __mg/cc Data: Hora:	Metronidazol __mg/cc Data: Hora:	Metronidazol __mg/cc Data: Hora:	Metronidazol __mg/cc Data: Hora:	Metronidazol __mg/cc Data: Hora:
__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:

Analgésicos

Cetorolac __mg/cc Data: Hora:	Cetorolac __mg/cc Data: Hora:	Cetorolac __mg/cc Data: Hora:	Cetorolac __mg/cc Data: Hora:	Cetorolac __mg/cc Data: Hora:
__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:

Corticóides

Hidrocortisona __mg/cc Data: Hora:	Hidrocortisona __mg/cc Data: Hora:	Hidrocortisona __mg/cc Data: Hora:	Hidrocortisona __mg/cc Data: Hora:	Hidrocortisona __mg/cc Data: Hora:
DEXAmetasona __mg/cc Data: Hora:	DEXAmetasona __mg/cc Data: Hora:	DEXAmetasona __mg/cc Data: Hora:	DEXAmetasona __mg/cc Data: Hora:	DEXAmetasona __mg/cc Data: Hora:
__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:	__mg/cc Data: Hora:

Outros| Diversos

Adenosina __mg/cc Data: Hora:	Adenosina __mg/cc Data: Hora:	Adenosina __mg/cc Data: Hora:	Adenosina __mg/cc Data: Hora:	Adenosina __mg/cc Data: Hora:
Metoprolol __mg/cc Data: Hora:	Metoprolol __mg/cc Data: Hora:	Metoprolol __mg/cc Data: Hora:	Metoprolol __mg/cc Data: Hora:	Metoprolol __mg/cc Data: Hora:
Furosemida __mg/cc Data: Hora:	Furosemida __mg/cc Data: Hora:	Furosemida __mg/cc Data: Hora:	Furosemida __mg/cc Data: Hora:	Furosemida __mg/cc Data: Hora:
Heparina __mg/cc Data: Hora:	Heparina __mg/cc Data: Hora:	Heparina __mg/cc Data: Hora:	Heparina __mg/cc Data: Hora:	Heparina __mg/cc Data: Hora:
Ranitidina __mg/cc Data: Hora:	Ranitidina __mg/cc Data: Hora:	Ranitidina __mg/cc Data: Hora:	Ranitidina __mg/cc Data: Hora:	Ranitidina __mg/cc Data: Hora:
Verapamil __mg/cc Data: Hora:	Verapamil __mg/cc Data: Hora:	Verapamil __mg/cc Data: Hora:	Verapamil __mg/cc Data: Hora:	Verapamil __mg/cc Data: Hora:
amioDARONA __mg/cc Data: Hora:	amioDARONA __mg/cc Data: Hora:	amioDARONA __mg/cc Data: Hora:	amioDARONA __mg/cc Data: Hora:	amioDARONA __mg/cc Data: Hora:
Sugamadex __mg/cc Data: Hora:	Sugamadex __mg/cc Data: Hora:	Sugamadex __mg/cc Data: Hora:	Sugamadex __mg/cc Data: Hora:	Sugamadex __mg/cc Data: Hora:
Escopolamina __mg/cc Data: Hora:	Escopolamina __mg/cc Data: Hora:	Escopolamina __mg/cc Data: Hora:	Escopolamina __mg/cc Data: Hora:	Escopolamina __mg/cc Data: Hora:
Metilprednisolona __mg/cc Data: Hora:	Metilprednisolona __mg/cc Data: Hora:	Metilprednisolona __mg/cc Data: Hora:	Metilprednisolona __mg/cc Data: Hora:	Metilprednisolona __mg/cc Data: Hora:

Pantoprazol __mg/cc Data: Hora:	Pantoprazol __mg/cc Data: Hora:	Pantoprazol __mg/cc Data: Hora:	Pantoprazol __mg/cc Data: Hora:	Pantoprazol __mg/cc Data: Hora:
--	--	--	--	--

Paracetamol __mg/cc Data: Hora:	Paracetamol __mg/cc Data: Hora:	Paracetamol __mg/cc Data: Hora:	Paracetamol __mg/cc Data: Hora:	Paracetamol __mg/cc Data: Hora:
--	--	--	--	--

Corretores/ Alterações Eletrolíticas

Cloreto de Cálcio __mg/cc Data: Hora:	Cloreto de Cálcio __mg/cc Data: Hora:	Cloreto de Cálcio __mg/cc Data: Hora:	Cloreto de Cálcio __mg/cc Data: Hora:	Cloreto de Cálcio __mg/cc Data: Hora:
Cloreto de Potássio __mg/cc Data: Hora:	Cloreto de Potássio __mg/cc Data: Hora:	Cloreto de Potássio __mg/cc Data: Hora:	Cloreto de Potássio __mg/cc Data: Hora:	Cloreto de Potássio __mg/cc Data: Hora:
Cloreto de Cálcio 20 % __mg/cc Data: Hora:	Cloreto de Cálcio 20 % __mg/cc Data: Hora:	Cloreto de Cálcio 20 % __mg/cc Data: Hora:	Cloreto de Cálcio 20 % __mg/cc Data: Hora:	Cloreto de Cálcio 20 % __mg/cc Data: Hora:
Gluconato de Cálcio __mg/cc Data: Hora:	Gluconato de Cálcio __mg/cc Data: Hora:	Gluconato de Cálcio __mg/cc Data: Hora:	Gluconato de Cálcio __mg/cc Data: Hora:	Gluconato de Cálcio __mg/cc Data: Hora:
Sulfato de Magnésio __mg/cc Data: Hora:	Sulfato de Magnésio __mg/cc Data: Hora:	Sulfato de Magnésio __mg/cc Data: Hora:	Sulfato de Magnésio __mg/cc Data: Hora:	Sulfato de Magnésio __mg/cc Data: Hora:

Alergias

Alergia: __mg/cc Data: Hora:	Alergia: __mg/cc Data: Hora:	Alergia: __mg/cc Data: Hora:	Alergia: __mg/cc Data: Hora:	Alergia: __mg/cc Data: Hora:
---	---	---	---	---

**Apêndice IV- Referência dos Códigos de Pedidos do Serviço de Compras
da ULS**

Código ULSM	Designação	Quantidade Consumida	Obs. Unidade por caixa	
1854000015	ROCURÓNIO- ETI. IDENTIFI. FARMACO		600	
1854000283	ATROPINA- ETI. IDENTIF. FARMACO			
1854000284	FENTANIL- ETI. IDENTIF. FARMACO			
1854000288	EFEDRINA- ETI. IDENTIF. FARMACO			
1854000292	MIDAZOLAM- ETI. IDENTIF. FARMACO			
1854000302	MORPHINE- ETI. IDENTIF. FARMACO			
1854000305	PETHIDINE-ETI. IDENTIF.FARMACO			
1854000326	PHENYLEPHRINE-ETI.IDENTIF.FARMACO			
1854000285	ATRACURIUM - ETI.IDENTIF.FARMACO			
185400286	NEOSTIGMINE- ETI.IDENTIF.FARMACO			
1854000287	BIPUVICAINE- ETI.IDENTIF.FARMACO			
1854000293	PROPOFOL-ETI.IDENTIF.FARMACO			
1854000295	TIOPENTAL-ETI.IDENTIF.FARMACO			
1854000298	DROPERIDOL-ETI.IDENTIF.FARMACO			
1854000300	ALFENTANIL-ETI.IDENTIF.FARMACO			
1854000311	SUXAMETHONIUM-ETI.IDENTIF.FARMACO			
1854000318	VECURONIUM-ETI.IDENTIF.FARMACO			
1854000322	ADRENALINE-ETI.IDENTIF.FARMACO			
1854000332	LIDOCAINA-ETI.IDENTIF.FARMACO			
1854000333	OXYTOCIN-ETI.IDENTIF.FARMACO			
1854000344	HEPARIN-ETI.IDENTIF.FARMACO			
1854000345	METOCLOPRAMIDE-ETI.IDENTIF.FARMACO			
1854000350	ATROPINA+BUTILESCOPOLAMINA-ETI.IDENTIF.FARMACO			
1854000351	TRAMADOL-ETI.IDENTIF.FARMACO			
1854000353	BUTILESCOPOLAMINA-ETI.IDENTIF.FARMACO			
1854000354	HIDROCORTISONA-ETI.IDENTIF.FARMACO			
1854000355	CLEMASTINA-ETI.IDENTIF.FARMACO			

Apêndice V- Rótulos disponíveis para os Fármacos ST

Para a Sala de Trabalho	Código ULSM	Designação	Obs. Unidade por caixa
Instituição usa	1854000283	ATROPINA- ETI. IDENTIF. FARMACO	600
	1854000284	FENTANIL- ETI. IDENTIF. FARMACO	
	1854000292	MIDAZOLAM- ETI. IDENTIF. FARMACO	
	1854000302	MORPHINE- ETI. IDENTIF. FARMACO	
	1854000305	PETHIDINE-ETI. IDENTIF.FARMACO	
Instituição já usou e está disponível	1854000332	LIDOCAINA-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000344	HEPARIN-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000345	METOCLOPRAMIDE-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000351	TRAMADOL-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000353	BUTILESCOPOLAMINA-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000354	HIDROCORTISONA-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000355	CLEMASTINA-ETI.IDENTIF.FARMACO	
Pedido a acrescentar caso necessidade de serviço		DIAZEPAM	
		NALOXONA	
		METADONA	
		RELAXANTE MUSCULAR	
		ONDASETRON	
		HALOPERIDOL	
		CEFTRIAXONA	
		AMOXICILINA + ACIDO CLAVULÂNICO	
		CEFAROXIMA	
		PIPERACILINA+TAZOBACTAM	
		METRONIDAZOL	
		CETOROLAC	
		DEXAMETASONA	
		METOPROLOL	
		ADENOSINA	
	FUROSEMIDA		
	METILPREDNISOLONA		
	PANTOPRAZOL		
Orçamento	12 FÁRMACOS		144 €
	31 FÁRMACOS		372 €

Apêndice VI- Orçamento para a sala de Emergência

Para a Sala de Emergência	Código ULSM	Designação	Obs. Unidade por caixa
Instituição usa	1854000015	ROCURÓNIO- ETI. IDENTIFI. FARMACO	600
	1854000283	ATROPINA- ETI. IDENTIF. FARMACO	
	1854000284	FENTANIL- ETI. IDENTIF. FARMACO	
	1854000288	EFEDRINA- ETI. IDENTIF. FARMACO	
	1854000292	MIDAZOLAM- ETI. IDENTIF. FARMACO	
	1854000302	MORPHINE- ETI. IDENTIF. FARMACO	
	1854000305	PETHIDINE-ETI. IDENTIF.FARMACO	
Instituição já usou e está disponível	1854000293	PROPOFOL-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000295	TIOPENTAL-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000322	ADRENALINE-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000332	LIDOCAINA-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000344	HEPARIN-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000345	METOCLOPRAMIDE- ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000350	ATROPINA+BUTILESCOPOLAMINA- ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000351	TRAMADOL-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000353	BUTILESCOPOLAMINA- ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000354	HIDROCORTISONA- ETI.IDENTIF.FARMACO	
1854000355	CLEMASTINA-ETI.IDENTIF.FARMACO		
Pedido a acrescentar caso necessidade de serviço		AMIODARONA	
		DIGOXINA	
		DNI	
		CLONAZEPAM	
		DOBUTAMINA	
		DOPAMINA	
		NORADRENALINA	
		VALPROATO DE SÓDIO	
	VERAPAMIL		
Orçamento		18 FÁRMACOS	216 €
		27 FÁRMACOS	324 €

Apêndice VII- Orçamento para a sala de Emergência- Fármacos Prioritários

PARA A SALA DE EMERGÊNCIA	Código ULSM	Designação	Obs. Unidade por caixa
	1854000284	FENTANIL- ETI. IDENTIF. FARMACO	600
	1854000288	EFEDRINA- ETI. IDENTIF. FARMACO	
	1854000292	MIDAZOLAM- ETI. IDENTIF. FARMACO	
	1854000302	MORPHINE- ETI. IDENTIF. FARMACO	
	1854000305	PETHIDINE-ETI. IDENTIF.FARMACO	
Instituição já usou e está disponível	1854000293	PROPOFOL-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000295	TIOPENTAL-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000332	LIDOCAINA-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000344	HEPARIN-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000345	METOCLOPRAMIDE-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000351	TRAMADOL-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000355	CLEMASTINA-ETI.IDENTIF.FARMACO	
Pedido a acrescentar caso necessidade de serviço		AMIODARONA	
		DIGOXINA	
		DOBUTAMINA	
		DOPAMINA	
		NORADRENALINA	
		VALPROATO DE SÓDIO	
Orçamento	9 FÁRMACOS		87,5 EUROS
	18 FÁRMACOS		216 EUROS

Apêndice VIII – Orçamento para o Carro de Emergência

PARA OS CARROS DE EMERGÊNCIA	Código ULSM	Designação	Obs. Unidade por caixa
	1854000284	FENTANIL- ETI. IDENTIF. FARMACO	600
	1854000283	ATROPINA- ETI. IDENTIF. FARMACO	
	1854000288	EFEDRINA- ETI. IDENTIF. FARMACO	
	1854000292	MIDAZOLAM- ETI. IDENTIF. FARMACO	
	1854000302	MORPHINE- ETI. IDENTIF. FARMACO	
	1854000305	PETHIDINE-ETI. IDENTIF.FARMACO	
	1854000015	ROCURÓNIO- ETI. IDENTIFI. FARMACO	
Instituição já usou e está disponível	1854000293	PROPOFOL-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000295	TIOPENTAL-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000332	LIDOCAINA-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000344	HEPARIN-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000345	METOCLOPRAMIDE-ETI.IDENTIF. FARMACO	
	1854000351	TRAMADOL-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000355	CLEMASTINA-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000295	TIOPENTAL-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000322	ADRENALINE-ETI.IDENTIF.FARMACO	
	1854000332	LIDOCAINA-ETI.IDENTIF.FARMACO	
Pedido a acrescentar caso necessidade de serviço		AMIODARONA	
		DIGOXINA	
		DNI	
		CLONAZEPAM	
		DOBUTAMINA	
		DOPAMINA	
		NORADRENALINA	
Orçamento		7 FÁRMACOS	84€
		24 FÁRMACOS	288€

Apêndice IX- Listagem de Fármacos do carro de emergência

CARRO DE EMERGÊNCIA SMI				
TABELA DE DILUIÇÕES E INCOMPATIBILIDADES				
FÁRMACO	DILUIÇÃO	CONCENTRAÇÃO FINAL	INCOMPATIBILIDADES	OBSERVAÇÕES
ÁCIDO TRANEXÂMICO	VER PROTOCOLO			
ALTEPLASE 50 mg	VER TABELA			Acesso exclusivo
ADENOSINA 6mg/2ml	Bólus Direto	6mg		Seguido de flush de 20 ml de SF e elevação do membro, acesso proximal.
ADRENALINA 1 mg/ ml	PCR- até 10 ml de SF / G5%/ G5% SF Anafilaxia- 0.5 mg IM Bradycardia – 1 ampola até 100 SF e retirar depois para seringa perfusoraV		Bicarbonato de sódio, Furosemida, NaCl 20%, Gluconato de Cálcio, Ampicilina, Tiopental	Seringa Opaca
AMIODARONA 150 mg/ 3ml	Carga: 2 Ampolas (300mg) em 100ml de G5%- 30' (200ml/h) Manutenção: 900 mg em 500 ml SG5% segundo ritmo prescrito	Carga- 3mg/ ml	Bicarbonato de sódio, Cefazolina, NaCl 20% SF; Furosemida, Digoxina, Imipenem, Sulfato de Mg, Pip./ Tazo, Heparina	
ATROPINA 0,5 mg/ml	Bradycardia: 1 ampola até 10 ml de SF		Bicarbonato de sódio, Tiopental	Não deve ser administrada após transplante cardíaco
CETAMINA 500 mg/10ml	Bólus: diluir 1ml (50mg) até 10ml de SF / G5%- 1' Perusão: 1 ampola em 500ml SF /G5%	5mg/ml 1mg/ml		
CLEMASTINA 2mg/2ml	IM EV- 1 ampola até 10ml de SF / G5%- 3'	0.2mg/ml		
CLONAZEPAM 1mg/ml	Directo- em solvente próprio	1 mg / ml		
DIAZEPAM 10 mg/2ml	1 Ampola até 10ml de SF - 3 a 5'	1mg/ml	Água destilada, KCl, Dobutamina, Morfina, Ranitidina, Furosemida, Fentanil, Heparina, Meropenem, Propofol,	
DIGOXINA 500 mcg/2 ml	Até 10ml de SF / G5%	50mcg/ml	Não recomendada a mistura com outros fármacos	

CARRO DE EMERGÊNCIA SMI				
TABELA DE DILUIÇÕES E INCOMPATIBILIDADES				
FÁRMACO	DILUIÇÃO	CONCENTRAÇÃO FINAL	INCOMPATIBILIDADES	OBSERVAÇÕES
DNI 10 mg/10 ml	Direto	1mg/ml	Furosemida, Heparina, Pip./Tazo.	
DOBUTAMINA 250 mg/20 ml	1 ampola até 50 ml de SF/G5%/ Lactato de Ringer /G5% em SF/ G5% NaCl 0,45%	5mg/ml	KCl, Bicarbonato de Sódio, Cefazolina, Ceftazidima, Diazepam, Midazolam, Fenitoina, Furosemida, Gluconato de Cálcio, Heparina, Hidrocortisona, Insulina, Pip./Tazo., Sulfato de Mg, Tiopental, Verapamil, Alteplase	Acesso exclusivo Seringa Opaca
DOPAMINA 200 mg/ 5ml	1 ampola até 40 ml de SF/G5%/ Lactato de Ringer /G5% em SF/ G5% NaCl 0,45%	5 mg/ml	Furosemida, insulina, Tiopental, Aciclovir, Alteplase	Acesso Exclusivo
DROPERIDOL 2,5 mg/ml	Directo ou diluído até 10 ml de SF/G5%- 2 a 5'	0,25mg/ml	Furosemida, Heparina, Pip./Tazo., Tiopental	
EFEDRINA 50 mg/ml	1 ampola (50mg) até 10 ml de SF	5 mg/ml	Hidrocortisona, Tiopental	Proteger da Luz
ESOMEPRAZOL 40 mg	Direto: em 10 ml de SF- 3' Perfusão: 2 ampolas (80 mg) em 40 ml de SF	2 MG/MK Se prescrição 8mg/h-> 4ml/h		
ETOMIDATO 20 mg / 10 ml	Direto- 30 a 60'	2mg/ml		
FENITOÍNA 250 mg / 5 ml	Diluir em 100ml de SF- 15 a 30'	2.5mg/ml	Ciprofloxacina, KCl, G5%	
FENTANIL 0.5 mg / 10 ml	Direto, lento	0.05mg/ml	Diazepam, Tiopental, Fenitoina, Bicarbonato de sódio, Azitromicina	
FLUMAZENIL 0.5 mg / 5 ml	Direto	0.1mg/ml		
GLUCONATO DE CÁLCIO 10 % 1 g / 10 ml	1 Ampola em 100ml de SF / G5%- 10-30'	10mg/ml	Ceftriaxone, Bicarbonato de sódio, Dobutamina, Metoclopramida, Meropenem, Clindamicina, Metiprednisolona, Sulfato magnésio	

CARRO DE EMERGÊNCIA SMI				
TABELA DE DILUIÇÕES E INCOMPATIBILIDADES				
FÁRMACO	DILUIÇÃO	CONCENTRAÇÃO FINAL	INCOMPATIBILIDADES	OBSERVAÇÕES
LIDOCAÍNA 1% LIDOCAÍNA 2%				
LABETALOL 100 mg / 20 ml	Bólus: Directo em 2 min	5mg/ ml	Bicarbonato de sódio	
METILPREDNISOLONA 1 g	Reconstituir com solvente próprio e diluir em 500ml SF			
METOPROLOL 5 mg / 5 ml	Directo	1 mg/ml	Lidocaína	
MIDAZOLAM 15 mg / 3 ml 50 mg / 10 ml	15mg: Diluir 1 ampola (15mg/) até 15 ml de SF / G5%/ LR - 2-5' 50mg: Diluir 1 frasco (50mg) até 50ml de SF / G5%/ LR	1mg/ml 1mg/ml	Ranitidina, Ampicilina, Cefazidima, Cefuroxima, Dexametasona, Furosemida, Hidrocortisona, Imipenem, Omeprazol, Bicarbonato de sódio	
MORFINA 10 mg / ml	I.V- 1 ampola até 10ml de SF	1mg/ml	Heparina	Proteger da Luz
NaCl 20 % 20 ml – 4 g	Diluído em SF / G5%/ Lactato de Ringer			
NALOXONA 0.4 mg / ml	Direto. Rápido	0.4 mg/ml		
NORADRENALINA 5 mg / 5 ml	1 Ampola (5mg) até 50ml SF	0.1mg/ml		Acesso exclusivo Proteger da luz
OBIDOXINA 250 mg / ml	De acordo com prescrição			

CARRO DE EMERGÊNCIA SMI				
TABELA DE DILUIÇÕES E INCOMPATIBILIDADES				
FÁRMACO	DILUIÇÃO	CONCENTRAÇÃO FINAL	INCOMPATIBILIDADES	OBSERVAÇÕES
OCTREOTIDO 100 mcg / ml	Direto – 3' Perfusão: diluir 1ampola em 200ml SF0.9%/G5% - 15-30'	0,5µg/ml		
PROPOFOL 1% 200 mg / 20 ml 500 mg / 50 ml	Direto – 20 a 30'	10mg/ml	Ciprofloxacina, Cloreto de Cálcio, Diazepam, Metoclopramida, Verapamil, Fenitoína, Metilprednisolona, Vancomicina	
RANITIDINA 50 mg / 2 ml	Até 20 ml de SF / G5% - 2'	2.5mg/ml	Diazepam, Haloperidol, Insulina, Midazolam	Proteger da luz
ROCURÔNIO 50 mg / 5 ml	Direto-5-10'	10mg/ml	Diazepam, Fenitoína, Furosemida, Hidrocortisona, Metilprednisolona, Tiopental, Vancomicina, Cefazolina, Amox./ Clav., Dexametasona, Insulina, Pip/Tazo	Proteger da luz
SUGAMMADEX 100 mg / ml	Bólus único- 10"		Verapamil, Ondansetrom, Ranitidina	
SULFATO DE MAGNÉSIO 2 g / 10 ml	1 Ampola em 100ml de SF / G5%	20mg/ ml	Bicarbonato de Sódio	
SUXAMETÔNIO 100 mg / 2 ml	Direto	50mg/ml	Bicarbonato de sódio, Diazepam, Haloperidol, Tiopental, Ampicilina, Fenitoína	
TERLIPRESSINA 0.1 mg / 8.5 ml	Diluído em 100ml de SF			
TIOPENTAL 0.5 mg / 10 ml	Reconstituir em 10ml de SF e água destilada – 3-5'	50 mg / ml	Atropina, Dobutamina, Dopamina, Efedrina, Furosemida, Lidocaína, Midazolam, Bicarbonato de sódio, Ondansetrom, Rocurônio, Succinilcolina, Azitromicina, Pip./ Tazo., ertapenem, levofloxacina	
VALPROATO DE SÓDIO 400 mg / 4 ml	Bólus: lento Perfusão: 1 ampola em 100ml de SF / G5%/ LR	40mg/ml		Acesso exclusivo
VERAPAMIL 5 mg / 2 ml	Direto: 2-3'		Bicarbonato de Sódio, Ampicilina	

6. ANEXOS

6.1 Os 14 tipos de Erros

	TIPO DE ERRO	DESCRIÇÃO		TIPO DE ERRO	DESCRIÇÃO
1	Doente errado	Falha na identificação prévia do doente.	8	Hora errada	Horas de administração fora do horário pré-determinado para a sua administração.
2	Dose/ quantidade incorreta	Qualquer dose, concentração ou quantidade que difira do que está prescrito.	9	Medicamento errado/não autorizado	Administração de um medicamento não prescrito.
3	Doses Extras	Administração de doses suplementares à prescrição ou de medicamentos que foram suspensos.	10	Preparação incorreta	Preparação/ formulação/ reconstituição ou diluição incorreta de um medicamento.
4	Erro de omissão	Falha na administração de uma dose prescrita; <u>Exclui</u> a recusa do doente ou decisão clínica ou outra razão válida para não administrar.	11	Produto deteriorado	Administração de um medicamento cuja integridade fisicoquímica tenha sido alterada; inclui medicamentos mal armazenados.
5	Erro de prescrição	Seleção incorreta do medicamento prescrito (segundo as suas indicações, contraindicações, alergias conhecidas, tratamento farmacológico já existente e outros fatores), dose, forma farmacêutica, quantidade, via de administração, concentração, frequência de administração ou instruções de uso, prescrições ilegíveis ou prescrições que induzam a erro que possa alcançar o doente.	12	Produto expirado:	Medicamento fora de validade.
6	Erro na identificação	Falha na identificação/rotulagem de medicação	13	Técnica de administração errada	Procedimento inadequado ou técnica inadequada na administração do medicamento.
7	Forma farmacêutica errada	uma forma farmacêutica dispensada/ administrada diferente da prescrita.	14	Via errada	Administração

(adaptado de MEDMARX Data Report, 2006)